

УДК 616.89-008.442+616.69-008.1/.3+618.17]:615.851

**КЛИНИЧЕСКАЯ СЕКСОЛОГИЯ: СОВРЕМЕННЫЕ КОНЦЕПТЫ И ПАРАДИГМЫ
ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ****CLINICAL SEXOLOGY: MODERN CONCEPTS AND PARADIGMS OF THERAPEUTIC
SUPPORT**©**Кочарян Г. С.***д-р мед. наук, Харьковская медицинская академия
последипломного образования**г. Харьков, Украина, kochargs@rambler.ru*©**Kocharyan G.***Dr. habil., Kharkov Medical Academy of Postgraduate Education
Kharkov, Ukraine, kochargs@rambler.ru*

Аннотация. Приводятся авторские концепции, имеющие отношение к клинической сексологии: 1. Симптомообразования, согласно которой следует выделять первичные симптомы, симптомы развития, производные симптомы, а также основные и производные симптомы, что позволяет определить симптомы–мишени и выработать программу адекватной симптоматической терапии. 2. Концепцию эрогенных сенсорных систем (ЭСС), в рамках которой следует говорить о существовании визуальной, аудиальной, ольфакторной, вомероназальной, тактильной и интрацеребральной ЭСС, а также о внутрисистемном и межсистемном взаимодействии. Также охарактеризованы парадигмы терапевтического сопровождения больных с сексуальными дисфункциями: 1. Эректоцентрическая, согласно которой в основу медицинской помощи положен подход, базирующийся на нормализации эрекции, что обуславливает возможность совершения полового акта. 2.оргазмцентрическая, в соответствии с которой главным показателем качественного полового акта является оргазм. 3. Предлагаемая автором плежецентрическая. На основании опыта работы по оказанию помощи пациентам с сексуальными дисфункциями, автор пришел к выводу, что наиболее удовлетворяющей запросы по оказанию этой помощи является именно данная парадигма, согласно которой главным при интимной близости является удовольствие, к получению которого следует стремиться, а полная эрекция и оргазм не всегда являются достижимыми. Плежецентрический подход при осуществлении психотерапевтического сопровождения больных с сексуальными дисфункциями является наиболее гуманистичным и обладает выраженным психопротективным потенциалом. Однако работа в данном подходе ни в коей мере не исключает меры по нормализации половых функций (в том числе эрекции и оргазма) в тех случаях, когда это возможно.

Abstract. The author's concepts dealing with clinical sexology are described: 1. Symptom–formation, according to which we should isolate primary symptoms, those of development and derivative ones, as well as principal and derivative symptoms, thereby making it possible to reveal target symptoms and work out a program of adequate symptomatic therapy. 2. The concept of erogenous sensory systems (ESS), within whose framework we should accept existence of the visual, auditory, olfactory, vomeronasal, tactile and intracerebral ESS, as well as intrasystemic and intersystemic cooperation. Also, paradigms of therapeutic maintenance for patients with sexual dysfunctions are characterized: 1. Erection–centric, according to which medical aid is based on the approach aimed at normalization of erection with a resultant ability to accomplish coitus. 2. Orgasm–centric, according to which orgasm is the main index of qualitative coitus. 3. Pleasure–centric, suggested by the author. On the basis of his experience in giving aid to patients with sexual dysfunctions the author has drawn a conclusion that it is this paradigm that most completely satisfies demands for the above help; in compliance with it the main thing during intimacy consists in pleasure,

which should be sought, while complete erection and orgasm are achieved not always. The pleasure-centric approach during psychotherapeutic maintenance of patients with sexual dysfunctions is the most humanistic one and has a strong psycho protective potential. But the work in this approach by no means excludes measures for normalization of sexual functions (including erection and orgasm) in those cases when it is possible.

Ключевые слова: клиническая сексология, современные концепты, парадигмы терапевтического сопровождения.

Keywords: clinical sexology, modern concepts, paradigms of therapeutic maintenance.

В любых отраслях медицины существуют попытки осмысления диагностических и терапевтических усилий, которые могут кристаллизоваться в определенные теоретические конструкторы. В данной статье представлены некоторые концепции и парадигмы современной клинической сексологии.

Концепция симптомообразования

При однозначной базовой диагностической характеристике сексуальных расстройств нередко можно встретиться с их симптоматической неоднородностью. Причем значение выявляемых при том или другом сексуальном расстройстве симптомов далеко неодинаково. На основании опыта диагностической работы с больными сексологического профиля мы пришли к выводу о целесообразности различать симптомы первичные, развития и производные [1].

К первичным следует относить те, которые имеют место в инициальном периоде расстройства. Симптомы развития появляются при утяжелении заболеваний, лежащих в основе половых расстройств, или усложнении структуры последних. Так, например, если хронический простатит изначально проявлялся лишь эякуляторными нарушениями, а при его утяжелении возникли расстройства эрекции, то эякуляторные нарушения следует считать первичными симптомами, а расстройства эрекции — симптомами развития. Расстройства эрекции в данном случае были бы отнесены к симптомам развития и в случае их обусловленности усугублением хронического простатита синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи.

Вместе с тем в клинической практике подчас приходится сталкиваться с явлением, когда тот или иной симптом не имеет жесткой зависимости от базовой характеристики расстройства, а является производным другого симптома, без которого он сам просто бы не возник. Симптомы, которые возникают по указанному выше механизму, следует относить к производным. Так, нередко замедленное протекание полового акта является следствием недостаточного напряжения члена, что определяет отсутствие достаточной стимуляции его рецепторов. В других случаях, напротив, якобы преждевременное семяизвержение также может быть следствием проблем с эрекцией. В МКБ-10 сообщается, что «эякуляция может представляться преждевременной, если эрекция требует пролонгированной стимуляции, что укорачивает интервал между удовлетворительной эрекцией и эякуляцией; первичная проблема в таком случае заключается в задержанной эрекции» [2, с. 190].

Следует отметить, что дифференцированная оценка симптомов с разграничением их на основные и производные, заканчивающаяся выбором симптомов-мишеней, каковыми являются основные симптомы — важный процесс, позволяющий выработать программу адекватной симптоматической терапии [3].

Концепция эрогенных сенсорных систем человека

В настоящее время существует такое понятие как «эрогенная зона». «Эрогенная зона (от греческого ἔρως [эрос, «любовь»] и английского — genous, производного от греческого — γενής — genes — «рожденный») является областью человеческого тела, имеющая

повышенную чувствительность, стимуляция которой может генерировать сексуальную реакцию, такую как релаксация, возникновение сексуальных фантазий, сексуальное возбуждение и оргазм (Wikipedia: [https://en.wikipedia.org/wiki / Erogenous_zone](https://en.wikipedia.org/wiki/Erogenous_zone)).

Следует отметить, что к эрогенным зонам относят участки кожи и слизистых оболочек. Однако известно, что эрогенное воздействие может быть оказано не только воздействием на кожу или слизистую оболочку, но также через орган зрения, слуха, обоняния и вомероназальный орган, воспринимающий воздействие феромонов. Поэтому мы предлагаем термин «эрогенная сенсорная система» (ЭСС), а также разрабатываемую нами концепцию ЭСС, которая учитывает все вышеизложенные возможности эрогенных воздействий [4].

По нашему мнению, в рамках этой концепции следует говорить о визуальной, аудиальной, ольфакторной, вомероназальной и тактильной ЭСС. Однако этим перечень ЭСС не исчерпывается. Как известно, эрогенным действием обладают эротические/сексуальные представления, фантазии, воспоминания, сновидения. В связи с этим можно говорить и о существовании интрацеребральной ЭСС. Из вышеизложенного следует, что эрогенные зоны являются лишь частью тактильной ЭСС. К понятийному аппарату концепции ЭСС также следует отнести такие термины, как «внутрисистемное взаимодействие» и «межсистемное взаимодействие».

Эффекты влияния отдельных эротических стимулов взаимодействуют в пределах одной ЭСС, усиливая или, наоборот, ослабляя суммарный эрогенный эффект. Кроме того, различные ЭСС взаимодействуют между собой. Поэтому возникает необходимость в использовании еще одного термина — «системно–структурный анализ общего эрогенного эффекта».

Каждая из ЭСС состоит из следующих компонентов: эрогенных стимулов соответствующей модальности, органа, воспринимающего эти стимулы, афферентных проводящих сенсорных путей, передающих стимулы в структуры головного мозга, которые (эти структуры) также являются компонентом ЭСС, где происходит обработка полученной информации. В случае интрацеребральной ЭСС имеет место определенная специфика.

Парадигмы терапевтического сопровождения пациентов с сексуальными дисфункциями

Эффективность лечебной помощи больным с сексуальными дисфункциями определяется концептуальными подходами к оказанию этой помощи. Можно выделить следующие парадигмы данной помощи:

1. *Эректоцентрическая парадигма.* При работе врачей с пациентами, у которых имеют место сексуальные дисфункции, весьма часто можно констатировать, что в основу медицинской помощи положен подход, в основе которого лежит нормализация эрекции, что обуславливает возможность совершения полового акта. Помимо того, что данный подход диктуется заказом, предъявляемым пациентом и / или супружеской / сексуальной парой, укреплению и популяризации такого подхода способствуют многочисленные рекламы современных препаратов, направленных на восстановление эрекции.

2. *Оргазмоцентрическая парадигма.* Эта парадигма появилась позже. С. В. Владимиров–Клячко [5] поднял вопрос о необходимости использования при лечении сексуальных расстройств и дисгармоний *петтинга*, который гарантирует возникновение оргазма у супруги, что снимает с мужчины ответственность за качество полового акта, а, следовательно, нейтрализует фактор тревожного опасения/страха неудачи. Уверенность же женщины в том, что у нее наступит разрядка, является желательной предпосылкой для искреннего поощрения и ободрения ею мужа при его затруднениях.

Идея ценности использования петтинга с лечебно–реабилитационной целью затем широко пропагандировались С. С. Либихом [6]. Обосновывая необходимость его применения, автор отмечает, что исторически сложилось представление о ведущем значении эрекции полового члена при сексуальных контактах. Вместе с тем, как подчеркивает С. С. Либих, главным показателем качественного полового акта является оргазм. Суть рекомендуемой им методики сводится к следующему. Во время первой беседы с мужчиной и женщиной в

отдельности их подробно расспрашивают о том, что они ждут от половой жизни. Свои требования они отражают, заполнив соответствующий опросник. Затем во время беседы с обоими партнерами составляется общая, дифференцированная для каждой пары, программа петтинга (своеобразный «контракт»), учитывающая предыдущий сексуальный опыт мужчины и женщины. В соответствии с принципом парадоксальной психотерапии обычные половые акты на этом этапе проводить запрещается.

В случае нарушений эрекции психогенной природы использование глубокого петтинга может привести к их ликвидации, так как в силу того, что напряжение члена игнорируется как компонент полового общения, ликвидируется синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи. Это нередко приводит к тому, что партнеры нарушают «запрет» проведения обычных половых актов.

3. *Плежецентрическая парадигма* (от англ. *pleasure* — удовольствие). На основании опыта нашей работы по оказанию помощи пациентам с сексуальными дисфункциями мы пришли к выводу, что наиболее удовлетворяющей запросы по оказанию этой помощи является предлагаемая нами плежецентрическая парадигма. Ее суть заключается в следующем. При половом акте с хорошей эрекцией, большой продолжительностью полового акта, адекватной техникой его проведения или при использовании глубокого петтинга оргазм не всегда является достижимым.

К нам многократно обращались женщины, которые не испытывают оргазм, несмотря на хорошую потенцию и сексуальную технику своих сексуальных партнеров. Обеспокоенные его отсутствием, они испытывают выраженный дистресс и обращаются за сексологической помощью. При обследовании этих женщин нередко убеждаешься в том, что они получают удовольствие от ласк, поцелуев и половых актов, однако оргазм у них не наступает (ретардационная и конституциональная форма аноргазмии по А. М. Свядоцу [7]). После полового акта у этих женщин нет никаких дискомфортных ощущений. В ряде наблюдений обращение таких женщин за сексологической помощью может быть обусловлено тем, что они узнают об оргазме других женщин, и это вызывает у них выраженное чувство зависти («почему у меня такое не происходит?»).

Одна молодая женщина (студентка—заочница), обратившаяся к нам за помощью, приехала сдавать очередную сессию в один из Харьковских вузов, и там соседки по комнате в общепитии рассказали ей о том, что они испытывают оргазмы. Она же их никогда не испытывала и была этим очень раздосадована. Явившись ко мне на прием, пациентка была крайне взволнована, хотя, как выяснилось в результате опроса, при сексуальных контактах с мужем испытывала приятные ощущения, была возбуждена, а после полового акта не испытывала какого-либо дискомфорта и чувствовала себя очень хорошо (*satisfactio sine orgasmo* [лат. — удовлетворение без оргазма]).

В таких случаях нами проводится следующая психотерапевтическая помощь. Мы акцентируем внимание женщины на том, что во время полового акта она получает удовольствие, а ее апелляция к тому, что другие женщины испытывают оргазм, что вызывает у нее выраженное беспокойство, является следствием ее зависти по отношению к ним. Мы фиксируем ее внимание на том, что главным в процессе интимной близости является ее способность получать удовольствие. Уменьшать же это удовольствие в значительной степени может установка на получение оргазма, ожидание его получения и опасения, что она в очередной раз не сможет его испытать. Помимо этого, мы сообщаем пациентке о том, что после того, как женщина испытает оргазм, она нередко может потерять интерес к дальнейшему проведению интимной близости, в то время как сама пациентка способна наслаждаться интимной близостью весьма продолжительное время.

Сексуально здоровые женщины не всегда испытывают оргазм во время интимной близости, однако в целом ряде таких случаев они способны получать удовольствие, а после полового акта не испытывают никакого дискомфорта. Ориентация на качественную эрекцию, достаточную для проведения вагинального полового акта, а также на обязательное получение

оргазма может быть неприемлема у очень пожилых людей, которые, тем не менее, могут получать наслаждение при ласках, поцелуях, ослабленной или даже отсутствующей эрекции.

В контексте данной публикации следует отметить, что в последнем американском диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам DSM–5 2013 г. сообщается следующее: «В целом сексуальное удовлетворение, однако, не сильно коррелирует с оргастическим опытом. Многие женщины сообщают о высоких уровнях сексуального удовлетворения, несмотря на то, что редко испытывают оргазм или не испытывают его вовсе» [8, р. 430–431.]. Также целесообразно привести высказывания по этому поводу психологов Марка Ярхауза и Эрики Тэн [9], которые отмечают, что среди женщин, испытывающих трудности с достижением оргазма, только половина серьезно обеспокоены в связи с этим. Это наводит на мысль, что при всей его важности оргазм для женщин не обязательно является ключевым компонентом интимной близости.

По нашему мнению, плежецентрический подход при осуществлении психотерапевтического сопровождения больных с сексуальными дисфункциями является наиболее гуманистичным и обладает выраженным психопротективным потенциалом. Однако работа в данном подходе ни в коей мере не исключает меры по нормализации половых функций (в том числе эрекции и оргазма) в тех случаях, когда это возможно. Также следует отметить, что при психогенных сексуальных дисфункциях, сопровождающихся фиксацией на эрекции или оргазме в связи с их нарушением, концентрация на получении удовольствия при интимной близости обладает выраженным санирующим эффектом и может способствовать устранению этих расстройств.

Список литературы:

1. Кочарян Г. С. К вопросу о симптомообразовании при сексуальных расстройствах и диагностической значимости отдельных симптомов // Современные проблемы сексопатологии. Киев; Ворошиловград, 1986. С. 42–43.
2. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. СПб.: «АДИС», 1994. 304 с.
3. Кочарян Г. С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и его лечение. Х.: Основа, 1995. 279 с.
4. Кочарян Г. С. Концепция эрогенных сенсорных систем человека. Визуальные эрогенные стимулы // Здоровье мужчины. 2016. №1 (56). С. 74–83.
5. Владимиров–Клячко С. В. О некоторых особенностях психотерапевтической тактики лечения импотенции // Проблемы современной сексопатологии: Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. М., 1972. Т. 65. С. 459–467.
6. Либих С. С. Психотерапия функциональных сексуальных расстройств у мужчин // Руководство по андрологии / Под ред. О. Л. Тиктинского. Л.: Медицина, 1990. С. 234–245.
7. Свядоц А. М. Женская сексопатология. 5 изд., перераб. и допол. Кишинев: Штиинца, 1991. 184 с.
8. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. United States: American Psychiatric Association, 2013. 947 p.
9. Ярхауз М. А, Тэн Э. С. Н. Сексуальность и психотерапия сексуальных расстройств / пер. с англ. Черкассы: Коллоквиум, 2016. 371 с.

References:

1. Kocharyan G. S. To the question on symptom's formation in sexual disorders and the diagnostic value of segregate symptoms. Modern problems of pathology. Kiev; Voroshilovgrad, 1986, pp. 42–43.
2. International Classification of Diseases (10th revision). Classification of Mental and Behavioral Disorders. Clinical descriptions and guidelines for diagnostics. St. Petersburg: ADIS, 1994, 304 p.

3. Kocharyan G. S. Anxious sexual failure expectation syndrome in males and its treatment. Kharkov, Osnova, 1995. 279 p.
4. Kocharyan G. S. The concept of human erogenous sensory systems. Erogenous visual stimuli. Health of Man, 2016, no. (56), pp. 74–83.
5. Vladimirov–Klyachko S. V. On some features of the psychotherapeutic tactic for psychological impotence treatment. Problems of modern sexual pathology: Tr. Mosk. Institute of Psychiatry of the RSFSR Ministry of Health. Moscow, 1972, v. 65, pp. 459–467.
6. Libich S. S. Psychotherapy of functional sexual disorders in men. Manual in Andrology / Ed. O. L. Tiktinsky. Leningrad, Medicine, 1990, pp. 234–245.
7. Svyadosch A. M. Women’s sexopathology. 5th edition, recycling and complement. Kishinev, Shtiintsa, 1991, 184 p.
8. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. United States: American Psychiatric Association, 2013, 947 p.
9. Yarhouse M. A., Tan E. S. N. Sexuality and psychotherapy of sexual disorders / the translation from English. Cherkassy, Colloquium, 2016, 371 p.

*Работа поступила
в редакцию 16.09.2016 г.*

*Принята к публикации
19.09.2016 г.*