Содержание.

1. **Введение.**

Нарушение половой активности, является одной из наиболее распространённых проблем, с которыми обращаются пациенты к психологам. Существует два фактора нарушения половой функции:

1. Органические нарушения.
2. Психогенный фактор.

К органическим нарушениям относятся заболевания мочеполовой системы, поражения эндокринных желёз, поражения глубоких структур мозга, поражения характеризующиеся спинальной локализацией патологического очага (миелит, рассеянный склероз, опухоли, травмы спинного мозга, и др.), поражения высших кортикальных центров регуляции функции мочевого пузыря и половых функций.

Психогенные факторы в свою очередь делятся на эндогенные (врождённые, конституциональные) и экзогенные (реактивные, ситуационные). Поскольку органические нарушения не входят в сферу компетенции психологов, то речь в этой работе пойдёт о психологической подоплёке нарушений половой функции.

Существует несколько классификаций нарушения потенции. Приведу наиболее распространенную классификацию, основанную на физиологической концепции о стадиях и составляющих копулятивного цикла и на теории функциональных систем П.К. Анохина:

* 0 Группа – псевдоимпотенция
* 1 Группа – нарушения нейрогуморальной составляющей копулятивного цикла
* 2 Группа – нарушение психической составляющей
* 3 Группа – нарушение эрекционной составляющей
* 4 Группа – нарушения эякуляторной составляющей

Необходимым так же кажется пояснить термин импотенция, который будет встречаться и далее. Импотенция – состояние, при котором мужчина не может выполнить половой акт или обеспечить сексуальное удовлетворение у обоих партнёров. Термин «импотенция» практически вышел из употребления в современной сексологической литературе. Это обусловлено как неопределённостью термина, которым на ранних этапах становления сексопатологии обозначали широкий круг расстройств (от бесплодия до различных форм сексуальных дисгормоний), так и использованием его в различном понимании (как симптом, синдром и даже нозологическая форма).

В этой работе я попытаюсь рассмотреть нарушения половой функции не только у мужчин, но и у женщин.

Психогенные сексуальные расстройства.

Функциональные половые расстройства (один из почти обязательных компонентов депрессии) встречаются в структуре невротических состояний гораздо чаще, чем принято думать. Заметное снижение потенции не случайно рассматривают как чуть ли не важнейший симптом угнетения духа и потери энергии, «симптом симптомов», который выявляется при целенаправленном исследовании практически у любого эмоционально нестабильного больного.

1. Сексуальные расстройства у мужчин.

Способность к всепоглощающей ипохондрической фиксации на своих половых органах составляет, как известно, почти исключительное достояние мужчин (у женщин это наблюдается обычно лишь при эндогенных заболеваниях). Особая социальная и психологическая значимость, непреходящая актуальность этой функции обуславливает необычайную ранимость мужской психики при малейшем, даже случайном, снижении потенции. Крайняя острота аффективных переживаний, связанных с сексуальными травмами, поразительная лёгкость формирования сверхценных представлений о неизбежном или якобы наступившем уже половом бессилии накладывают явственный отпечаток на все личностные проявления и действия человека, угнетённого страшным призраком импотенции. Чем больше человек сводит всю свою мужественность к признаку пола, тем легче возникает у него страх импотенции. При определённой предуготованности центральной нервной системы одного лишь указания на возможность снижения потенции достаточно подчас для появления страха импотенции и обусловленного им полового бессилия. Чрезвычайная робость, неуверенность в своих силах и недостаточная потенция далеко не всегда есть нечто свойственное индивиду, присущее ему раз и навсегда. Чаще всего речь идёт о преходящей или даже очень относительной функциональной несостоятельности, которая переживается тем острее и тяжелее, чем выше были исходные данные, т.е. речь идёт об аффективных расстройствах и в первую очередь о **неврозе ожидания** – боязни неудачи, обуславливающем большую часть случаев психической импотенции. Однако необходимо заметить, что случайная неудача в роли «завязки» невроза возможна, очевидно, лишь при наличии известной готовности организма к развитию последнего, определённой (конституциональной или чаще приобретённой в связи с неблагоприятными обстоятельствами) предрасположенности к нему. Почти неизменным фоном психической импотенции оказываются тревога, снижение настроения особенно на фоне общей астенизации, т.е. описываемые сексуальные коллизии подразумевают депрессивные и субдепрессивные состояния. Тем не менее расстройства половых функций не обязательно свидетельствуют о нарушении психических функций в узком смысле этого слова. Преходящее половое бессилие с выраженной ипохондрической фиксацией на расстройствах этой жизненно значимой функции оказывается нередко всего лишь естественным, физиологически обусловленным следствием чрезмерных для данного организма физических, умственных и, прежде всего эмоциональных перегрузок. Стойкую психическую импотенцию всё чаще рассматриваю как чисто психосоматическое страдание, клиническое проявление страха и тревоги. Искажённое восприятие даже нормальных ощущений, связанных, в частности, с половым актом (а в дальнейшем с мочеиспусканием, и наконец, независимо от них), неправильное преломление их в сознании охваченного сомнениями и страхом индивида, делают сексуальные расстройства одним из наиболее распространённых синдромов в структуре аффективных нарушений невротического круга. Обратимся, однако, к более детальному рассмотрению нарушений половой функции у мужчин в структуре копулятивного цикла.

**Снижение полового влечения** имеет несколько причин.

* Снижение полового влечения в связи с транзиторной сублимацией (переключением сексуальной активности на повышенную деятельность в других направлениях), временная целомудренность, когда целиком захваченный своими делами и мыслями человек делит, по Э. Золя («Творчество»), ложе лишь со своим творением, переносится, как правило, легко даже при довольно длительном воздержании. Временное половое бессилие вследствие выполнения определённых профессиональных обязанностей обычно проходит само собой при устранении задерживающих влияний работы и особых тревог у человека не вызывает. Полное поглощение личности умственной деятельностью, совершенно вытесняющей половое влечение, которое, в конечном счете, угасает навсегда, свидетельствует чаще всего о наличии серьёзных психических нарушений. Стойкая психическая импотенция (без какой-либо личностной реакции на неё) с уходом из семьи и отказом от половой жизни обычна, например, для больных с паранойяльным развитием личности, бредом реформаторства, изобретательства или сутяжничества при тяжёлых психических заболеваниях.
* Снижение половой активности, резкие колебания либидо (обычно значительное ослабление полового влечения, возникающие через определённые промежутки времени и сохраняющееся в течение 1 – 2 месяцев) рассматривают наряду с периодической головной болью и другими психосоматическими симптомами как депрессивные эквиваленты циклотимии. Надо заметить, что снижение потенции при циклотимной депрессии снижение половой активности происходит в том случае, когда она (половая активность) становится «симптомом-мишенью». Механизм был освещён выше (общая астенизация, снижение потенции, фиксация ощущений). Таким образом, снижение полового влечения является одним из клинических проявлений маскированной депрессии. Решающее значение приобретает в таких случаях «одностороннее направление сознания» при депрессии и ипохондрии – отчётливое снижение или даже полная потеря интереса ко всему окружающему с утратой стимулов к действию. Забыв о прежних своих увлечениях («можете себе представить, за весь сезон ни разу на охоту не сходил», «к машине пол года не подходил», «в руки не брал удочки»), подобные пациенты крайне болезненно реагируют тем не менее на хоть сколько-нибудь заметное ослабление либидо и эрекции, связанное с потерей специфического интереса к противоположному полу: они убеждены, что «мужское начало» должно сохраняться у них при любых обстоятельствах.

Утрата эмоционально-чувственной основы сексуального восприятия крайне затрудняет или невозможным осуществление полового акта. Заметное ослабление или даже полное выключение условно-рефлекторного компонента либидо, реализующегося во время любовной игры, исключает по существу должного эфферентного интеграла. Половое влечение при субдепрессивных и депрессивных состояниях чаще всего снижено или отсутствует вовсе, половой акт совершается редко и не без труда, не принося соответствующего удовлетворения даже при ненарушенной эякуляции и нормальном оргазме.

Чем выраженнее и ярче этические и эстетические факторы в мотивационных аспектах либидо, чем интеллектуализированнее половая доминанта пациента, обуславливающая переключение внимания на соответствующий сексуальный объект, тем больше зависимость половой жизни от аффективных колебаний. Именно «интеллигентные импотенты», знакомые со всевозможной литературой по данному предмету, и составляют основной и наиболее трудный в терапевтическом отношении контингент «сексуальных ипохондриков» в структуре стёртых депрессий. Чем ниже интеллектуальный уровень индивида, не способного понять разницу между половым влечением и эрекцией, чем ближе он к генитальному типу, когда нужна лишь «нагота и непристойность слов и тела», так что «порочное чувство может быть только к девкам» (Мопассан «Семейный мир»), тем большая степень витализации депрессии требуется для явного ослабления либидо: в основе последнего лежат, как и при возрастном его снижении, преимущественно нейрорегуляторные механизмы.

**Преждевременная эякуляция.**

Одним из частых симптомов в клинике сексопатологии считают преждевременную эякуляцию. Ускоренное (после 10-15 фрикций), очень быстрое (после 2-7 фрикций) или даже предшествующее началу полового акта семяизвержение почти у половины всех больных с функциональными половыми расстройствами (Васильченко Г.С. 1969). Подобные нарушения свойственны, прежде всего, невротическим состояниям с клинической картиной гиперстенической неврастении: они встречаются у 36% больных как изолированный симптом и у 59% ­­­- в сочетании с пониженной эрекцией (Мильман 1972).

Психическая импотенция с повышенной половой возбудимостью и преждевременной эякуляцией наиболее характерна для атипичных депрессивных состояний с преобладанием страха и тревоги. Известно, что слишком напряжённая подготовка к половому акту с предварительными эротическими представлениями, может обусловить в итоге своего рода «психическое совокупление», предшествующее действительному; первого же прикосновения к женщине бывает достаточно для срабатывания соответствующего рефлекса. Всевозможные страхи, вызывающие, в конечном счете, коитусофобию, способствуют ускоренному течению рефлекторных процессов эрекции и эякуляции. Нарастающая от неудачи к неудаче фиксация на ускоренной эякуляции (по типу невроза ожидания со всё большим снижением настроения в ожидании очередного «провала») доводит этих больных до того, что иногда стоит им только подумать в начале полового акта о возможности преждевременного семяизвержения, как оно сразу происходит.

**Психический асперматизм.**

Психический асперматизм относится к числу тяжёлых расстройств половой функции в клинике депрессивных состояний различной этиологии и заключается в отсутствии эякуляции и оргазма независимо от длительности фрикций при полной сохранности либидо и эрекции, но крайне изнурительном половом акте для обоих партнёров и так и не завершаемом половом акте. Сугубо психогенная природа асперматизма при относительном, избирательном его характере: последовательно возникая при попытках половой близости с определённой женщиной (в силу достаточно сложных и насыщенных негативными эмоциями взаимоотношений с ней или с женщинами вообще), он может не проявляться в аналогичной ситуации с другой. Подобные случаи нередки при стёртой, ситуационно обусловленной депрессией у лиц, вынужденных поддерживать супружеские отношения с давно уже «опостылевшей» женой, несмотря на неодолимое влечение к другой женщине. Я предполагаю, что это явление встречается ещё и при выраженном «анальном» характере. Одной из отличительных черт таких людей является скупость (пушкинский скупой рыцарь мог страдать аспермизмом).

**Поллюции.**

Поллюции относятся к специфическим симптомам невротических состояний с более или менее выраженными сексуальными расстройствами. Поллюции повторяются иногда в строго определённые дни. Возможны даже «поллюции наяву», возникающие под влиянием сильного эмоционального возбуждения (страха, гнева, крайнего нетерпения) или запредельного, аффективно насыщенного умственного напряжения без всякой связи с эротическими представлениями. Поллюции могут возникать так же при выраженном страхе смерти, т.к. фактически, половой акт – продолжение жизни в генах потомка, а семяизвержение – неотъемлемая и (особенно в данном случае) важнейшая часть полового акта. Массивное семяизвержение возникает нередко у суицидальных пациентов, но снятых с петли ещё до развития у них странгуляции. Учащённые (ежедневные или через день, а порой и по несколько раз за ночь даже после полового акта) поллюции сочетаются нередко с заметным ослаблением (иногда полным отсутствием) эрекции или оргазма и жалобами на длительно сохраняющиеся ощущения усталости, разбитости, вялости, тяжести в голове, «апатию к труду» и дурное настроение.

Даже нормальные или близкие к нормальным поллюции становятся зачастую объектом особой тревоги и ипохондрической фиксации больных, испытывающих панический страх перед угрозой «потери семени» или тяжёлыми заболеваниями, вызывающими это явление. Неизбежное в таких случаях усиление тревоги и ещё большее снижение настроения способствуют в свою очередь дальнейшему учащению поллюций, всё больше замыкающих пациента в порочный круг развивающихся по спирали психосоматических нарушений. Чем длительнее существуют патологические поллюции, тем отчётливее невротические расстройства, тем больше вероятность стойкой психической импотенции.

**Функциональные расстройства предстательной железы.**

Эти расстройства связывают обычно с частыми и продолжительными приливами крови к ней (при чрезмерном эротическом возбуждении и половых эксцессах) или с застоем её секрета (при отсутствии сексуального удовлетворения или длительном воздержании). Анатомические особенности венозных сплетений в органах малого таза создают предпосылки для венозного застоя не только в результате сексуальных эксцессов, но и при малоподвижном, сидячем образе жизни и определённом питании. Наиболее уязвимой при этом оказывается предстательная железа – настоящий лабиринт плохо дренируемых железистых долек. Длительное венозное полнокровие предстательной железы способствует развитию в ней дистрофических процессов и задержке эвакуации секрета. Вполне понятно, что такие явления вызывают необычные ощущения в области половых органов.

Важнейшим патогенетическим фактором утяжеления функциональных расстройств становится в таких случаях боязнь резкого усиления болезненных ощущений при эякуляции или заражения жены, ухудшения своего состояния и грядущей импотенции. Эта боязнь постепенно перерастает в стойкий страх половых контактов – более или менее выраженную коитусофобию с отказом от половой жизни вообще. При крайних степенях коитусофобии единственным источником получения сексуального удовлетворения становится мастурбация. Всё более заметное снижение либидо и возникающая на фоне страха и тревоги психическая импотенция обрекают таких больных на уже вынужденное воздержание, а четкая тенденция к затяжному течению страдания делает это воздержание достаточно продолжительным. Постоянная сексуальная неудовлетворённость (когда больные не хотят смириться со своим вынужденным воздержанием и в то же время не в силах прервать его, поскольку страхи оказываются сильнее полового влечения), нередко культивируемый в качестве «меры отчаянья» онанизм и тенденция к заурядным при депрессиях запорам создают чрезвычайно благоприятные условия для застоя крови в органах малого таза и усугубления функциональных расстройств. Именно эти пациенты (отказывающиеся от половой жизни, но прибегающие к своеобразным её суррогатам в связи с ещё не утраченным либидо) способствуют распространению среди практических врачей мнению о вреде онанизма и воздержания.

«Половая локализация» депрессии вовсе не требует, таким образом, обязательного истинного простатита или уретрита в анамнезе. Прочитав или услышав, что воспаление предстательной железы вызывается микроорганизмами, больной, охваченный страшными сомнениями и подозрениями, начинает искать в своей жизни изначальную причину своего страдания и связывает его чаще всего с каким-либо случайным или «подозрительным» половым контактом. Указания на тяжёлый простатит в анамнезе, не подтверждённый лабораторными исследованиями, свидетельствует чаще всего о наличии психосоматических расстройств, нежели о наличии действительно урологических патологий. Даже подлинный простатит в анамнезе не означает ещё истинного обострения при появлении у больного соответствующих жалоб. Тщательное ознакомление со всей научно-популярной литературой по этому вопросу открывает перед перепуганным пациентом жуткую перспективу неизбежной якобы импотенции и других последствий данного заболевания (вплоть до сепсиса и летального исхода при образовании абсцесса и прорыве его в окружающие ткани). Чем выраженнее аффективные нарушения, тем вероятнее клиническая картина асептического псевдопростатита в дальнейшем, при развитии у больного астенодепрессивного состояния. Материальным субстратом, активно подстёгивающим ипохондрические страхи и тревогу больного, оказывается нередко *уретрорея* – выделение из уретры нескольких капель, а иногда и более значительного объёма бесцветной и тягучей стекловидной жидкости при повышении секреции уретральных желез.

Центром кристаллизации ипохондрических представлений больного о тяжести своего состояния и пожизненном половом бессилии становится нередкая при депрессивных состояниях *простаторея* («секреторный невроз предстательной железы») – выделение нормального неизменённого секрета предстательной железы по утрам (особенно при дефекации и в конце мочеиспускания) у лиц, никогда не страдавших гонорее и другими венерическими заболеваниями. Наиболее заурядной «первопричиной» простатореи при депрессивных состояниях становятся запоры; механическое выдавливание секрета предстательной железой при прохождении твёрдых каловых масс не представляет собой патологического симптома и не угрожает организму какими-либо неприятными последствиями. Всё тем же чисто механическим выдавливанием секрета при замыкании мышечных пучков, окружающих шейку мочевого пузыря и в то же время связанных с предстательной железой, обусловлена чаще всего простаторея в конце мочеиспускания.

Одним из самых страшных для больного симптомов половой дисфункции в клинике депрессивных состояний (и прежде всего так называемой депрессии истощения) оказывается даже незначительная *сперматорея* – периодическое выделение семени («двигательный невроз простаты») преимущественно в результате ослабления мышечного тонуса сфинктеров и проходящих через предстательную железу семявыбрасывающих протоков. Истечение семени при мочеиспускании и дефекации издавна описывают как очень распространённый (наряду с психической импотенцией и синдромом «раздражённой предстательной железы») признак всех форм неврастении и других астенических состояний. Непроизвольная потеря нескольких капель семени в течение дня (довольно обычный феномен при тяжёлой депрессии с навязчивой идеей сексуальной неполноценности) возникает вне всякой связи с эротическими представлениями (без предшествующей эрекции, оргазма и каких-либо сладострастных ощущений). Повторная сперматорея в дневные часы характерны, например, для мастурбирующих девственников, одержимых в депрессии угрызениями совести и страхами по поводу своего порока и неотступными мыслями о своём воображаемом половом бессилии. Неизбежным последствием сперматореи в таких случаях становится углубление депрессии. Нарастающая астенизация при этом обусловлена не столько потерей семени (как правило незначительной), сколько тем мощным травмирующим действием, которое она оказывает на пациента.

**Расстройства эрекции.**

Важнейшим проявлением психогенной импотенции оказываются расстройства эрекции, присоединяющиеся к преждевременной эякуляции более чем у половины пациентов с функциональными сексуальными нарушениями. По данным Г.С. Васильченко (1969) жалобы на недостаточность эрекции наиболее характерны для невротических состояний с клинической картиной гипостенической неврастении. Надо заметить, что, по мнению Г.Г. Корика (1973), по мере нарастания неврастении как адекватная, так и спонтанная эрекция могут вообще исчезать. Это безоговорочно распространяется и на клиническую картину тревожно-депрессивных состояний самого разного генеза. Именно снижение общего жизненного тонуса с нарастающей неуверенностью в себе и всё большей гиперболизацией тревог по поводу снижения или утраты своего мужского начала. Нарастающая астенизация с грубой переоценкой своего состояния и механизмы центральной задержки делают страх (постоянный тормозной фактор менее всего подчинённый логике и волевому сознанию больного) важнейшим патогенетическим фактором психической импотенции.

Это может быть страх первой брачной ночи или первой в своей жизни половой близости (в связи с известным недоверием к собственной потенции и переоценкой трудностей дефлорации); страх беременности, женитьбы или выплаты алиментов; страх заражения венерическим заболеванием или боязнь быть застигнутым врасплох. Все эти виды коитусофобии сводятся, в конечном счете, сводятся к двум основным страхам: страху смерти, и страху полового бессилия (в данный момент многие психологи склонны рассматривать страх импотенции как эквивалент страха смерти, поскольку от половой функции зависит продолжение рода, а значит и передачу генетического материала, т.е. фактически продолжение жизни индивида в потомках). В связи с выше сказанным рассмотрим более подробно упоминаемый ранее невроз ожидания неудачи и факторы, способствующие его формированию.

Страх неудачи – яркая клиническая иллюстрация высокой способности человеческого организма к психосоматическим переключениям с немедленной трансформацией ожидаемого явления в действительное. Убеждение в бессилии порождает бессилие, а страх полового бессилия может быть настолько велик, что потенция никогда уже не восстанавливается; чем больше такой человек стремится «быть сильным», тем сем сильнее препятствующие эрекции задерживающие представления. Патологическая или даже просто чрезмерная фиксация на деятельности тех или иных органов означает утрату автоматизма, обеспечивающего чрезвычайную лёгкость выполнения соответствующей функции. Давно известно, что, если бы мы фиксировали внимание на том как мы ходим, люди спотыкались бы значительно чаще. Сосредоточение внимания на некоторых местных впечатлениях и предчувствие неудачи нарушает течение автоматизированной в норме половой функции. Решающее значение приобретает при этом «эмоциональное возбуждение при мысли о том, удастся совокупление или нет», и чрезвычайно сильное желание вызвать эрекцию во что бы то ни стало. Особенная настороженность человека к появлению и «качеству» эрекции, неизбежно ставит его на путь напряжённого, эмоционально насыщенного самонаблюдения, не говоря уже о наблюдении за реакцией визави. Сравнивая то, что было, с тем, что есть, он анализирует ситуацию в тот момент, когда ни один нормальный человек уже не в состоянии думать вообще. И чем больше он готовится к этой чрезвычайно ответственной для него акции, тем меньше у него шансов на успех. Характерно, что эрекция, связанная с эротическими сновидениями, нередко сохраняется и заканчивается как положено, эякуляцией и оргазмом; активные попытки «поймать», «подстеречь» и использовать эти эрекции должным образом способствуют, однако, их прекращению. При крайних степенях этой одержимости желанием иметь полноценную эрекцию и нарастающей (в связи с постоянной аффективной напряжённостью) астенизации больного не только адекватная, но и спонтанная эрекция не возникает уже ни при каких условиях.

За видимой индифферентностью таких больных, за внешним равнодушием к противоположному полу и всему окружающему, скрывается порой очень сильные желания и стремления, реализация которых становится невозможной вследствие центральной задержки. Характерно, что назначение тестостерона и массажа предстательной железы при неврозе ожидания повышает половое влечение у таких больных, но вместе с ним усиливает и чувство сексуальной неполноценности. И поскольку любое желание должно быть достижимым, то для таких больных характерно угасание сексуальных желаний, т.к. любая цель представляется им недостижимой. Конечным результатом стойких задерживающих представлений, ослабляющих эрекцию, оказывается, как правило, вторичное ослабление (вплоть до исчезновения) полового влечения, что способствует трансформации частичной импотенции в полную даже при небольшой изначальной глубине депрессии.

Важнейшим фактором снижения потенции при сохранившемся ещё влечении становится в структуре субдепрессивных и депрессивных состояний затруднённый переход представлений в двигательные акты; соответствующие представления оказываются при определённом эмоциональном состоянии недостаточными, чтобы дать толчок к движению; человек с трудом приступает к желаемому им самим действию, которое в итоге не удаётся совсем или в лучшем случае не вполне удаётся. Отрицательный тон или оттенок «чувствования», распространяющийся при депрессивном состоянии на все корковые ассоциации, душевная подавленность означают в итоге более или менее выраженную задержку в течении или сочетании представлений, в движениях и действиях. Психотравмирующие переживания в таких случаях имеют выраженную тенденцию к инкапсуляции. Чем обширнее этот очаг, тем заметнее его дезорганизующее влияние на психику с формированием определённых схем поведения, позволяющих избегать первоначальной актуализации первоначальной негативной ассоциации; память о ней может сохраняться в течение всей жизни и напоминать о себе под действием самых неожиданных, обыденных, нейтральных факторов.

Наконец я обращусь к ещё одному, достаточно редкому страданию среди мужских психосексуальных расстройств – ночному перемежающемуся псевдоприапизму.

**Перемежающийся ночной приапизм.**

Приапизм отмечается в любом возрасте и имеет тенденцию к длительному течению. Проявляется в виде кратковременных болезненных эрекций полового члена во время сна. Вначале эрекции с пробуждениями бывают довольно редко (например, раз в неделю), но постепенно усиливаются и учащаются, возникают по несколько раз за ночь и становятся всё более мучительными. В отличие от истинного приапизма эрекция ослабевает после пробуждения, опорожнения мочевого пузыря, прямой кишки, активных движений, ходьбы, приема снотворных или седативных препаратов. Поскольку эрекция сопровождается болевыми ощущениями в области члена и малого таза, естественно полового влечения в эти моменты не возникает или появляется крайне редко. После полового акта эрекция ненадолго ослабевает, а затем опять возобновляется. По утрам больные чувствуют разбитость, усталость, апатию. Примерно в половине случаев псевдоприапизм сопровождает другие сексуальные нарушения, которые вписываются в клиническую картину гиперстенической неврастении: повышенная половая возбудимость при наличии ускоренной эякуляции, возможны снижение полового влечения, ослабление адекватных эрекций и др. проявления описанные выше. Однако перечисленные нарушения беспокоят в этом случае меньше, чем бессонница и затяжные болезненные эрекции.

По поводу этиологии псевдоприапизма до сиих пор идут споры, однако кажется вероятным следующий механизм: во время сна у любого здорового человека по несколько раз за ночь возникают спонтанные эрекции, продолжительностью от 1-2 до нескольких десятков минут. При этом пробуждения не происходит или оно бывает столь кратким, что в памяти не остаётся. Ряд психических расстройств (депрессии, неврозы, органические поражения головного мозга и т.д.) нарушают глубину сна, приводя к частым и более длительным пробуждениям в момент возникновения спонтанных ночных эрекций (надо заметить, что исследователи считают, что спонтанные эрекции возникают во время фазы быстрого сна, независимо от его содержания). В купе с ипохондрическим самонаблюдением свойственным астенизированным людям, у больных появляются навязчивые мысли о патологическом характере ночных эрекций (особенно если момент пробуждения соответствовал ночному кошмару), что ещё больше приковывает внимание к ним и способствует тревожного ожидания и приводит к их усилению и учащению уже по невротическим механизмам.

1. Сексуальные расстройства у женщин.

Не модулированная, как у мужчин, а преобладающая роль психологической стороны полового удовлетворения над чисто физической – одно из основных положений женской сексопатологии. Формирование либидо и характер половой функции женщины зависят не столько от интерорецептивных специфических влияний и уровня эстрогенов в крови, сколько от бесчисленных экстерорецептивных и психологических факторов. Половая функция женщины не может рассматриваться поэтому в чисто физиологическом аспекте; решающее значение приобретает здесь не столько условнорефлекторные реакции, сколько межличностные эмоциональные связи, общественные и культурные отношения.

Необычайная зависимость сексуального удовлетворения женщины от всевозможных отвлекающих внимание и расхолаживающих эмоций не нуждается в доказательстве. Неожиданный телефонный звонок, недвусмысленный скрип кровати, присутствие кого-либо в соседней комнате, спящий ребёнок и т.д., постоянная аффективная напряжённость и любые негативные эмоции, сопряжённые с переутомлением или какими-либо неприятностями, оказываются причиной половой неудовлетворённости женщин и в конечном счёте их сексуальной «неполноценности». Мужчина способен большей частью довести половой акт до оргазма даже с не нравящейся ему женщиной; у женщины, которой безразличен или тем более антипатичен мужчина, оргазм обычно не возникает. Как утверждают сексопатологи, для получения оргазма женщина должна видеть в мужчине «если не героя, то уж, во всяком случае, человека, к которому она испытывает уважение» (Г.С. Васильченко 1977). Именно отсутствие автоматизированного оргазма при половом сближении обуславливает, скорее всего, столь значительное число (от 25 до 45% и более, по данным различных авторов) женщин, которые оргазма вообще не испытывали вообще и что это такое не знают.

**Фригидность (отсутствие полового влечения и специфического сладострастного чувства).**

Фригидность издавна рассматривалась психиатрами как явление очень распространённое, но плохо изученное и игнорируемое врачами. Примерно 20% женщин можно считать фригидными или малотемпераментными (А.М. Свядощ 1982).

Развитие фригидности обуславливает чаще всего не соматическое нарушение (сахарный диабет или гипотериоз и др. тяжёлые гормональные расстройства) или психосексуальный инфантилизм, не злоупотребление алкоголем и злостное курение, не какие-то «механические» факторы, связанные с мужчиной, или отсутствие у него должной сексуальной культуры, а определённое аффективное состояние женщины, доминирующий тон настроения, исключающий необходимую для истинной половой близости эмоциональную готовность. Затянувшаяся сексуальная неудовлетворённость совершенно не обязательно вызывает чувство обречённости и тоски. Любящая и любимая мужем женщина даже при отсутствии у неё оргазма «несчастной в браке» себя не считает и чувства обречённости и зависти к другим, как правило, не испытывает. Несчастной её делают обычно конфликтные ситуации, порождённые отсутствием привязанности и ответственности у супруга, несходство потребностей, желаний, культурного уровня и общественных функций у партнёров.

Особое значение в формировании половой холодности получает между тем астения любого происхождения. Ощущение неодолимой усталости, патогномичное для невротических состояний с аффективными нарушениями, «гонит из её головы всякую мысль о любовных удовольствиях и подчас внушает ей глубокое, непобедимое отвращение к сильному полу» (Н.В. Слетов 1929). Наиболее частой причиной фригидности не случайно становится «депрессивный синдром домашней хозяйки», ведущей устрашающе нудную жизнь и ничего уже не ждущей от будущего (её игнорируют весь вечер, а ночью предъявляют к ней сексуальные требования).