

ГИПЕРСЕКСУАЛЬНОСТЬ КАК ПРОЯВЛЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ РАССТРОЙСТВ

Г. С. Кочарян

Харьковская медицинская академия последипломного образования

В статье речь идет о гиперсексуальности, которая может быть одним из проявлений самых различных расстройств. Среди них последствия психотравматизации; преждевременное психосексуальное развитие; пограничное расстройство личности; субманиакальные и маниакальные состояния при биполярном аффективном расстройстве и шизоаффективном типе течения шизофрении; расторможенность полового влечения, грубая и обнаженная эротичность в начальном периоде шизофрении; следствие далеко зашедших эмоционально-волевых расстройств при простой форме шизофрении; височная эпилепсия; деменция; умственная отсталость (олигофрении); различные органические поражения головного мозга (вследствие нейроинфекций, травм, сосудистых поражений, новообразований) [в качестве регулятора либидо называют височную и лобную доли мозга]; следствие нарушения деятельности гипоталамической области, лимбической системы. Сообщается о существующей корреляция между развитием гиперсексуальности и повреждениями определенных участков мозга у пациентов с нетравматическим мозговым повреждением. Отмечается возможность возникновения гиперсексуальности при неправильном развитии правого гиппокампа, анти-NMDA-рецепторном энцефалите, у больных рассеянным склерозом, при болезни Гентингтона, синдроме Клувера-Бьюси, синдроме Клейне-Левина, а также вследствие различных гормональных нарушений и последствий предменструальных изменений и воздействия вирилизирующих гормонов в детском или внутриутробном периоде. Приводятся многочисленные клинические иллюстрации случаев гиперсексуальности, обусловленной различными расстройствами. Автор придерживается мнения о необходимости деления гиперсексуальности по меньшей мере на две категории: истинную гиперсексуальность и сексуальную расторможенность, когда при нормальном или даже сниженном уровне выраженности либидо гиперсексуальное поведение

является результатом отсутствия или недостаточности сдерживающих механизмов (например, при деменции).

Ключевые слова: различные расстройства, гиперсексуальность.

Hypersexuality as a manifestation of various disorders

G. S. Kocharyan

The article deals with hypersexuality, which can be a manifestation of a wide variety of disorders. These include: consequences of a psychotrauma; premature psychosexual development; borderline personality disorder; submaniac and maniac states in bipolar affective disorder and schizoaffective type of the course of schizophrenia; disinhibition of libido, rough and naked eroticism in the initial stage of schizophrenia; consequence of advanced emotional-volitional disorders in simple-type schizophrenia; temporal lobe epilepsy; dementia; mental retardation (oligophrenias); various organic brain lesions (resulting from neuroinfections, injuries, vascular damages, neoplasms) [the temporal and frontal lobes of the brain are indicated as regulators of libido]; consequence of disorders in the hypothalamic area and limbic system. It is reported that a correlation exists between development of hypersexuality and damages in certain cerebral areas in patients with non-traumatic brain damage. It is pointed out that hypersexuality may result from maldevelopment of the right hippocampus, anti-NMDA receptor encephalitis, in patients with disseminated sclerosis, Huntington's disease, Klüver-Bucy syndrome as well as be caused by various hormonal disorders and consequences of premenstrual changes and effect of virilizing hormones during the childhood or intrauterine period. Numerous clinical illustrations of cases with hypersexuality, caused by various disorders, are given. The author holds the opinion that it is necessary to divide hypersexuality at least into two categories: true hypersexuality and sexual disinhibition, when with the normal or even reduced level of libido manifestation the hypersexual behaviour results from absence or insufficiency of inhibitory mechanisms (for example, in dementia).

Key words: various disorders, hypersexuality.

Гіперсексуальність як прояв різних розладів

Г. С. Кочарян

У статті йдеться про гіперсексуальність, яка може бути одним із проявів самих різних розладів. Серед них наслідки психотравматизації; передчасний психосексуальний розвиток; граничний розлад особистості; субманіакальні і маніакальні стани при біполярному афективному розладі і шизоафективному типі перебігу шизофренії; розгальмування статевого потягу, груба і оголена еротичність в початковому періоді шизофренії; наслідок емоційно-вольових розладів при простій формі шизофренії, що далеко зайшли; скронева

епілепсія; деменція; розумова відсталість (олігофренія); різні органічні ураження головного мозку (внаслідок нейроінфекцій, травм, судинних уражень, новоутворень) [в якості регулятора лібідо називають скроневу і лобову частки мозку]; наслідок порушення діяльності гіпоталамічної області, лімбічної системи. Повідомляється про існуючу кореляцію між розвитком гіперсексуальності та ушкодженнями певних ділянок мозку у пацієнтів з нетравматичним мозковим пошкодженням. Відзначається можливість виникнення гіперсексуальності при неправильному розвитку правого гіпокампу, анти-NMDA-рецепторному енцефаліті, у хворих на розсіяний склероз, при хворобі Гентінгтона, синдромі Клювера-Бьюси, синдромі Клейне-Левіна, а також внаслідок різних гормональних порушень і наслідків передменструальних змін і впливу вірілізуючих гормонів в дитячому або внутрішньоутробному періоді. Наводяться численні клінічні ілюстрації випадків гіперсексуальності, зумовленої різними розладами. Автор дотримується думки про необхідність поділу гіперсексуальності щонайменше на дві категорії: справжню гіперсексуальність і сексуальне розгальмування, коли при нормальному або навіть зниженому рівні вираженості лібідо гіперсексуальна поведінка є результатом відсутності або недостатності стримуючих механізмів (наприклад, при деменції).

Ключові слова: різні розлади, гіперсексуальність.

Гиперсексуальность может быть проявлением различных расстройств [9]. Она, в частности, может обуславливаться выраженной *психотравматизацией*. Так, к нам за лечебной помощью в связи с внезапно возникшей гиперсексуальностью обратилась молодая женщина. Это состояние развилось у нее после сильной ссоры с мужем, из-за которой она ушла из дома.

А. М. Свядош [16, с. 70–71] приводит пример, когда гиперсексуальность возникла у женщины, за которой гнался мужчина. Вот как он описывает этот случай: «18-летняя кассирша поздно вечером возвращалась домой по темному переулку, имея при себе крупную сумму денег. За ней погнался мужчина. Она с трудом успела вбежать в дом, захлопнув перед ним дверь. Была испугана. Дрожала от волнения. Почувствовала ноющие боли внизу живота, возникли частые позывы к мочеиспусканию. С этого времени

возникло сильное половое возбуждение, которое держится на протяжении 22 лет.

Больная почти постоянно испытывает сильное желание половой близости, 3–5 раз в сутки оно резко усиливается и в течение 2–3 часов становится неистовым. Тогда больная не находит себе места, иногда мечется, с трудом подавляет его внешние проявления. Приближение к мужчинам вызывает усиление полового влечения.

Наследственность не отягощена. Росла, развивалась нормально. Получила очень строгое воспитание в семье. Месячные с 14 лет, по 2–3 дня, безболезненные. Половая жизнь со времени замужества – с 21 года. Имеет 5-летнюю дочь. Половой жизнью с мужем живет через день. Половой акт при этом дает лишь кратковременную разрядку.

Половое влечение пытается подавить по нравственным соображениям. Не заводит случайных знакомств, не допускает мысли о возможности занятия онанизмом. Просит врачей удалить ей яичники, чтобы избавиться от мучительного полового влечения. Много времени проводит дома, занимается домашним хозяйством. Избегает ходить в кино, театры, ездить в переполненных автобусах и троллейбусах, так как близость мужчин вызывает сильное половое возбуждение. Иногда начинает казаться, что они могут по ее лицу и манерам догадаться об этом.

До начала болезни не испытывала полового влечения, не интересовалась сексуальными вопросами, ни в кого не влюблялась, эротических сновидений не было. Онанизмом никогда не занималась. По характеру малообщительная, молчаливая. До 18 лет, кроме кори, ничем не болела.

Больная среднего роста, правильного телосложения, женственна. Вторичные половые признаки развиты нормально. Со стороны женской половой сферы отмечается лишь незначительное увеличение придатков. Имеются недостаточность митрального клапана ревматической этиологии, хронический гепатит.

Обследована нами стационарно в психиатрической клинике. Признаков психического заболевания не обнаружено. Симптомов органического поражения нервной системы, а также эндокринных нарушений не выявлено. Гормональная терапия, а также монобромистая камфора, транквилизаторы не дали эффекта. Лечение аминазином и другими нейролептиками не проводилось из-за болезни печени.

В этом случае у здоровой девушки 18 лет, обладавшей весьма слабым половым влечением, после сильного испуга и физического напряжения (быстрый бег) вдруг возникли явления нимфомании. Эти явления стойко держались на протяжении 22 лет. Можно предположить, что они были вызваны нарушениями субкортикальных иннерваторных механизмов, вероятно, сосудистого генеза. Менее вероятно предположение о том, что имела слабость этих механизмов, в связи с чем сильный эмоциональный и физический стресс вызвали их декомпенсацию и возникновение гиперсексуальности гипоталамического генеза».

Гиперсексуальность может быть проявлением преждевременного психосексуального развития [8; 16].

Некоторые люди с *пограничным расстройством личности* (borderline personality disorder; BPD) могут быть заметно импульсивными, соблазнительными и чрезвычайно сексуальными. Сексуальная распушенность, сексуальные навязчивые идеи и гиперсексуальность являются очень распространенными симптомами у мужчин и женщин с BPD. Иногда у некоторых из них могут иметь место парафильные побуждения и желания [32].

Как известно, BPD – патология, характеризующаяся импульсивностью, низким самоконтролем, эмоциональной неустойчивостью, высокой тревожностью и сильным уровнем десоциализации. BPD включено в последнее американское Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам 5-го пересмотра (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition; DSM-V) 2013 года [27] и в МКБ-10. В

последней оно считается подвидом эмоционально неустойчивого расстройства личности) [11; 14].

Гиперсексуальность может стать следствием *субманиакальных и маниакальных состояний*. Н. Ш. Татлаев [20.] сообщает, что у мужчин в маниакальной стадии (гипомания, мания) маниакально-депрессивного психоза (МДП) [этот термин использовался в МКБ-9, в МКБ-10 применяется термин «биполярное аффективное расстройство»] либидо нарушается у 92,8 % чел., а половая активность – у 95,6 %. При этом отмечается, что половое влечение усиливается пропорционально нарастанию маниакального аффекта. Вместе с тем уровень половой активности несколько повышается при гипомании, однако при собственно мании он несколько снижается. При атипичной мании уровень половой активности был ниже исходного, а при типичной мании, напротив – выше, но ниже, чем при гипомании. При типичных маниакальных состояниях усиленное либидо реализовалось в основном учащенными половыми актами, при атипичных – преимущественно некоитальными формами сексуальных проявлений (поллюции, мастурбация и др.). Этот же автор отмечает [21], что сексуальная активность мужчин в маниакальной фазе возрастает в 2–3 раза и более, половые эксцессы учащаются, уменьшается продолжительность рефрактерного периода копулятивного цикла.

В. О. Гиляровский следующим образом описывает биполярное аффективное расстройство в маниакальной фазе: «Для характеристики эмоционального состояния таких больных большое значение имеет одна черта, которая отражается на всем их поведении, – повышенная сексуальность. В легких случаях дело ограничивается особенной кокетливостью, стремлением одевать яркую одежду, разукрашивая ее чем-нибудь, склонностью к разговорам на matrimониальные или просто легкомысленные и эротические темы; особенно характерна способность быстро влюбляться... При большей степени возбуждения повышенный

эротизм ведет к легкому завязыванию связей часто с малознакомыми или совсем незнакомыми людьми» [3].

А. Нохуров [12, с. 63] в связи с этим сообщает следующее: «Многие больные МДП в гипоманиакальном состоянии пишут стихи и поэмы своим возлюбленным, тратят почти все свои деньги на цветы, дорогие подарки, но их увлечения крайне нестойки. Повышенная эротичность проявляется в том, что больные активно ищут сексуальных партнеров, легко заводят знакомства, форсируют интимное сближение. Их половая потребность становится ненасытной. Тема «секса» проходит у больных красной линией через все, о чем они говорят. Больные теряют контроль над своим сексуальным поведением, могут проявлять сексуальные домогательства к лицам, явно не достигшим совершеннолетия, или вступать в половые отношения с лицами, аморальность которых не вызывает сомнения».

Н. Ш. Татлаев [21], отмечает, что половая «ненасытность» мужчин в маниакальной фазе характеризуемого заболевания, несмотря на протесты жены, приводит к изменению стереотипа сексуального поведения и поиску новых форм проведения коитуса, например, орально-генитальной и, более того, толкает больных на гомосексуальные связи (J. Allison, W. Wilson, 1960). При выраженной гиперсексуальности также появляется стремление к групповому сексу.

Ряд примеров изменения сексуального поведения у женщин, больных биполярным аффективным расстройством, в этой фазе приводит О. И. Вольфовский [3]. Так, у больной А., 23 лет гипоманиакальное состояние впервые развилось во время пребывания с мужем на курорте. Уже заболев, она поссорилась с ним. Супруг, не поняв того, что у его жены началось психическое заболевание, рассердился на нее, оставил ее саму и вернулся домой. Оставшись одна, больная развила бурную деятельность, легко вступала в половые связи и заразилась гонореей. Ее психическое состояние все больше ухудшалось и с гипоманиакального перешло в

маниакальное. Была помещена в психиатрический стационар. Маниакальная фаза была затяжной, и ремиссия наступила только через полгода.

Яркий пример, демонстрирующий резко выраженную гиперсексуальность больной З., 30 лет (работает швеей в ателье) в гипоманиакальной фазе биполярного аффективного расстройства, проявляющуюся значительным искажением ее сексуального поведения, приводит А. Нохуров [12, с. 64]. На судебно-психиатрической экспертизе она была признана невменяемой. «В октябре в состоянии больной внезапно наступил резкий перелом. Вновь стала активной, деятельной, жизнерадостной. На празднике выступала в клубе в концерте самодеятельности, после концерта на вечеринке продолжала петь, читала стихи, была в центре внимания. Выпив несколько бокалов шампанского, стала «показывать стриптиз», чем вызвала восторг опьяневшей компании. В тот же вечер вступила в половую связь с человеком, к которому ранее была равнодушна. В последующие дни только и говорила о своем необыкновенном таланте, заявляла, что бросит работу в ателье, поскольку ее ждут в театре оперетты, уверяла, что она «звезда Голливуда» и прославит всех своих знакомых. Ночью плохо спала, постоянно требовала от мужа половых сношений. После праздников на работу не пошла, домой явилась поздно ночью в возбужденном состоянии. Оказалось, что она весь день провела в мужском общежитии, где хотела «активизировать художественную самодеятельность», имела неоднократные половые сношения с несколькими мужчинами и заразилась гонореей. В последующие дни на работу вышла, но подала заявление об увольнении, «так как переходит на работу в театр». Жалко было расставаться с «любимым коллективом», несколько раз устраивала прощальные концерты. Ее раньше времени отпускали домой, но она шла на «общественную работу» в мужское общежитие. Агитируя участвовать в художественной самодеятельности, ходила из комнаты в комнату, пела, со многими мужчинами вступала в половые сношения. Мужу заявила, что выполняла общественную работу, что он напрасно возмущается

и ревнует, она его страстно любит и докажет это, как только они вернутся домой. Так продолжалось около 2 нед, пока З. не была привлечена к уголовной ответственности за заражение венерической болезнью (муж и 18 мужчин были заражены гонореей). Сама больная случившимся не удручена. На допросе говорила о «специфике» отношений между артистами, заражение называла «пустяком», недостойным внимания «в век развитой медицины». Была кокетлива со следователем и врачами, находилась в приподнятом настроении, шутила, рассказывала анекдоты.

Такое же приподнятое настроение оставалось у больной и в период пребывания на судебно-психиатрической экспертизе. Заявляла больным, медицинскому персоналу, врачам о своей необыкновенной талантливости, о признании народом, о блестящем будущем. Написала любовную поэму врачу-мужчине, в беседе с ним сделала замечание, что он мало говорит ей комплиментов. Заражением гонореей, возможной уголовной ответственностью, реальными осложнениями в отношениях с мужем не озабочена. Не критична к своему состоянию».

Причиной гиперсексуальности у больных во время мании называют формирующуюся патогенную гиперактивность дофаминергического мезолимбического пути в головном мозге [53]. А. М. Свядоц [16] сообщает, что крайне редко резкое усиление полового влечения может отмечаться во время *депрессивной фазы биполярного аффективного расстройства*, возможно, как элемент смешанного состояния. При этом он ссылается на В. П. Осипова, который на своей лекции рассказал о больной, у которой во время депрессивной фазы возникло настолько сильное половое влечение, что ночью, вбежав в будку, где находился молодой часовой, она на коленях умоляла его, чтобы он совершил с ней половой акт, что и произошло.

У больных *шизофренией* либидо может претерпевать различные изменения. Речь может идти как о разных степенях его ослабления вплоть до полного отсутствия, так и об его усилении. Изменения либидо могут быть связаны с типом течения шизофрении, для которого характерно чередование

мании и депрессии (так называемый шизоаффективный ее тип). Очевидно, что во время гипомании / мании имеет место повышение либидо, а при депрессии – его снижение.

В своей публикации об особенностях сексуальности подростков мужского пола, больных шизофренией, в клинической картине которой значительное место занимали сексуальные переживания, Д. Д. Исаев [7] на основании обследования 77 подростков в возрасте от 15 до 17 лет обнаружил, что у 14 больных начало заболевания проявлялось расторможенностью полового влечения, грубой и обнаженной эротичностью. Это явилось результатом морально-этического снижения и утраты стыдливости, а также стремления к непосредственной реализации своих желаний. При этом фиксировались сексуальные притязания к ближайшим родственникам (мать, сестра) и малолетним девочкам.

Гаджа Ага Гашум оглы Султанов [19] отмечает, что ряд авторов (Л. Л. Рохлин, А. А. Абаскулиев, Н. В. Иванов, Л. Я. Мильман, В. Д. Кочетков и др.) говорят о нарушении влечений на инициальных этапах простой формы шизофрении. При этом акцентируется внимание на мастурбации, протекающей у этой группы больных «особенно безудержно, интенсивно». Клинические наблюдения цитируемого автора свидетельствуют, что упорная, ничем не устранимая мастурбация в некоторых случаях может быть одним из первых признаков начального этапа шизофренического процесса, а в других – являться следствием далеко зашедших эмоционально-волевых расстройств при простой форме шизофрении. Цитируемый автор обследовал 150 больных с диагнозом «шизофрения, простая форма», в анамнезе которых имела место длительная мастурбация. Отличительными признаками для указанной группы больных, которые мастурбировали в пубертатном и постпубертатном периодах, является частота онанистических эксцессов, их упорный характер, напоминающий навязчивость, кататоническая стереотипия без стремления к оргастической разрядке. При подробном изучении анамнеза и катамнеза лиц, у которых, по мнению автора, упорный, трудноустраняемый онанизм

знаменует собой начало шизофренического процесса, выявляется следующее. Вначале онанистические акты приносят некоторое сексуальное удовлетворение, являясь компенсацией юношеской гиперсексуальности, однако в дальнейшем «психическая сторона мастурбации» характеризуется скудностью и аморфностью сексуальных представлений, их инфантильным, иногда перверсным содержанием, отчасти обусловленным психотическими переживаниями. В других случаях, продолжает автор, длительная, ничем не устранимая мастурбация является результатом далеко зашедших эмоционально-волевых расстройств, что может наблюдаться при различных формах шизофрении. Такое поведение, по его мнению, может быть проявлением общей и сексуальной расторможенности в развернутых стадиях шизофренического процесса.

Среди больных гениальной *эпилепсией*, обращающихся за лечебной сексологической помощью, преобладают мужчины, а среди жалоб на половое влечение – указания на его снижение. Те, у которых отмечается повышенное половое влечение, к сексопатологам не обращаются, а попадают в поле зрения психиатров в результате совершения ими сексуально детерминированных правонарушений. У женщин, также как и у мужчин, может иметь место как ослабление, так и усиление влечения, которое проявляется половой расторможенностью, гиперсексуальностью. Помимо этого, у них может обнаруживаться сексуальная аверсия. Также отмечается, что гиперсексуальность является редким явлением у больных эпилепсией [38].

Сообщается, что гиперсексуальность имеет место у больных височной эпилепсией [26]. Следует отметить, что выявлена связь между менструальным циклом и эпилепсией: выраженный эротизм у больных эпилепсией может отмечаться при задержке месячных, что является предвестником «психического состояния» [15].

Гиперсексуальные проявления могут иметь место у больных, страдающих *деменцией*. Bilal Chughtai и соавт. [26] сообщают, что

гиперсексуальность (в результате болезни Альцгеймера, болезни Пика) и слабоумие, обусловленное СПИДом, могут быть связаны с неврологической патологией, затрагивающей часть мозга, которая контролирует ингибицию (торможение) импульсов и чувство насыщения [46]. Человек со слабоумием может получить удовлетворение от сексуального акта и управляться компульсивной (навязчивой) потребностью инициировать секс снова и снова. В качестве альтернативы называют тот факт, что человек может просто забыть о проведенном половом акте и вскоре вновь инициировать сексуальное сближение. *(На ум поневоле приходит анекдот, когда пожилой мужчина, страдающий атеросклерозом, повторно проводил половые акты, так как забывал, что ранее он их уже совершил. – Примечание наше [ГСК].)* Слабоумие любого генеза, где имеет место повреждение височных долей или других областей мозга, связанных с удовольствием, может приводить к возникновению гиперсексуальности [46; 52].

Hugh Series, Pilar Décano [50] в своей статье приводят следующее показательное наблюдение, где речь шла о пожилом мужчине, у которого развилась гиперсексуальность, обусловленная деменцией:

«Мистер А., 83-летний мужчина, поступивший в отделение скорой и неотложной помощи, проявлял физическую агрессию и словесно оскорблял окружающих. У пациента были выявлены умеренно выраженные нарушения в когнитивной сфере, поэтому его направили в психиатрическую больницу в соответствии с разделом 2 Закона об охране психического здоровья от 1983 года. Эпизоды агрессии повторялись, но без сексуальных проявлений в поведении. После шести месяцев пребывания в больнице его выписали на попечительство в интернат, где он иногда угрожал окружающим, замахиваясь своей палкой. Пациент постоянно отказывался от каких-либо лекарственных препаратов. Через четыре года он стал еще агрессивнее, но его пришлось перевести в больницу общего профиля по поводу инфекционного заболевания, а затем снова переправить в психиатрическую больницу в соответствии с тем же разделом закона от 1983 года. К этому

времени нарушения в когнитивной сфере усугубились, и больному был установлен диагноз деменции. В дальнейшем в отделении вновь отмечались проявления агрессии. Спустя несколько месяцев его перевели в дом престарелых с медицинским обслуживанием, и здесь он по-прежнему отказывался от лекарственной терапии.

В доме престарелых А. сразу начал приставать к его обитательницам с сексуальными предложениями. Вначале персоналу удалось решить эту проблему, переведя его на другой этаж, однако поведение А. не изменилось – теперь он приставал к женщинам в этом отделении. Его перевели в больницу, поскольку персонал не мог добиться адекватного поведения. В первый день своего пребывания в больнице пациент начал проявлять инициативу, демонстрируя неадекватное сексуальное поведение по отношению к пациенткам, у которых тоже была диагностирована деменция. Если персонал пытался вмешаться, например, просил А. возвратиться в свою палату, это вызывало у него чувство озлобления и он начинал угрожать. Кроме того, будучи в гневе, он бил пациентов своей палкой. Методы поведенческой терапии давали минимальный результат.

В конце концов члены бригады пришли к выводу, что степень опасности для окружающих, несмотря на используемые техники поведенческой терапии, была неприемлемой, поэтому ему была назначена принудительная лекарственная терапия в соответствии с Законом об охране психического здоровья от 1983 года. В лечебном плане предусматривался прием препаратов per os, но пациент отказался, поэтому ему ввели внутримышечно 25 мг хлорпромазина, чтобы проверить реакцию на антипсихотический препарат, который А. раньше не принимал. Через неделю после этого была сделана инъекция зуклопентиксола ацетата (50 мг), препарата кратковременного действия, а еще через неделю – инъекция депонированной формы антипсихотического препарата зуклопентиксола деканоата (50 мг). Этот препарат продолжали вводить ежемесячно. В течение следующих двух

месяцев проявления расторможенного поведения редуцировались, но возникли умеренно выраженные побочные экстрапирамидные симптомы.

Пациент А. был выписан на депо-препарате в отпуск в дом престарелых с медицинским обслуживанием. Однако, несмотря на предоставление полной информации о его правовом статусе (который разрешал применение депо-препарата даже без его согласия) и на обоснование введения депо-препарата, персонал дома престарелых не был уверен в том, что может вводить его своему подопечному. Как следствие, у больного снова возникли проявления навязчивого сексуального поведения. В доме престарелых А. неоднократно занимался взаимной генитальной стимуляцией с подопечной, признанной невменяемой, которая, очевидно, получала удовольствие от его ухаживаний. Персоналу трудно было обсуждать ситуацию с мужем этой женщины. Больного А. перевели в другое крыло здания, однако он умудрялся возвращаться в первоначальное место. Учитывая сложившуюся ситуацию, его возвратили в больницу. Через несколько недель А. заболел воспалением легких, но от лечения отказался и умер».

Сообщается [32], что гиперсексуальность может быть вызвана деменцией по нескольким причинам, включая растормаживание вследствие органических заболеваний, неправильное восприятие социальных сигналов, недостаточную стимуляцию, сохранение выученного сексуального поведения после утраты других форм поведения и побочные эффекты лекарств, применяемых для лечения (M. D. Griffiths, M. K. Dhuffar, 2014). В качестве еще одной возможной причины гиперсексуальности, связанной с деменцией, называют ненадлежащим образом выраженную психологическую потребность в близости [32].

По мере прогрессирования этой патологии, повышенная гиперсексуальность «теоретизируется», чтобы иногда компенсировать снижение самооценки и когнитивной функции [54]. Ряд исследований свидетельствуют, что гиперсексуальность, обусловленная деменцией, может

быть связана с сопровождающими ее биохимическими или физиологическими изменениями [32].

Сексуальная расторможенность имеет место и у *больных с умственной отсталостью* (олигофрениями). А. Нохуров [13] отмечает, что в целях систематизации половых нарушений у больных с разнообразными формами «олигофрений», можно ограничиться тремя синдромальными вариантами (эйфорический синдром, синдром импульсивной гиперсексуальности, апатико-абулический синдром). Гиперсексуальность имеет место при первых двух названных синдромах. Развитие *эйфорического синдрома* связывают с повреждением фронтального отдела коры головного мозга, с поражением фронтолимбических связей. Больные довольны собой, у них относительно стойко повышено настроение (с оттенком «всеблаженства») (С. С. Корсаков). Они безмятежны, благодущны, бодры, но бездеятельны, обычно не вступают в брак и сами не обращаются к сексопатологам. Частая и довольно обнаженная мастурбация заставляет родственников приводить их к врачам. «Больные объясняют свое поведение однообразно: «Мне хочется, я никому не мешаю. И жениться я хочу; женюсь – и перестану». ...Убедить больных скрывать онанизм от окружающих обычно не удается, хотя получить такое обещание можно без труда» [13].

Синдром импульсивной гиперсексуальности может наблюдаться при различных клинических вариантах умственной отсталости, однако чаще – у больных с дисфорическим и психопатоподобным состоянием. Крафт-Эбинг сообщал, что у олигофренов может иметь место периодически наступающее половое возбуждение с бурным стремлением к удовлетворению сексуального влечения. Он отмечал, что при этом «олигофрены» набрасываются на детей и животных. Если их жертвы оказывают сопротивление, то они даже совершают убийства [13].

А. Нохуров [13, с. 177], характеризуя больных с умственной отсталостью, также сообщает: «В случаях *дисфорического синдрома*, возникающего как аутохтонно, так и в результате психогенных факторов,

гиперсексуальность сопровождалась другими компонентами дисфорического состояния – расторможенностью, повышенной раздражительностью, возбудимостью, неусидчивостью. При *психопатоподобном синдроме* гиперсексуальность обычно провоцировалась алкогольным опьянением».

Гиперсексуальность может иметь место *при различных органических поражениях головного мозга* (вследствие нейроинфекций, травм, сосудистых поражений, новообразований). В качестве регулятора либидо называют височную и лобную доли мозга. Лица, страдающие от травм этих областей мозга, подвергаются, в частности, повышенному риску появления гиперсексуальности [40], которая может возникнуть и после односторонней височной лоботомии [42].

К нам обратилась молодая женщина с гиперсексуальностью, обусловленной неоднократным избиением мужчиной (бил, в частности, по голове в состоянии алкогольного опьянения). Она была направлена на консультацию с диагнозом хронического арахноэнцефалита травматического генеза. Половое возбуждение не покидало пациентку в течение дня, в результате чего она не могла нормально работать. Быстрый положительный результат был получен нами при использовании гипносугестии. Во время интимной близости пациентка требовала от мужчины трех-четырех половых актов, не удовлетворявших ее полностью, несмотря на то, что оргазм возникал у нее при каждом коитусе. Это явилось одной из причин нарастающих семейных конфликтов, так как до возникновения заболевания для полного взаимного удовлетворения супругам было вполне достаточно одного полового акта. Во время первого гипнотического сеанса (2-3-я стадия гипноза по Форелю) больной проводились внушения, направленные на ликвидацию проявлений существующего расстройства вне интимной близости («Успокаиваются участки головного мозга, ответственные за возникновение полового возбуждения... Они затормаживаются... Половое возбуждение оставляет вас, уходит, рассеивается... в течение всего дня вы совершенно спокойны... Можете успешно выполнять свою работу» и т. п.).

Также проводилась суггестия, направленная на коррекцию поведения женщины во время интимной близости («Половое возбуждение будет возникать только во время интимной близости и исчезать после первой оргастической разрядки...»). После первого же сеанса половое возбуждение намного ослабело. Каждый последующий сеанс (всего было проведено 5 сеансов) также снижало уровень полового возбуждения. Интерес этого наблюдения заключается и в том, что поведение пациентки во время интимной близости полностью соответствовало сделанным внушениям. Одновременно ей был назначен сонапакс и рекомендовано лечение у невролога. Учитывая значительные отличия в выраженности полового влечения до и после каждого из первых гипнотических сеансов, а также факт назначения сонапакса только после 3-го сеанса, когда половое возбуждение в неадекватной обстановке уже возникало очень редко и не было интенсивным, мы лишний раз убедились в результативности гипносуггестивных воздействий на синдромы органического генеза [9].

Интерес представляют данные, которые приводит К. Имелинский [6]. Он отмечает, что R. D. Lisk (1967) в результате своих исследований пришел к выводу о наличии в гипоталамусе *двух сексуальных центров*. Первый из них расположен в передней части гипоталамуса, а именно – в ядре Кахаля. Он «высвобождает» сексуальную активность и ответственен за сексуальное поведение. Второй сексуальный центр (гормональный) находится в средней и задней части гипоталамуса и обуславливает сексуальное влечение опосредствованно (через секрецию гонадолиберина, контролирующего функцию передней доли гипофиза). Высказывается мнение, что гормональный сексуальный центр, по-видимому, находится в ядре воронки. При двустороннем изолированном «выключении» центра, ответственного за сексуальное поведение, половое влечение исчезает. Назначение половых гормонов не восстанавливает его. Половые железы при этом могут функционировать вполне нормально. При двустороннем же изолированном «выключении» гормонального сексуального центра отмечается потеря

интереса к сексуальному партнеру, а также развитие атрофии половых желез. Однако введение половых гормонов восстанавливает либидо.

А. М. Свядоц [16] сообщает, что гиперсексуальность может стать следствием нарушения деятельности гипоталамической области, лимбической системы. Как известно, лимбическая система (от лат. *limbus* – граница, край) – совокупность ряда структур головного мозга, расположенных на обеих сторонах таламуса, непосредственно под конечным мозгом. Она окутывает верхнюю часть ствола головного мозга будто поясом и образует его край (лимб). Это не отдельная система, но скопление структур из конечного мозга, промежуточного мозга (диэнцефалона) и среднего мозга (мезэнцефалона) [10].

Существует корреляция между развитием гиперсексуальности и повреждениями определенных участков мозга у пациентов с нетравматическим мозговым повреждением. У пациентов с базальными лобными повреждениями или повреждением таламической и перивентрикулярной областей правого полушария отмечается сексуальная озабоченностью в контексте маниакального синдрома [40]. Повреждение височной доли вызывает межприпадочную гиперсексуальность (*interictal hypersexuality*), акцентированную гиперсексуальным возбуждением после приступов. Подобная гиперсексуальность была зафиксирована после височной лобэктомии у больных эпилепсией. Был описан синдром Клювера-Бьюси после огнестрельной раны височной доли. Структуры височной доли также, кажется, являются посредником сексуального предпочтения. Как атравматический, так и следующий после повреждения головного мозга синдром Клювера-Бьюси у людей обычно ассоциируется с афазией, амнезией, слабоумием, а иногда с приступами. Это более часто приводило к изменениям в сексуальном предпочтении, чем к гиперсексуальности. Например, случай фетиша английской булавки (*a case of safety pin fetish*), как сообщалось, был связан с височной эпилепсией. Как фетиш, так и

эпилептические приступы исчезли после успешного хирургического удаления эпилептогенного участка.

Н. Hanada и соавт. [29] сообщают о 23-летнем мужчине с неправильным развитием правого гиппокампа, который «демонстрировал сексуальные преступления (гиперсексуальность)» с 8 лет, а с 13 лет успешно лечился карбамазепином. Авторы утверждают, что изменения таламической активности могут вызвать гиперсексуальность. И. Л. Ботнева [2] подробно описала синдром гипоталамической гиперсексуальности у женщин.

У пациентов мужского пола с повреждениями в лимбической системе или вблизи нее развивается педофилия и нетипичный вуайеризм, а у гетеросексуальной женщины возникает гомосексуальное влечение [23]. Лимбический энцефалит (энцефалит лимбической локализации), характерный для бешенства / водобоязни, ассоциируется с острой сексуальной расторможенностью. Подобная картина постоянно отмечалась у молодой женщины, которая перенесла энцефалит в раннем детстве [57].

А. М. Свядоц [16, с. 69–70] приводит пример гиперсексуальности, обусловленной органическим поражением головного мозга: «К нам на консультацию была направлена физически дряхлая женщина 70 лет после того, как гинекологические и эндокринологические заболевания были исключены. Рост ее 156 см, масса 65 кг. Со слезами на глазах она умоляла избавить ее от появившегося несносного полового влечения. «Я не могу смотреть на мужчин, – говорила она, – они меня сильно возбуждают. Я буквально дошла до отчаянья. Сильное половое возбуждение не покидает меня с утра до вечера. Особенно интенсивно оно проявляется под утро. Я готова покончить жизнь самоубийством, если не избавлюсь от этого».

Больная по характеру общительная, спокойная, уравновешенная. Окончила исторический факультет Московского педагогического института и в течение 40 лет работала учительницей в школе. Последние годы на пенсии. Росла и развивалась нормально. Менструации с 11 лет, обильные, регулярные, по 4–5 дней через каждые 24 дня. Менопауза с 49 лет.

Половая жизнь с 22 лет – с замужества, было 8 беременностей. Имеет двух взрослых детей: сына и дочь. Муж погиб, когда больной было 35 лет. С этого времени половой жизнью не жила. Часто испытывала эротические сновидения с оргазмом, снилась половая жизнь с мужем. В первые месяцы после замужества муж совершал 3–4 акта в течение ночи, в дальнейшем – 3–4 акта в неделю. Сама инициативы к половому сближению никогда не проявляла (муж даже обижался). Оргазм вагинальный, не чаще одного раза за ночь. С 35 до 65 лет – мастурбация (3–4 раза в месяц) путем введения пальца во влагалище.

Последние 6 лет страдает сахарным диабетом в тяжелой форме (соблюдает диету) и гипертонической болезнью II стадии. Артериальное давление 160-180-200/100 мм рт. ст. Периодически сильные головокружения.

Заболела остро 2 года назад. Внезапно возникли сильное головокружение и тошнота. Вслед за этим появилось резкое половое возбуждение. Вначале было ноющее чувство внизу живота. Обратилась к гинекологу, однако патологии не было обнаружено. Затем это ощущение сменилось все более и более нарастающим половым возбуждением. Оно держалось в течение дня и ночи. К мастурбации не прибегала, так как думала, что переживаемое состояние – следствие того, что в прошлом занималась ею. Эротические сновидения с оргазмом не возобновлялись. Тревога, волнение усиливали половое влечение. Молочные железы стали очень чувствительны к прикосновению. Подмывание также приводило к усилению полового влечения. Психические факторы (телевизионные передачи или книги, где говорится о любви) усиливали влечение, в связи с чем перестала читать подобные книги и смотреть телевизионные передачи». Далее автор сообщает об абсолютно неадекватной терапии, которая была проведена гинекологами (мужские и женские половые гормоны). Затем отмечает, что бромистая камфора, триоксазин и элениум не оказали существенного влияния на силу полового влечения. Значительное снижение силы полового влечения у больной было достигнуто лишь после приема

большой дозы аминазина (150 мг в сутки). Однако прием данного препарата вызвал резкую общую вялость, адинамию и сонливость.

На основании обследования и проведенного лечения автор делает следующие выводы: «В данном случае у женщины 70 лет, страдавшей гипертонической болезнью, после перенесенного сосудистого криза возникли явления гиперсексуальности. Они упорно держались в течение 2 лет. Ослабить силу полового влечения удалось лишь назначением 150 мг аминазина в сутки. Можно полагать, что причиной болезни послужило нарушение мозгового кровообращения с поражением мозга на субкортикальном уровне» [16, с. 70].

Т. N. Monga и соавт. [41] отмечают, что гипосексуальность является распространенной проблемой у пациентов с инсультом. Однако у некоторых больных, перенесших инсульт, может наблюдаться гиперсексуальность. Авторы сообщают о 53-летнем мужчине, у которого после перенесенного инсульта имело место усиление полового влечения и увеличение частоты половых сношений, а также прослеживалась «тенденция к приапизму». При компьютерной томографии у него выявлено поражение головного мозга височной локализации, чем авторы предположительно и объяснили возникновение гиперсексуальности.

М. Spinella [51] сообщает, что гиперсексуальность может быть результатом инсультов нескольких нейроанатомических структур, которые регулируют сексуальное поведение. Автор представляет случай взрослого мужчины с инфарктом таламуса, который привел к паралитическому таламическому синдрому, состоящему из гиперсомнолентности, конфабуляционной антероградной амнезии (включая редупликативную парамнезию), дефициту вертикального взгляда и гипофонической речи. Также у больного возникла социальная расторможенность, неконтролируемое желание шутить, дефицит моторного торможения и зависимость от окружения. Гиперсексуальность, нехарактерная для его преморбидного поведения, проявилась эксгибиционизмом, открытой

мастурбацией и использованием в речи мата. В связи с резвившимся расстройством обсуждается роль медиодорсального таламического ядра.

Н. Sakamoto и соавт. [48] сообщили о четырех мужчинах с **анти-NMDA-рецепторным энцефалитом**, у которых имела место гиперсексуальность. Анти-NMDA-рецепторный энцефалит – тяжелая острая форма энцефалита с возможностью как летального исхода, так и быстрой ремиссии, вызываемого аутоантителами к NR1 и NR2-субъединицам глутаматного NMDA-рецептора. Заболевание чаще встречается у женщин и ассоциировано с тератомами яичников, однако опухоли обнаруживаются не во всех случаях данного энцефалита. Описания этого заболевания существовали в медицинской литературе под различными наименованиями. В 2007 году была установлена его этиология и дано нынешнее название [1].

Гиперсексуальные проявления могут быть и у больных **рассеянным склерозом** (РС), хотя палитра сексуальных дисфункций при этом заболевании весьма разнообразна, и у пациентов (мужчин и женщин) превалируют различные гипосексуальные и сопряженные с ними проявления. Так, сообщается, что у них имеют место трудности в достижении оргазма, недостаточная lubricация, расстройства эрекции, ослабленный оргазм, снижение либидо, ослабленные ощущения и онемение в половых органах, уменьшение уверенности в себе, неудовлетворенность своим телом. Эти симптомы положительно коррелируют со временем, прошедшим с момента постановки диагноза [43]. Гиперсексуальные мысли или поведение редки, но могут отмечаться на фоне постоянного ухудшения когнитивных функций или психических расстройств типа мании. Еще реже встречается изолированная гиперсексуальность. Нейровизуализация и нейропсихологические исследования указывают на дисфункцию лобной доли, в то время как гормональные исследования не выявляют существенных изменений. Эпизодическая гиперсексуальность может быть текущим временным преходящим проявлением РС [28].

С. С. Yang и соавт. [56] представляют историю болезни 51-летней учительницы начальных классов с РС, которая предъявила жалобы на внезапно возникнувшее повышение либидо и сексуальной активности. За 10 дней до этого она проснулась от звука типа «выстрел» в голове. За ним сразу последовали два других похожих звука, локализованных над ее левым ухом. После этих событий сексуальный аппетит пациентки стал ненасытным. Она была счастлива в браке в течение 25 лет. Однако с некоторого времени ее поведение стало совершенно нетипичным. После нескольких дней частых сношений, ее муж не смог удовлетворять ее сексуальные запросы. Она часто мастурбировала, чтобы уменьшить свое сексуальное желание, чего раньше никогда не делала. Мастурбация не всегда приводила к оргазму и обычно не приносила удовлетворения.

Также у пациентки возникло усиление общей чувствительности тела, болезненность и нагрубание молочных желез, возбуждение гениталий даже без их стимуляции. Носить бюстгальтер стало неудобно, и движения ее таза (например, во время езды на автомобиле) усиливали ее генитальное возбуждение почти до оргазма. Ее сексуальные реакции значительно усилились. Из-за рассеянного склероза у нее было слабо выраженное недержание мочи, которая стала более концентрированной. Также усилились запоры.

Увеличилась ее поведенческая импульсивность. Впервые она начала ругаться с мужем и купила лотерейные билеты на 200 долларов, хотя раньше никогда в жизни не играла в азартные игры. Изменения в сексуальной сфере пациентки стали для нее значительным источником стресса. Она чувствовала стыд и беспокоилась о самообладании в присутствии других мужчин и даже размышляла о супружеской неверности, чтобы удовлетворить свои сексуальные побуждения. Девять лет назад у пациентки был диагностирован РС ремиттирующего типа. МРТ головного мозга с гадолинием выявила множественные перивентрикулярные поражения белого вещества. Обнаруженные изменения не отличались от данных предыдущих

исследований. Из-за остроты случившегося и совокупности симптомов, возникшее изменение сексуального поведения было расценено как составная часть обострения РС. Больной был назначен метилпреднизолон по 1 г в/в в течение 5 дней с последующим пероральным приемом преднизона. Это привело к немедленному уменьшению всех ее симптомов. Через несколько дней после проведенного курса лечения симптомы вновь вернулись, но были меньшей интенсивности, чем в первоначальном эпизоде. Повторная МРТ головного мозга с гадолинием не выявила каких-либо изменений. Был проведен второй 5-дневный курс в/в введения метилпреднизолона, что привело к полному устранению всех симптомов.

Обсуждая данный клинический случай, авторы пишут, что острое начало гиперсексуальных проявлений и положительный эффект от стероидов дали основание предположить, что эти проявления были связаны с обострением РС. С нейроанатомической точки зрения этот случай гиперсексуальности можно объяснить поражением лобной доли. Тем не менее авторы отмечают, что их умозаключение является умозрительным, так как после ухудшения состояния и появления гиперсексуальности не было выявлено новых идентифицируемых повреждений при МРТ головного мозга, которые бы появились со времени предыдущих исследований.

R. Nuws и соавт. [31] также сообщают, что гиперсексуальность и фетишизм возникли у пациента с РС, у которого при МРТ были выявлены поражения лобной и височной доли головного мозга. Ortego Neil и соавт. [44] отмечают, что гиперсексуальность и парафильное поведение ассоциируются с различными очаговыми поражениями мозга, но редко были документированы у больных РС. Авторы сообщают о женщине с РС, у которой возникли множественные парафилии, расторможенность и гиперсексуальность. У пациентки были выявлены обширные поражения, вовлекающие базальные лобные области, а также периталамическую, перегородочную, гипоталамическую и височную область. Поражения лобных

долей и диэнцефальных структур, отмечают авторы, влияют на сексуальное поведение.

Гиперсексуальность отмечали и при таком редком заболевании, как *болезнь Гентингтона (синдром Гентингтона, хорея Гентингтона или Хантингтона)*. Это генетическое заболевание нервной системы, характеризующееся постепенным началом обычно в возрасте 30–50 лет и сочетанием прогрессирующего хореического гиперкинеза и психических расстройств. Болезнь Хантингтона поражает некоторые области мозга. Наиболее заметные ранние изменения затрагивают область базальных ганглиев, называемую полосатым телом, которое состоит из хвостатого ядра и скорлупы. Другие повреждаемые области включают черную субстанцию, 3, 5 и 6 слои коры головного мозга, гиппокамп, клетки Пуркинье в мозжечке, боковые туберальные ядра гипоталамуса и часть таламуса [55].

А. Jhanjee и соавт. [33] сообщают о 30-летней женщине с этой патологией, у которой имела место гиперсексуальность. Авторы отмечают, что неизвестно, связана ли сексуальная дисфункция у пациентов, страдающим данным расстройством, с определенным поражением головного мозга или с неблагоприятными психосоциальными факторами, сопряженными с болезнью Гентингтона. Хотя принципы лечения гиперсексуальности при этом заболевании, основанные на фактических данных, отсутствуют, у пациентки после приема оланзапина и галоперидола наступило значительное улучшение.

Гиперсексуальность наблюдается у больных с *синдромом Клювера-Бьюси (Klüver-Bucy syndrome; KBS)*. Свое название он получил по именам описавших его американцев – невропатолога Н. Klüver и нейрохирурга Р. С. Bucy. KBS может возникнуть в любом возрасте, хотя о детях, страдающих этой патологией, сообщалось мало. Большинство случаев, которые были описаны в литературе, относятся к пубертатному или постпубертатному периоду [37].

Этот синдром характеризуется эмоциональной безучастностью, пассивностью в сочетании с гиперсексуальностью, навязчивым стремлением прикоснуться к любому попавшемуся предмету или поместить его в рот, прожорливостью, а также нарушением способности распознавать окружающие предметы [18].

Отмечается, что поведенческие проявления, наблюдаемые при KBS, также включают афазию, амнезию, слабоумие и приступы. KBS связывают с различными неврологическими расстройствами. Они включают герпетический энцефалит (*herpes encephalitis*), болезнь Пика, болезнь Альцгеймера, травму головного мозга, церебро-васкулярные нарушения и височную эпилепсию. Также называют хорею Гантингтона (*Huntington chorea*), гипоксию, гипогликемию, субарахноидальное кровоизлияние и последствия использования нейролептиков. Самая распространенная морфологическая особенность данного синдрома всех этиологий – двустороннее (билатеральное) разрушение височной доли в среднем ее отделе (*bilateral mesial temporal lobe destruction*) или дисфункция этого участка височной доли. Были зарегистрированные случаи KBS, которые возникали после теплового удара (*heat stroke*) или вследствие энцефалопатической болезни (*encephalopathic illness*) [26].

David Myland Kaufman, Mark Milstein [35] подчеркивают, что даже когда речь идет о частичных проявлениях KBS у детей или взрослых, они представляют собой яркий пример повреждения лимбической системы. David Myland Kaufman и соавт. [34] сообщают, что в рамках классической лабораторной модели синдрома Клювера-Бьюси нейрохирурги выполнили двустороннюю переднюю височную лобэктомию, которая включала удаление обеих миндалин у макак-резусов. В послеоперационном периоде животные, помимо других симптомов, проявляли беспорядочную гетеросексуальную и гомосексуальную активность. У людей проявления этого синдрома значительно отличаются от тех, которые встречаются у обезьян. Только около половины людей демонстрируют учащение

гетеросексуальной активности или мастурбации. Большинство говорят или жестикулируют только в агрессивной или сексуальной манере. S. Lippe и соавт. [37.] сообщают об особенностях гиперсексуальных проявлений у маленьких детей, страдающих KBS. При этом они ссылаются на данные Pradhan и соавт. (1998), которые обследовали семь мальчиков в возрасте от 2,5 до 6 лет, у которых после простого герпетического энцефалита развились тяжелые битемпоральные поражения. У детей отмечались эмоциональные нарушения, булимия и гипероральность, для которых характерно сильное желание положить непродовольственные товары в рот и пережевывать их. Гиперсексуальность проявлялась частыми прикосновениями к гениталиям, прерывистыми толчкообразными движениями таза и трением гениталий, лежа в кровати на животе. Все, кроме одного из детей, демонстрирующих такое поведение, были младше 4 лет. Как предполагает Pradhan и соавт. (1998), такое поведение может возникать на основе филогенетически примитивных рефлексов. Области мозга, пораженные KBS, являются медиальными височными частями лимбической системы, которые составляют нервный субстрат для примитивных механизмов выживания, таких как защита, поиск пищи и размножение (Pradhan и соавт., 1998).

Синдром Клейне-Левина (СКЛ) (синдром спящей красавицы) также может сопровождаться гиперсексуальностью [24]. Это чрезвычайно редкое расстройство. К 2014 г. в литературе было описано немногим больше 200 его случаев [39]. Для него характерны периодические эпизоды чрезмерной сонливости (гиперсомнии) и сужения сознания. Больные спят большую часть суток (до 18 часов, а иногда и дольше), просыпаясь лишь для того, чтобы поесть и сходить в туалет; становятся раздражительными или агрессивными, если им не давать спать. Разбудить их при этом чрезвычайно сложно. Болезнь возникает чаще всего в юношеском возрасте [5].

Синдром Клейне-Левина возникает на втором десятилетии жизни, хотя были описаны случаи в возрасте от 4 до 80 лет. Болезнь развивается чаще у мужчин (2–4:1). Эпизоды наступают каждые 3–6 месяцев и обычно длятся

2–3 дня, максимально до 6 нед. В промежутках между эпизодами пациенты выглядят вполне здоровыми и не предъявляют никаких жалоб. В эти периоды их внимание не нарушено, когнитивные способности и психический статус в норме [17]. После 40 лет достаточно часто встречается спонтанная ремиссия [5, с. 280].

Н. Н. Торопина, Г. Г. Яхно [22] сообщают, что причины и патогенез СКЛ остаются неизвестными. В его развитии предполагают участие аутоиммунных, гормональных, инфекционных и воспалительных механизмов. Довольно частыми провоцирующими факторами являются острые респираторные заболевания, более редкими – черепно-мозговые травмы, повышенные физические или умственные нагрузки, психологический стресс, операции под общей или местной анестезией, включая стоматологические, а также употребление алкоголя, марихуаны, смена часовых поясов, солнечный удар, приступ гемипаретической мигрени, у женщин – лактация и менструация [25]. Описаны также случаи так называемого вторичного СКЛ, ассоциированного с инсультом, посттравматической внутричерепной гематомой, генетическим заболеванием, рассеянным склерозом, гидроцефалией, аутоиммунным или тяжелым инфекционным энцефалитом, карциномой шейки матки [25].

При анализе возможности участия различных структур головного мозга в патогенетических механизмах, обуславливающих клинические проявления СКЛ, в частности, отмечается, что однофотонная эмиссионная компьютерная томография в нескольких случаях свидетельствовала о таламической гипоперфузии. Некоторые исследователи высказали предположение, что появление данного синдрома вызвано нарушением функций лимбических и гипоталамических структур [17].

У больных с СКЛ наблюдается спутанность сознания, дезориентация, упадок сил, апатия. Больные не способны посещать школу или работу, заботиться о себе. Характерны когнитивные нарушения, возможна амнезия на события, снопоподобное состояние, деперсонализация. У некоторых

пациентов имеют место зрительные и звуковые галлюцинации, параноидный и паранойяльный бред. Большинство пациентов жалуются, что всё вокруг кажется «не в фокусе», чувствительны к шуму и свету.

В большинстве случаев (75 %) вне сна у больных развивается компульсивная мегафагия (прожорливость) без чувства насыщения. Больные обычно предпочитают сладости и нетипичные продукты питания. Примерно у половины пациентов наблюдается гиперсексуальное поведение (чаще у мужчин). У мужчин оно проявляется частой мастурбацией, непристойной бранью, самообнажением, сексуальными домогательствами. Женщины склонны к депрессивным проявлениям [17].

Г. Г. Торопина, Н. Н. Яхно [22] в своей статье, где приведены подробные сведения о характеризуемом синдроме, ссылаясь на данные других авторов, сообщают: «Гиперсексуальность во время обострений СКЛ наблюдается у 43 % больных [25]. У мужчин это проявляется в мастурбации, обнажении гениталий, неприличной речи. Пациенты могут домогаться медицинского персонала и посетителей женского пола, родных сестер, дочерей и даже других мужчин. Аналогичные симптомы описаны у женщин и даже детей в препубертатном возрасте, хотя значительно реже [36; 45; 47; 49]».

S. Hussain и соавт. [30] сообщают о молодом человеке с СКЛ, у которого в течение 8 дней отмечалось аномальное поведение, что включало снижение продолжительности сна и аппетита, гиперсексуальность, агрессивность и зрительные галлюцинации. Все исследования в отделении неотложной помощи показали нормальные результаты. Был поставлен предварительный диагноз эпизода СКЛ с психозом, и пациенту был назначен прием арипипразола по 10 мг 1 раз в день и лоразепама по 2 мг внутривенно двумя разделенными дозами в случае возбуждения или бессонницы. Он был выписан на 10 мг арипипразола, который принимал 1 раз в день, и 2 мг лоразепама, который принимал 2 раза в день по мере необходимости в течение 2 недель, чтобы воздействовать на возбуждение и бессонницу. Также

пациент принимал карбонат лития по 400 мг на ночь. Через 5 дней после выписки он вернулся к преморбидному уровню функционирования.

Гиперсексуальность может быть обусловлена *различными гормональными нарушениями*. А. М. Свядоц [16, с. 71–72.] указывает, что гиперфункция коры надпочечников, например, при опухоли, обуславливающей усиленное выделение мужского полового гормона (андрогена), может стать причиной возникновения синдрома нимфомании. «Так, у женщины 52 лет резкое усиление полового влечения явилось первым признаком опухоли коры надпочечников. В суточном количестве мочи у нее обнаружено значительное увеличение содержания 17-кетостероидов». Также, как отмечает данный автор, усиление полового влечения нередко отмечают у себя женщины, которых лечат большими дозами мужских половых гормонов. Иногда, по его мнению, оно возникает у женщин в климактерическом периоде, что, как он предполагает, связано с нарушением гормонального равновесия между мужскими и женскими половыми гормонами, которое возникает в связи с ослаблением гормональной функции яичников.

Причиной гиперсексуальности могут стать гормонально активные опухоли яичников. В. И. Здравомыслов и соавт. [4, с. 170] приводят следующее клиническое наблюдение: «А. К., 26 лет. Пришла в клинику с мужем, старшим инженером одного из заводов, который рассказал следующее: «Мы женаты 1,5 года. С самого начала половая жизнь была очень интенсивной, но через некоторое время я уже устал от «медового месяца». Супружеские обязанности мне приходилось исполнять каждый день, так как у жены желание становилось с каждым днем все сильнее. Все товарищи после выходного дня приходят на завод отдохнувшие, свежие, а я ... Жена в субботу встречает меня у завода, приходим домой, она запирает квартиру на ключ, выключает телефон, раздевает меня, запирает костюм в шкаф и не отпускает меня до утра понедельника. В результате я начинаю неделю разбитым, слабым, с головной болью. Потом стало еще хуже: она

стала приходить на работу и требовать полового акта в служебном кабинете. Чтобы не спорить, я иногда соглашался. Если же я был занят, то жена шла на автобусную остановку, брала первого попавшегося мужчину и приводила его на нашу кровать. Это ужасно! Но я ее люблю и понимаю, что это тяжелое заболевание, а не распущенность. Помогите нам сохранить семью!»

Сама А. К. полностью подтвердила слова мужа: «Я люблю мужа, сознаю аморальность моего поведения, но ничего не могу с собой сделать. Это постоянное возбуждение выше моих сил!». При гинекологическом осмотре – норма. Психотерапия в глубоком гипнотическом состоянии дала стойкий эффект. Возбуждение прошло, наладилась нормальная половая жизнь. Семья была сохранена. Через 1,5 года у больной была удалена киста правого яичника. При гистологическом исследовании диагностирована гормонально-активная опухоль, которая, очевидно, еще не определяясь пальпаторно, уже оказывала такой мощный возбуждающий эффект. Несмотря на присутствие такой опухоли, психотерапия дала стойкий эффект».

Гиперсексуальность может стать следствием предменструальных изменений и воздействия вирилизирующих гормонов в детском или внутриутробном периоде [25].

Таким образом, гиперсексуальность может быть следствием различных расстройств. По нашему мнению, следует делить гиперсексуальность по меньшей мере на две категории: истинную гиперсексуальность и сексуальную расторможенность, когда при нормальном или даже сниженном уровне выраженности либидо гиперсексуальное поведение является результатом отсутствия или недостаточности сдерживающих механизмов (например, при деменции).

Відомості про автора

Кочарян Гарник Суренович – Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна, 61176, м. Харків, вул. Амосова, 58; тел.: +38 (095) 259-65-23, +38 (098) 521- 61-46. *E-mail: kochargs@rambler.ru*

Information about the author

Kocharyan Garnik Surenovich – Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, 58 Amosova str., Kharkiv, 61176, Ukraine; tel.: +38 (095) 259-65-23, +38 (098) 521-61-46. *E-mail: kochargs@rambler.ru*

Сведения об авторе

Кочарян Гарник Суренович – Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина, 61176, г. Харьков, ул. Амосова, 58; тел.: +38 (095) 259-65-23, +38 (098) 521- 61-46. *E-mail: kochargs@rambler.ru*

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Анти-NMDA-рецепторный энцефалит. – URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Анти-NMDA-рецепторный_энцефалит (дата обращения: 04.05.2019).
2. Ботнева И. Л. Синдром гипоталамической гиперсексуальности // Частная сексопатология: (Руководство для врачей) / под ред. Г. С. Васильченко. – Т. 1. – М.: Медицина, 1983. – С. 264–268.
3. Вольфовський О. І. Сексуальні порушення при психічних захворюваннях // Статеві розлади / за ред. Й. М. Аптера. – Київ: Здоров'я, 1972. – С. 156–161.
4. Здравомыслов В. И., Анисимова З. Е., Либих С. С. Функциональная женская сексопатология. – Алма-Ата : Казахстан, 1985. – 272 с.
5. Иванец Н. Н., Тюльпин Ю. Г., Чирко В. В., Кинкулькина М. А. Психиатрия и наркология : учебник. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 832 с.
6. Имелинский К. (Imieliński K.) Сексология и сексопатология: Пер. с польск. – М. : Медицина, 1986. – 424 с.
7. Исаев Д. Д. Об особенностях сексуальности подростков мужского пола, больных шизофренией // Актуальные вопросы сексопатологии. – М., 1986. – С. 104–106.
8. Кинесса М. Брак под микроскопом. Физиология половой жизни человека. – Кишинев: Ада, 1990. – 184 с.
9. Кочарян Г. С. Гиперсексуальность. – Харьков: ООО «ДИСА ПЛЮС», 2020. – 263 с.
10. Лимбическая система – URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Лимбическая_система (дата обращения: 03.05.2019).

11. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб.: «АДИС», 1994. – 304 с.
12. Нохуров А. Нарушение сексуального поведения: судебно-психиатрический аспект. – М.: Медицина, 1988. – 224 с.
13. Нохуров А. Половые расстройства при олигофрениях // Руководство для врачей / под ред. Г. С. Васильченко. – М.: Медицина, 1983. – Т. 2. – С. 172–180.
14. Пограничное расстройство личности. – URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Пограничное_расстройство_личности (дата обращения: 23.05.2019).
15. Свет-Молдавская Е. Д. Особенности гормональных нарушений у женщин, страдающих эпилепсией, их терапия // Вопросы клиники и терапии психических заболеваний. – М., 1960. – С. 248–257.
16. Свядоц А. М. Женская сексопатология. Издание пятое, перераб. и допол. – Кишинев: Штиинца, 1991. – 184 с.
17. Синдром Клейне-Левина. – URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Синдром_Клейне_—_Левина#CITEREFRamdurg2010 (дата обращения: 09.05.2019).
18. Синдром Клювера-Бьюси. – URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Синдром_Клювера_—_Бюси (дата обращения: 09.05.2019).
19. Султанов Гаджа Ага Гашум оглы. Сексуальные нарушения в клинике шизофрении и их динамика: автореф. диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук. – Баку, 1972. – 29 с.
20. Татлаев Н. Ш. Клиника сексуальных расстройств у мужчин, страдающих маниакально-депрессивным психозом: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18. – М., 1984. – 24 с.
21. Татлаев Н. Ш. Сексуальные нарушения у мужчин, страдающих маниакально-депрессивным психозом // Частная сексопатология: руководство для врачей / под ред. Г. С. Васильченко. – Т. 2. – М.: Медицина, 1983– С. 160–172.
22. Торопина Г. Г., Яхно Н. Н. Синдром Клейне–Левина. Современные данные и описание трех случаев // Неврологический журнал. – 2016. – № 4. – С. 202–212.
23. Absher J. R., Vogt B. A., Clark D. G., Flowers D. L., Gorman D. G., Keyes J. W., Wood F. B. Hypersexuality and hemiballism due to subthalamic

- infarction // *Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol.* – 2000. – 13 (3). – P. 220–229.
24. Andersen B., Kawa B. [Kleine-Levin syndrome is a diagnostic challenge] [Article in Danish] // *Ugeskr Laeger.* – 2012. – 174 (43). – P. 2638–2639.
25. Arnulf I., Zeitzer J. M., File J., Farber N., Mignot E. Kleine-Levin syndrome: a systematic review of 186 cases in the literature // *Brain.* – 2005. – 128 (Pt 12). – P. 2763–2776. DOI: 10.1093/brain/awh620
26. Chughtai B., Sciullo D., Khan S., Rehman H., Mohan E., Rehman J. Etiology, diagnosis & management of Hypersexuality: a review // *The Internet Journal of Urology.* – 2009. – 6 (2). DOI: 10.5580/1231. – URL: <http://www.ispub.com/journal/the-internet-journal-of-urology/volume-6-number-2/etiology-diagnosis-amp-management-of-hypersexuality-a-review.html> (the date of the reference: 11.10.2012).
27. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition.* – United States: American Psychiatric Association, 2013. – 947 p.
28. Gondim F. A., Thomas F. P. Episodic hyperlibidinisism in multiple sclerosis // *Mult Scler.* – 2001. – 7 (1). – P. 67–70.
29. Hanada H., Akiyoshi J., Kanehisa M., Ishitobi Y., Tsuru J., Tanaka Y., Shimomura T., Kawano Y. Hippocampal Agenesis in an Individual who Engaged in Violent Criminal Behaviors After Discontinuing Carbamazepine and Paroxetine Treatment // *J Forensic Sci.* – 2013. – 58 (1). – P. 255–258. DOI: 10.1111/j.1556-4029.2012.02248.x.
30. Hussain S., Al Jarman K., Hussain S. Sleeping beauty syndrome presenting with insomnia // *BMJ Case Rep.* – 2018. pii: bcr-2018-225873. DOI: 10.1136/bcr-2018-225873.
31. Huws R., Shubsachs A. P., Taylor P. J. Hypersexuality, fetishism and multiple sclerosis // *Br J Psychiatry.* – 1991. – 158. – P. 280–281.
32. Hypersexuality. – URL: <https://en.wikipedia.org/wiki/Hypersexuality> (the date of the reference 02.03.2019).
33. Jhanjee A., Anand K. S., Bajaj B. K. Hypersexual features in Huntington's disease // *Singapore Med J.* – 2011. – 52 (6). – e 131–133.
34. Kaufman David Myland, Geyer Howard L., Milstein Mark J. Chapter 16. Neurologic Aspects of Sexual Function // *Kaufman's Clinical Neurology for Psychiatrists. 8th Edition.* – Elsevier, 2018. – P. 347–359.
35. Kaufman David Myland, Milstein Mark J. Chapter 16. Neurologic Aspects of Sexual Function // *Kaufman's Clinical Neurology for Psychiatrists. 7th Edition.* – Saunders, 2013. – P. 351–363.

36. Kesler A., Gadoth N., Vainstein G., Peled R., Lavie P. Kleine – Levin syndrome (KLS) in young females // *Sleep*. – 2000. – 23 (4). – P. 563–567.
37. Lippe S., Gonin-Flambois C., Jambaqué I. Chapter 135. The neuropsychology of the Klüver–Bucy syndrome in children // *Hand-book of Clinical Neurology. Pediatric Neurology, Part II., Volume 112. 1st Edition* (Eds. Olivier Dulac, Maryse Lassonde, Harvey B. Sarnat). – Elsevier, 2013. – P. 1285–1288.
38. Metin S. Z., Ozmen M., Ozkara C., Ozmen E. Hypersexuality in a patient with epilepsy during treatment of levetiracetam // *Seizure*. – 2013. – 22 (2). – P. 151–152. DOI: 10.1016/j.seizure.2012.11.002.
39. Miglis M. G., Guilleminault C. Kleine–Levin syndrome: a review // *Nat. Sci. Sleep*. – 2014. – 6. – P. 19–26.
40. Miller B. L., Cummings J. L., McIntyre H., Ebers G., Grode M. Hypersexuality or altered sexual preference following brain injury // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*. – 1986. – 49 (8). – P. 867–873. DOI: 10.1136/jnnp.49.8.867
41. Monga T. N., Monga M., Raina M. S., Hardjasudarma M. Hypersexuality in stroke // *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. – 1986. – 67 (6). – P. 415–417.
42. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. «NINDS Klüver–Bucy Syndrome Information Page». Retrieved 2009-10-10.
43. Orasanu B., Frasure H., Wyman A., Mahajan S. T. Sexual dysfunction in patients with multiple sclerosis // *Mult Scler Relat Disord*. – 2013. – 2 (2). – P. 117–123. DOI: 10.1016/j.msard.2012.10.005.
44. Ortego Neil, Miller Bruce L., Itabashi Hideo, Cummings Jeffrey L. Effects of Dexedrine on Performance Consistency Following Brain Injury. – URL: https://journals.lww.com/cogbehavneurol/Abstract/1993/10000/Altered_Sexual_Behavior_with_Multiple_Sclerosis__A.9.aspx (the date of the reference: 12.05.2019).
45. Pike M., Stores G. Kleine–Levin syndrome: a cause of diagnostic confusion // *Arch. Dis. Child*. – 1994. – 71 (4). – P 355–357.
46. Robinson K. M. Understanding hypersexuality: a behavioral disorder of dementia // *Home Healthcare Nurse*. – 2003. – 21 (1). – P. 43–47.
47. Sagar R. S., Khandelwal S. K., Gupta S. Interepisodic morbidity in Kleine–Levin syndrome // *Br. J. Psychiatry*. – 1990. – 157. – P. 139–141.
48. Sakamoto H., Hirano M., Samukawa M., Ueno S., Maekura S., Fujimura H., Kuwahara M., Hamada Y., Isono C., Tanaka K., Kusunoki S., Nakamura

- Y. Details of Treatment-Related Difficulties in Men with Anti-N-Methyl-D-Aspartate Receptor Encephalitis // *Eur Neurol.* – 2012. – 69 (1). – P. 21–26.
49. Salter M. S., White P. D. A variant of the Kleine–Levin syndrome precipitated by both Epstein–Barr and varicella–zoster virus infections // *Biol. Psychiatry.* – 1993. – 33 (5). – P. 388–390.
50. Series Hugh, Dégano Pilar. Hypersexuality in dementia // *Advances in Psychiatric Treatment.* – 2005. – 11 (6). – P. 424–431.
51. Spinella M. Hypersexuality and dysexecutive syndrome after a thalamic infarct // *Int J Neurosci.* – 2004. – 114 (12). – P. 1581–1590.
52. Tang-Wai D., Lewis P., Boeve B., Hutton M., Golde T., Baker M., Hardy J., Michels V., Ivnik R., Jack C., Petersen R. Familial frontotemporal dementia associated with a novel presenilin-1 mutation // *Dement Geriatr Cogn Disord.* – 2002. – 14 (1). – P. 13–21.
53. Uitti Ryan J., Tanner C. M., Rajput A. H., Goetz C. G., Klawans H. L., Thiessen B. Hypersexuality with antiparkinsonian therapy // *Clinical Neuropharmacology.* – 1989. – 12 (5). – P. 375–383. DOI:10.1097/00002826-198910000-00002
54. Vogel H. P., Schiffter R. Hypersexuality: A complication of do-paminergic therapy in Parkinson's disease // *Pharmacopsychiatria.* – 1983. – 16 (4). – P. 107–110. DOI:10.1055/s-2007-101745
55. Walker F. O. Huntington's disease // *Lancet.* – 2007. – 369 (9557). – P. 218–228. DOI:10.1016/S0140-6736(07)60111-1
56. Yang C. C., Severson B., Bowen J. D. Hypersexual sensations and behavior in a multiple sclerosis exacerbation: a case report // *International Journal of Impotence Research.* – 2004. – 16 (4). – P. 382–384.
57. Zencius A., Wesolowski M. D., Burke W. H., Hough S. Managing hypersexual disorders in brain-injured clients // *Brain Inj.* – 1990. – 4 (2). – P. 175–181.

Бібліографічні дані про статтю (citation): Кочарян Г. С. Гіперсексуальність як проявлення різних розстройств // *Здоров'я чоловіка.* – 2021. – №3. – С. 74–84. [Kocharyan G. S. 2021. Hypersexuality as a manifestation of various disorders. *Health of Man. No 3: 74–84.*] DOI: <https://doi.org/10.30841/2307-5090.3.2021.246213> (This is the Russian version of the article in Ukrainian)