# УРАО психолого-педагогический ф-т

***Заочное отделение IV курс***

***Осенний набор методист: Яковлева Г.А.***

# Реферат по клинической психологии

***Николаевой А.С. рег.№***

**СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА.**

**ПЛАН РАБОТЫ:**

1. **ВВЕДЕНИЕ**
2. **БИОЭНЕРГЕТИКА А. ЛОУЭНА**
3. **ОРГАСТИЧЕСКАЯ ИМПОТЕНЦИЯ У МУЖЧИН**
4. **ОРГАСТИЧЕСКАЯ ИМПОТЕНЦИЯ У ЖЕНЩИН**
5. **КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЯ ПОТЕНЦИИ П.К.АНОХИНА**
6. **ПСИХОГЕННЫЕ СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА**
7. **РАССТРОЙСТВА ЭРЕКЦИИ**
8. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**
9. **СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.**
10. **ВВЕДЕНИЕ**

Клиническая психология – это область профессионально ориентированной деятельности, которая направлена на увеличение психологических ресурсов человека и его адаптацию возможностей, гармонизацию психического развития, охрану здоровья, преодоление недугов и психическую реабилитацию.

По уставу ВОЗ 1946г. здоровье – состояние полного, физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и наличие физических дефектов.

В свете такого определения выделяют следующие факторы, составляющие основу здоровья: социальный, психика человека и тело человека (социо психосоматика).

На развитие соматических заболеваний прямо или косвенно могут влиять различные психологические факторы. Вместе с тем возникновение ряда психических расстройств может быть вызвано нервной и эндокринной патологией. Психические расстройства также могут быть реакцией на соматические заболевания. Использование понятия "психосоматические" для характеристики всех этих расстройств недостаточно строго и определенно. Однако это понятие по крайней мере подчеркивает существование взаимосвязей между психическими расстройствами и соматическими заболеваниями.

В более узком смысле понятие «психосоматические» относится лишь к группе расстройств, в развитии которых психические факторы играют непосредственно этиологическую роль. Но даже и здесь речь идет, как правило, о сложной комплексной причине расстройства, далеконевсегдаисчерпывающейся лишь психическими факторами. Важно учитывать необходимый биологическийкомпонент этой комплексной причины (например, генетическую предрасположенность при инсулинонезависимом сахарном диабете), который в сочетании с психическим фактором (например, депрессией) и социальным стрессом (например, потерей любимого человека) создает набор факторов, достаточный для возникновения болезни; отсюда термин – **биопсихосоциальный.** Следовательно, стрессовые факторы и психические реакции на них могут рассматриваться как триггеры или катализаторы болезни. Эти реакции неспецифичныи способны провоцировать развитие таких заболеваний, как сахарный диабет, системная красная волчанка, лейкоз, рассеянный склероз. Кроме того, роль психических факторов относительна и широко варьирует у больных с одним и тем же заболеванием. Так, например, в этиологии бронхиальной астмы генетическая, аллергическая, инфекционная и эмоциональная составляющие у разных больных могут быть представлены в различных пропорциях.

Тот факт, что психический стресс может способствовать возникновению различных соматических заболеваний или изменять их течение, известен давно, однако врачи общей практики зачастую весьма скептически относятся к этому. Бесспорно, однако, что эмоции влияют на функцию вегетативной нервной системы: они изменяют частоту сердечных сокращений, потоотделение, перистальтику кишечника

**Непрямое (опосредованное) действие психических факторов** может сказываться на течении многих заболеваний. Обычно стремление пациента отрицать наличие заболевания (или, в более мягкой форме, отрицать тяжесть болезни) ведет к нарушениям лечебного режима или отказу выполнять назначения врача. Например, при диабете ощущение зависимости от бесконечных инсулиновых инъекций и строжайшей диеты может вызвать у больного состояние подавленности или снижение настроения, в результате чего он вообще может отказаться от лечения. Как следствие развивается псевдолабильный диабет, лечение которого, пока больной находится во власти психологического конфликта, практически невозможно. Другими характерными примерами являются случаи прекращения больными лечения артериальной гипертензии или эпилепсии либо отказа от необходимых обследований или операций.

Все чаще врачам общей практики приходится иметь дело с хроническими или рецидивирующими заболеваниями, такими, как инфаркт миокарда, артериальная гипертензия, цереброваскулярная патология, сахарный диабет, злокачественные новообразования, ревматоидный артрит и хронические респираторные заболевания. Эти заболевания тесно связаны с социальными и психическими стрессами сложными причинно следственными отношениями. Психосоциальные влияния, взаимодействуя с факторами наследственной предрасположенности, особенностями личности, типом нейроэндокринных реакций на жизненные трудности, могут изменять клиническое течение перечисленных выше заболеваний.

**Соматические проявления психических состояний**

Действие психосоциальных стрессов, провоцирующих внутренние конфликты и вызывающих адаптивную реакцию, может проявляться скрытно, под *маской соматических расстройств,* симптоматика которых схожа с симптоматикой органических заболеваний. В подобных случаях эмоциональные нарушения нередко не только не замечаются и даже отрицаются пациентами, но и не диагностируются врачами. Причины и механизмы формирования того или иного соматического симптома в ответ на психосоциальный стресс могут прослеживаться достаточно отчетливо. Например, тревога прямо связана с адренергическими феноменами: тахикардией, потоотделением и другими. Однако механизмы развития психогенных симптомов часто остаются неясными, хотя, как правило, их связывают с напряженностью, проявляющейся как непосредственно (например, мышечное напряжение), так и в конверсионной форме.

**Нарушение половой активности.**

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.

1. **БИОЭНЕРГЕТИКА А.ЛОУЭНА.**

Лоуэн был последователем В.Райха и основал свое учение о биоэнергетике на базисе его работ.

Биоэнергетика – это терапевтическая техника, помогающая человеку вернуться к своему телу и в полной степени насладиться своим телом. Это особое значение понятия тела включает в себя сексуальность, которая является одной из основных функций, а также даже более важные функции: дыхание, движение, чувственность и самовыражение. Если он не двигается свободно, он ограничивает жизнь своего тела. Если он не чувствует полно, он сужает жизнь своего тела. И если его самовыражение сокращено, он лимитирует жизнь своего тела. (А.Лоуэн «Терапия которая работает с телом» с.31)

Цель биоэнергетики – помочь людям снова обрести их первичную природу, которая является условием свободы, состоянием грациозности и качеством красоты. Свобода есть отсутствие сдерживания внутреннего потока чувств, грация – выражение этого потока в движении, в то время, как красота – это проявление внутренней гармонии, которую вызывает данный поток. Они означают здоровое тело и, следовательно, здоровый разум.

Лоуэн считал, что у языка тела, или телесного языка, две части. Одна имеет дело с телесными сигналами и выражениями, которые дают информацию о личности, другая – с вербальными выражениями, которые направлены на определение телесных функций. (Например, выражение «дойти до самой сердцевины» «отдать сердце»). Чувство любви ассоциируется у нас с сердцем. Сердце заключено в клетку из кости, грудную клетку. Эта клетка может быть жесткой или мягкой, неподвижной или способной к реакциям.

Лоуэн так же считал, что отделение секса от чувства любви происходит в том случае, когда в силу зажатости человеческого тела происходит как бы отделение верхней части (голова, сердце) от нижней (гениталии, ноги). В этом случае сексуальное возбуждение не охватывает всего тела, и человек не может получить полноценного удовольствия от сексуальных отношений, что, в свою очередь, ведет к еще большему напряжению.

1. **ОРГАСТИЧЕСКАЯ ИМПОТЕНЦИЯ У МУЖЧИН.**

Сексуальные нарушения можно грубо подразделить на две категории:

* 1. нарушения, связанные со спадом или отсутствием сексуального влечения
  2. нарушения, проявляющиеся в неспособности достижения оргазма.

Первая категория включает проблемы эрективной импотенции мужчин и фригидности женщин. Вторая – касается таких расстройств, как преждевременная эякуляция и задержка эякуляции без достижения кульминации у мужчин, а у женщины – неспособность достичь высшего момента возбуждения или переход к ней только с помощью клиторической стимуляции.

Проблемы первой категории представлены нарушением нарастания возбуждения и сенсорной реакции; оргастическая же импотенция возникает из-за нарушения моторных сторон сексуальных функций, проявляющихся вследствие снижения подвижности или мобильности. Но две стороны сексуальных функций – сенсорная и моторная – это две части единой реакции. Любое снижение уровня восприятия снижает окончательную реакцию, а всякое ограничение подвижности редуцирует сенсорное переживание.

Клинические наблюдения свидетельствуют, что тревожность и страхи, связанные с полной неудачей в половом акте, являются отголоском отклонений в возбуждении и влечении при оргастической импотенции.

Нарушения оргастической потенции интимно связаны со страхом сексуального движения. Мысль, что во время полового акта необходимо движение, сцеплена со множеством табу и тревожностью, которая ассоциируется с сексуальностью.

Однако, в силу своей позиции сверху, мужчина доминирует в сексуальных отношениях, но не сдерживает своих движений сознательно. Обладая пенисом, который способен эякулировать, он почти всегда может быть уверенным в какой-то кульминации. Но клинический опыт показывает, что в терминах полноценного удовлетворения, мужчины страдают от оргастической импотенции в той же мере, что и женщины.

Наиболее распространенное нарушение сексуальных функций у мужчин – **преждевременная эякуляция**. Эффект этого расстройства выходит за рамки дефицита мужской удовлетворенности. В тяжелых случаях преждевременная эякуляция лишает женщину возможности достичь вагинального оргазма, даже если она способна испытать его. Общий результат проявляется в виде неполноты сексуальных отношений для обоих партнеров, ведет к напряженности в их отношениях. Во всех случаях преждевременная эякуляция переживается как неудача. Многие мужчины обращаются с просьбой об излечении и жалуются на отсутствие удовлетворения, вызванного преждевременной эякуляцией.

Существует форма преждевременного семяизвержения, которая отчасти обусловлена сознанием его вероятного проявления. Мужчина, ранее уже переживший преждевременное семяизвержение с партнершей, будет обеспокоен, что то же самое случится в следующий раз.

Его озабоченность и страх будут увеличивать напряжение ситуации именно тогда, когда возбуждение нельзя контролировать, и тогда эякуляция действительно произойдет преждевременно. Такой мужчина заключен в порочный круг преждевременности: беспокойство, напряжение, преждевременное семяизвержение, озабоченность, напряжение снова и снова. Часто преждевременная эякуляция развивается при первой сексуальной встрече с новой партнершей. Исследования показывают тесную связь между преждевременностью и тревожностью. Установлено, что чем больше тревожность, тем скорее семяизвержение. Самой распространенной причиной тревожности является страх быть отвергнутым женщиной. Этот страх сознательно переживается в тех ситуациях, в которых мужчина ощущает ненависть женщины или ее нежелание включаться в половые отношения. Если он упорствует в своей попытку вступить в половые отношения с партнершей, которая противится этому, то развивается тревожность ведущая к преждевременной эякуляции. Проникновение эквивалентно завоеванию, оргазм превращается в «антикульминацию» и, в лучшем случае, осуществляется только частично.

Преждевременность может возникнуть даже при положительном отношении женщины к сексуальному взаимодействию взамен страха быть отвергнутым, мужчина может переживать страх провала.

В большинстве случаев тревожность, которая создает условия для преждевременной эякуляции, порождается неосознанными сексуальными конфликтами. Мужчина с преждевременной эякуляцией не разрешает проблему своей сексуальной вины. Она существует в бессознательном и принимает форму страха перед женщиной, страха оскорбить ее своей сексуальной агрессивностью или не удовлетворить ее своими сексуальными действиями. Бессознательные страх и враждебность имеют отношение к женщине вообще, чьим прототипом является мать. Фундамент, на котором возвышается феномен преждевременной эякуляции, - это проблема неразрешенного Эдипова комплекса по отношению к матери.

Специфический механизм преждевременной эякуляции представляет собой перевозбуждение пениса. При преждевременной эякуляции пенис возбуждается в самой начальной стадии полового акта до такой степени, какой он должен достичь только перед самым оргазмом. В последнем случае, подобное возбуждение возникает в результате сексуальных движений, в то время как при преждевременной реакции оно предшествует им. Отсюда можно сделать заключение, что такие мужчины боятся сексуальных движений, то есть они боятся проявлять агрессивные сексуальные движения во время полового акта. Преждевременную эякуляцию можно интерпретировать как бессознательное желание ограничить сексуальный акт, сделать его как можно короче. Что касается преждевременной реакции, то здесь человек боится не только движений, но и влагалища. Боязнь последнего наиболее явно выражена в тех случаях, когда эякуляция возникает сразу же после проникновения или даже перед ним.

Страх перед сексуальной подвижностью подтверждается физиологическим состоянием мужчин, озабоченных этой проблемой. Их телу присуща скованность. Мускулатура спины напряжена и сокращена, особенно в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. В результате скованности снижается как подвижность, так и мобильность тела. Уменьшается амплитуда и свобода движений таза. Обнаруживается спастичность определенных групп мышц, в частности – подвздошно–поясничной мышцы, которая фиксирует таз на бедрах, и мышц, поднимающих задний проход и выстилающих тазовое дно. Результатом этих мышечных напряжения является такое состояние организма, когда он не может сохранять сексуальный заряд или возбуждение, и они немедленно перетекают в половой орган и перевозбуждают его.

Столкнувшись с проблемой перевозбуждения, мужчины, страдающие преждевременной эякуляцией, стараются снизить свою подвижность. А, поскольку, страх движения усиливает напряжение, эта уловка только дополняет порочный круг, в который тревожность поймала человека.

Неосознаваемая враждебность к женщине, которая лежит в основе преждевременной эякуляции, возникает по причине разрушения эротических вознаграждений в раннем детстве.

1. **ОРГАСТИЧЕСКАЯ ИМПОТЕНЦИЯ 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.

Оргастическая импотенция мужчин часто маскируется измененной эякуляцией, которая сама по себе является формой кульминации. У женщин, однако, проблема оргастической несостоятельности определена более резко. Есть множество женщин, никогда не достигавших ни одной из форм кульминации полового акта.

Неспособность достичь полноценного оргазма эти женщины воспринимают как признак сексуальной незрелости. Оргастическая потенция для них эквивалентна женственности.

Значимость оргазма для понимания женственности сравнительно недавнее достижение. В викторианскую эпоху символом женственности было замужество и семя. Психоанализ проник в сущность этих символов, раскрыв, что они защищают и рационализируют скрытые внутренние чувства фрустрации и опустошенности. С проникновением осознания природы и функций оргазма в современное сознание женщины начинали понимать, что личностная полнота неотделима от секса.

Проблема оргастической потенции женщин осложняется тем, что некоторые женщины способны переживать сексуальную кульминацию, стимулируя клитор. Эта разновидность оргазма называется клиторальным оргазмом и отличается от вагинального.

Клиторальный оргазм возникает при мануальной или оральной стимуляции клитора до, в процессе или после полового акта. Некоторые женщины реагируют на эту стимуляцию и достигают кульминации, которой не могут достичь при стимуляции влагалища или фрикциях, когда пенис введен во влагалище.

Вагинальный оргазм отличается от клиторального тем, что все тело откликается на любовь. Психоаналитики считают, что если клиторальный оргазм является единственным способом получить сексуальное раскрепощение, то это свидетельствует о личностной незрелости.

Клиторальный оргазм представляет собой одну из форм женской оргастической импотенции.

Другая форма оргастической импотенции возникает, когда женщина вообще оказывается неспособной достичь кульминации на протяжении полового акта. Есть и такие, которые лишены эротического влечения к мужчине и потому фригидны. У такой женщины влагалище не увлажняется, и половые отношения поэтому вызывают боль.

Страх перед половым актом, снижение активности могут быть связаны с регулярным использование клизм или свечей в детстве. Лоуэн замечает, что регулярное использование клизм крайне неблагоприятно сказывается на психосексуальном развитии ребенка. Введение насадки клизмы в анус обладает настолько очевидным сексуальным символическим значением, что этого трудно не заметить. Джоан Маллесон утверждает, что использование свечей, мыльных палочек и клизм может вызывать вагинизм. «Все, кто ставил ребенку клизмы, знают, какую боль он испытывает». Ребенок, которого подвергают этой процедуре, кричит и сжимается при виде ненавистной клизмы. Подобные условия в детстве создают глубоко и длительно действующее впечатление, и подвергавшиеся этой процедуре непроизвольно связывают проникновение в свое тело со страхом и болью. Результат использования клизмы может повлечь за собой два последствия:

1)ребенок, боясь проникновения, напрягает и сжимает мускулатуру, расположенную вокруг ануса, тазового дна и ягодиц

2) он резко сокращает двигательную активность непосредственно в процессе проникновения клизмы. Поскольку анус тесно прилегает к влагалищу, то страх проникновения, страх и боязнь движения передается и этому органу.

Реакция на повторное введение клизмы может принимать либо форму сопротивления, либо подчинения. Вагинизм может быть формой бессознательного сопротивления проникновению, которое ассоциируется с ранним унизительным и болезненным опытом. Чаще ребенок адаптируется, заняв подчиненную позицию. Эта позиция подчинения перемещается позже на половой акт.

Многих пациентов беспокоит чувство опустошенности или пустоты при внешнем благополучии. Когда человек чувствует опустошенность, это говорит об отсутствии любви – любви к себе, к человеку противоположного пола, к семье.

В основе оргастической импотенции у женщин в большинстве случаев лежат внутренние конфликты. Сексуальные функции женщины отражают ее женственность либо отсутствие таковой. Необходимо раскрыть глубинный внутренний конфликт личности, инфантилизм, незрелость и омужествление – вот что тормозит развитие личности женщины. Именно это препятствует ее сексуальности и не дает достичь сексуальной завершенности. Именно это невозможно уничтожить просвещенностью в вопросах секса. Нужно проникнуть в глубины – туда, где произошел сбой развития женской личности и функций женского организма.

**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).

1. **КЛАССИФИКАЦИЯ НАРУШЕНИЯ ПОТЕНЦИИ П.К.АНОХИНА**

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).

1. 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.

**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 депрессией. 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.

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 дольше существуют патологические поллюции, тем отчётливее невротические расстройства, тем больше вероятность стойкой психической импотенции.

1. **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. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ.**

Современный человек более сведущ в вопросах секса, чем люди прошлого, однако есть много признаков, указывающих на то, что люди плохо представляют себе свою роль и свои цели в сексуальной жизни. Ответы на многие вопросы, связанные с сексом, дал психоанализ, но и он не смог избавить от чувства греховности и облегчить разочарование, вызываемое крушение надежд.

Подобное разочарование обусловлено не недостатком возможностей для приобретения сексуального опыта, а невозможностью (или неспособностью) получать радость и удовлетворение, обещаемые сексуальной любовью. Существует обширная литература, описывающая технику секса разных культур, но она не может ни просветить, ни помочь в тех случаях, когда речь идет о неудачной, несчастливой сексуальной жизни – а именно с этой проблемой постоянно сталкиваются в наши дни врачи, психиатры и специалисты по вопросам брака и семьи.

Возможно сексуальная искушенность – это всего лишь покров, маскировка, скрывающая сексуальную незрелость, склонность к конфликтам и беспокойство, свойственные многим. Незрелость и наивность распространены до сих пор. Сексуальность представляет собой неотъемлемую часть личности, поэтому ее нельзя изменить без соответствующих изменений самой личности. Более того, сексуальность формирует личность и одушевляет ее. Поэтому нельзя достигнуть сексуального удовлетворения путем простого использования или изобретения какой-то особой техники. Оно приходит, скорее, как результат образа жизни, жизненного опыта и зрелости личности. Важно также понять сексуальность, как способ эмоционального самовыражения.

1. **СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.**
2. **«Телесность человека междисциплинарный подход» ред. В.В.Ниеолаева П.Д.Тищенко М.,1995**
3. **«Медицинская психология» А.Л.Гросман «Магистр» 1998**
4. **«Любовь и оргазм» А.Лоуэн Ростов-на-Дону «Феникс» 1998**
5. **«Терапия, которая работает с телом. Биоэнергетика» А.Лоуэн Санкт-Петербург 2000**