**Основные формы половой жизни человека**

Копулятивный цикл, в основе которого лежит нормальная модель гетеросексуального коитуса, не является единственно возможной формой половой жизни человека. Основные проявления сексуальности (либидо, эрекции, эякуляции, оргазм) могут складываться в самые разнообразные формы полового удовлетворения, среди которых А.Кинзи с сотр. выделяют шесть основных форм: гетеросексуальный коитус, гомосексуальный коитус, поллюция, мастурбация, петтинг, «половые контакты с животными других видов», относя все эти формы к норме. По-видимому, абсолютно нормативной моделью можно считать только гетеросексуальный коитус; поллюции должны быть отнесены к викарным проявлениям, мастурбация и петтинг к суррогатным, а гомосексуальная практика и половые контакты с животными — к сексуальной патологии. Принципиальным недостатком классификации А. Кинзи является то, что она ограничивается только генитальными проявлениями, игнорируя психологические аспекты полового общения. Поскольку же у человека в понятие полноценной половой жизни наряду с генитальным взаимодействием в качестве обязательного компонента входит и общение духовное, различные формы половой жизни человека можно классифицировать следующим образом.

А. Экстрагениальные формы половой жизни.

1. Платоническая любовь.

2. Танцы.

3. Гейшизм.

Б. Генитальные формы половой жизни.

I. Суррогатные и викарные (заместительные) формы половой активности.

1. Поллюции.

2. Мастурбация.

3. Петтинг.

П. Суррогатные формы коитуса.

1. Вестибулярный коитус.

2. Coitus intra femora.

3. Нарвасадата (coitus intra mammae), подмышечный коитус и др.

4. Coitus per anum:

а) гетеросексуальный (paedicatio mulierum);

б) гомосексуальный.

III. Нормативный гетеросексуальный коитус.

IV. Орогенитальные (лабиогенитальные) контакты (кейра, феллация, куннилингус).

V. Сексуальные действия с животными.

Формирование гармоничной половой жизни — процесс сложный, длительный, неравномерный и противоречивый, на пути к завершению которого, например, могут сочетаться платоническая влюбленность и мастурбация.

Платоническая влюбленность и танцы чаще всего играют роль переходных форм, обеспечивающих знакомство, выбор и первые этапы предварительной адаптации к сексуальному партнеру; однако для определенного круга лиц платоническая влюбленность составляет единственную форму половой активности в течение значительного периода (любовь Петрарки к Лауре), а то и всей жизни, а танец — единственную форму сексуально окрашенного телесного общения.

Этапность формирования полового сознания с акцентуацией на любой из описанных выше четырех стадий, сочетаясь с особенностями темперамента и других компонентов структуры личности, обусловливает естественное многообразие отношений мужчины к женщине. Однако в этом многообразии можно выделить чрезмерную идеализацию («образ мадонны») и «низкий взгляд» («образ вульгарной женщины»), когда мужчину возбуждают только доходящая до вульгаризации подчеркнутость внешних форм и развязность поведения женщины. Уравновешенная сексуальность, которой чужды обе эти крайности, обеспечивает гармоничное сочетание возвышенного, опоэтизированного любовного чувства с сильнейшим телесным влечением к одной единственной женщине. Крайности же психологического отношения служат одним из источников неудовлетворенности. При этом психологическая односторонность второго типа провоцирует такие ситуации, когда мужчина от своей интеллектуальной и эстетически одаренной жены уходит к вульгарной любовнице. При психологической неудовлетворенности другого типа мужчина ищет на стороне женщину — носительницу нежного очарования, эстетизма, грации и изящества. Удовлетворению этой потребности в духовной стороне общения с женщиной в древней Греции служит институт гетер, а в Японии — институт гейш.

Поллюции (от лат. pollutio — марание, пачканье) — непроизвольные эякуляции (условно противопоставляемые произвольным при коитусе, мастурбации и петтинге), происходящие большей частью во сне. Ночные поллюции обычно сопровождаются сновидениями эротического содержания, которые, однако, при глубоком сне могут не сохраняться в памяти. Поллюции служат одним из объективных проявлений полового созревания; вне пубертатного периода они приобретают значение викарного механизма, обеспечивающего периодическую эвакуацию эякулята. Наличие этого «предохранительного клапана сексуальности» облегчает тягостные проявления сексуальной абстиненции (фиксация психики на сексуальной сфере, спонтанные эрекции и др.). По выражению Иноевса (1850), ночная поллюция «производит некоторую бодрость и веселое расположение духа: мысли после нее делаются чище и яснее, а тело как бы облегчается от какой-то тяжести».

Мастурбация (от лат. manus — рука и stupro — оскверняю), онанизм (от имени библейского персонажа Онана), или рукоблудие,— преднамеренное вызывание оргазма путем искусственного раздражения эрогенных зон, чаще собственных половых органов, хотя практикуется и взаимная мастурбация (например, между гомосексуалами).

Очень близок феномену взаимной мастурбации петтинг (англ, pet — баловать, ласкать, а также раздражать). В русском языке слово «петтинг» употребляется только как сексологический термин и обозначает преднамеренное получение оргазма искусственным возбуждением эрогенных зон в условиях двустороннего контакта, исключающего непосредственное соприкосновение гениталий. Различают две разновидности петтинга — поверхностный и глубокий, понимая под поверхностным петтингом непосредственное раздражение эрогенных зон, в повседневной жизни обычно обнаженных, другие же эрогенные зоны (в том числе генитальные) раздражаются только через одежду. Наиболее частый случай поверхностного петтинга — сознательное форсирование поцелуев и тесных объятий до получения эякуляции и оргазма. Глубокий петтинг предполагает прямое мануальное раздражение эрогенных зон, обычно прикрытых одеждой. Таким образом, взаимная мастурбация представляет феномен, который может быть расценен как частный случай глубокого петтинга.

Вестибулярный коитус обычно применяется в одном из трех случаев: 1) как средство предотвратить нарушение девственной плевы и наступление беременности; 2) когда ослабленная эрекция не позволяет осуществить интроитус (в подобных случаях производится ритмичное сдавление члена между vestibulum vulvae и лобком мужчины до наступления эякуляции и оргазма); 3) когда оргазм у женщины наступает только при интенсивном воздействии на клитор и малые губы, а вагинальные фрикции не дают ей полного удовлетворения, безразличны или даже неприятны.

Coitus intra femora обычно применяется для достижения целей, идентичных первому случаю использования вестибулярного коитуса.

Кейра является родовым понятием, обозначающим орогенитальные (лабиогенитальные) контакты вне зависимости от разделения ролей между мужчиной и женщиной. Кумбитмака (cunnilingus, cunnilinctus s. cunnilinctio) — вызывание полового возбуждения воздействием на вульварную область (главным образом клитор) губами и языком. Антипод куннилинкции — феллация (fellatio, irrumatio) — вызывание полового возбуждения воздействием ртом и языком на половой член.

Формы половой жизни определяются как привходящими обстоятельствами (недаром A. Kinsey подчеркивает, что половые действия с животными распространены именно в штатах с развитым скотоводством), так и прежде всего индивидуальными особенностями структуры личности; выделяя некоторые наиболее типичные корреляции, можно сказать, что поллюции — удел робких и боязливых, онанизм — застенчивых, а петтинг — сверхосторожных.

Сексуальные нарушения при маниакально-депрессивном психозе (МДП)

Маниакально-депрессивный психоз (циркулярный психоз, циклофрения) — заболевание, протекающее в виде аффективных фаз (депрессивных, маниакальных, сдвоенных, смешанных), разделенных интермиссиями. В отличие от шизоаффективного типа шизофрении при МДП не наблюдается заметных изменений личности и признаков психического дефекта, даже при многократных рецидивах и многолетнем течении заболевания. К МДП относятся менее выраженная форма — циклотимия, а также особые формы — скрытая депрессия и эндореактивная дистимия.

Различают биполярное течение МДП, характеризующееся наличием как маниакальных, так и депрессивных фаз, и монополярные с одинаковой клинической структурой всех фаз. В течение жизни больные переносят несколько фаз продолжительностью от 2 до 6 мес.; кратковременные фазы продолжительностью от нескольких дней до недель встречаются реже, чем затяжные продолжительностью до года и более. Депрессивные фазы при циклофрении составляют до 60%, а при циклотимии до 90% в структуре всех приступов МДП. Не менее чем у половины больных заболевание начинается после 40 лет, причем среди больных число женщин вдвое превышает число мужчин.

При выраженных формах МДП пациенты практически не обращаются к сексопатологу, хотя обнаруживают заметные изменения полового поведения. В маниакальной фазе на фоне подъема настроения и гиперактивности у больных наблюдается повышение полового влечения, резко возрастает сексуальная активность, их поведение в присутствии лиц противоположного пола приобретает эротический оттенок. Такие больные легко заводят знакомства и вступают в случайные половые связи. У них проявляются девиации полового влечения, развратные действия, в выраженных случаях — возможны попытки изнасилования. В депрессивной фазе на фоне подавленности, идеаторной и моторной заторможенности у больных отмечается резкое снижение либидо, адекватных и спонтанных эрекций, изменяется продолжительность полового акта, тускнеет оргазм. При выраженных депрессивных расстройствах сексопатологические проявления растворяются в клинической картине депрессии, оттесняются на задний план аффектом тоски или тревоги, идеями самообвинения, греховности.

Внешние признаки депрессии при ее циклотимической форме стерты и на первый план выступают переживания личного неблагополучия, соматовегетативного дискомфорта, снижения продуктивности и сокращения объема привычной деятельности. Нередко наблюдаются атипичные депрессивные фазы с преобладанием сенестопатически-ипохондрических расстройств и депрессии с различными навязчивостями, чаще всего навязчивым страхом смерти, заражения неизлечимым заболеванием, остановки сердца. В подобных случаях жалобы на сексуальное расстройство могут фигурировать в клинической картине атипичной депрессии, в диагностике которой в большинстве случаев удается проследить фазный характер расстройств, сезонность рецидивов, суточные колебания симптоматики с послаблением ее к вечеру.

При скрытой (ларвированной, маскированной, соматизированной) депрессии в клинической картине на первый план выступают соматовегетативные расстройства, маскирующие депрессивную симптоматику. Характерны сердечно-сосудистые (тахикардия, пароксизмальные аритмии, кардиалгии, головокружения, головные боли), желудочно-кишечные (дискинезии, поносы, запоры, метеоризм, анорексия), дизурические расстройства, нарушения сна и т. д. В. Ф. Десятников (1976) выделяет вариант скрытой депрессии с преобладанием нарушений в сексуальной сфере, которые чаще сводятся к угнетению всех компонентов сексуальности. Реже наблюдаются варианты с ускоренным наступлением эякуляции, причем в их происхождении не исключена роль сексуальных абстиненций, свойственных депрессивным состояниям.

Диагностика скрытой депрессии основывается на периодичности появления расстройств с их полным исчезновением в интермиссиях, отсутствии органической основы, выявлении стертого депрессивного аффекта, наследственной отягощенности аффективными расстройствами, типичном характерологическом преморбиде (иитравертироваиная сенситивность и тревожная мнительность), суточной динамике симптоматики при высокой эффективности терапии антидепрессантами.

При эндореактивной дистимии вслед за типичным психогенным началом депрессии развивается состояние, сходное с картиной циклотимической депрессии. В развитии эндореактивной дистимии большую роль играют астенизирующие соматогенные факторы; характерологический преморбид содержит радикал эмоциональной лабильности, истощаемости. При локализации исходной психической травмы в сфере семейно-сексуальных отношений часто наблюдается резкое снижение сексуальности, тем более что начало болезни, как правило, приходится на предынволюционный или инволюционный периоды.

Лечение сексуальных расстройств у больных МДП в основном сводится к купированию депрессивного состояния с помощью антидепрессантов (пиразидол, амитриптилин, мелипрамин, азафен) в дозах до 100—150 мг в сутки при амбулаторном лечении, при наличии сенестопатически-ипохондрических или обсессивных расстройств возможно сочетанное назначение нейролептиков (френолон, сонапакс) и транквилизаторов (седуксен, феназепам).