

Г. С. КОЧАРЯН

ГИПЕРСЕКСУАЛЬНОСТЬ

Харьков

2020

УДК 616.89-008.442

К 75

Рецензенты:

Козидубова В. М. – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой психиатрии Харьковской медицинской академии последипломного образования;

Шестопалова Л. Ф. – доктор психологических наук, профессор, заведующая отделом медицинской психологии ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины»

Кочарян Г. С.

К 75 Гиперсексуальность. – Харьков : ООО «ДИСА ПЛЮС», 2020. – 263 с.

ISBN 978-617-7645-95-4

В книге глубоко и всесторонне освещена проблема гиперсексуальности (ГС) у мужчин и женщин. Представлены четыре модели патологической ГС: обсессивно-компульсивная; аддиктивная; обусловленная нарушением контроля импульсов; связанная с расстройством в форме постоянного генитального возбуждения и синдромом раздраженных половых органов. Описаны клинические проявления ГС; приведены социальные, психологические, биологические факторы и расстройства, а также медикаментозные препараты и хирургические воздействия, обуславливающие её. Значительное внимание в работе уделено биологическому лечению и психотерапии больных с ГС. Она содержит большое количество клинических иллюстраций. На сегодняшний день это первая книга на постсоветском пространстве, которая полностью посвящена панорамному представлению и обсуждению проблемы гиперсексуальности.

Для клинических сексологов, психиатров, психотерапевтов, неврологов, гинекологов, психологов; преподавателей и студентов высших учебных заведений и курсов, где проводится подготовка названных специалистов; образованных людей, интересующихся вопросами современной сексологии.

УДК 616.89-008.442

ISBN 978-617-7645-95-4

© Кочарян Г. С. (G. S. Kocharyan, M.D., Ph.D., D.Sc.), 2020

HYPERSEXUALITY

The book written by M.D., Ph.D., D.Sc., Professor of the Department of Sexology, Medical Psychology, Medical and Psychological Rehabilitation of Kharkov Medical Academy of Post-Graduate Education, Academician of the Russian Academy of Natural History Garnik S. KOCHARYAN contains an in-depth and comprehensive coverage of the problem of hypersexuality (HS) in men and women. Four models of pathological HS are presented: obsessive-compulsive; addictive; caused by impairment of impulse control; associated with persistent genital arousal disorder and restless genital syndrome. Clinical manifestations of HS are described; social, psychological, biological factors and disorders as well as medicinal agents and surgical interventions, which cause it, are listed. Currently this is the first book in the post-Soviet territory that completely deals with panoramic presentation and discussion of the problem of hypersexuality.

For clinical sexologists, psychiatrists, psychotherapists, neurologists, gynecologists, psychologists; teachers and students of higher educational institutions and courses where the training of these specialists is carried out; educated people interested in issues of modern sexology.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Целью написания этой книги явилось многогранное и всестороннее освещение проблемы гиперсексуальности у мужчин и женщин, которая не нашла должного отражения в постсоветской медицинской литературе.

В работе представлены некоторые аспекты проблемы гиперсексуальности: используемые термины, отражение ее в современных медицинских классификациях, различные модели патологической гиперсексуальности: обсессивно-компульсивная; аддиктивная; обусловленная нарушением контроля импульсов; а также связанная с расстройством в форме постоянного генитального возбуждения и синдромом раздраженных половых органов. Высказывается мнение, что гиперсексуальность может быть как нормальной, так и патологической, и каждая из представленных концептуализаций (моделей) патологической гиперсексуальности является полезной в определенных случаях, так как лучше, чем другие, характеризует состояние конкретного больного. Приводятся данные о частоте гиперсексуальности.

Также в книге описаны различные проявления гиперсексуальности, её критерии, признаки сексуальной зависимости, её неблагоприятное влияние на психологическое, психическое и соматическое здоровье сексуальных аддиктов и их супругов, взаимоотношения между ними. Кроме того, представлены различные негативные социальные последствия сексуальной зависимости. Описаны неблагоприятные последствия воздействия порноматериалов и порноаддикции на здоровье и формирование личности подростков, их установки. Представлены глубинные убеждения и установки сексуальных аддиктов (мужчин и женщин), свидетельствующие об их интраперсональных проблемах.

В работе сообщается о социальных, психологических, биологических факторах, расстройствах (психических, неврологических, эндокринных), медикаментозных препаратах и хирургических воздействиях, обуславливающих гиперсексуальность.

Также в книге названы четыре психологических теста для выявления различных форм гиперсексуальности, кото-

рые чаще всего находят отражение в англоязычной литературе. Один из них – Скрининг-тест сексуальной аддикции [Sexual Addiction Screening Test (SAST)] представлен подробно. Несмотря на то, что эти опросники пытаются измерить одно и то же базовое состояние, конструкция их различается в зависимости от того, под каким углом оно рассматривается: компульсивным, аддиктивным или гиперактивным.

В работе отмечается, что гиперсексуальность может быть нивелирована при успешной терапии патологии, приведшей к ее появлению, и на необходимость лечения сопутствующих патологических психических состояний, которые могут прямо или косвенно влиять на проблемное сексуальное поведение. Представлены медикаментозные препараты различных групп, используемые для устранения гиперсексуальности: селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, трициклические антидепрессанты, блокаторы опиатных рецепторов, антиэпилептические препараты, транквилизаторы, нейролептики, ингибитор хо-линэстеразы ривастигмин, антианδροгены, эстрогены, аналоги гонадотропин-рилизинг гормона, нормотоник карбонат лития и др. Также приведены некоторые рекомендации по ведению пациентов с болезнью Паркинсона, у которых гиперсексуальность явилась следствием использования допаминергических препаратов. Представлены случаи использования при этой патологии электросудорожной терапии и глубинной стимуляции мозга.

В книге также отражены различные методы психотерапии (когнитивная, когнитивно-поведенческая, поведенческая, гипносуггестивная, психодинамическая, экзистенциальная, парная, групповая), которые используются для лечения больных с гиперсексуальностью, включая 12-шаговую программу восстановления, осуществляемую в группах самопомощи сексоголиков. Обсуждается правильность проведенной по отношению к ним адаптации 12-шаговой программы восстановления алкоголиков. Сообщается о видах помощи, оказываемой как взрослым людям, так и подросткам, которые страдают сексуальной аддикцией, приводятся рекомендации по предотвращению развития у последних сексуальной зависимости. Также приводятся рекомендации для жен, чьи му-

жья страдают сексуальной аддикцией, и называются существующие варианты оказываемой им помощи.

Особое место в работе отводится расстройству в форме постоянного генитального возбуждения, которое ранее называли синдромом постоянного сексуального возбуждения, а также синдрому раздраженных половых органов. Существенным является то, что симптомы возбуждения при этих расстройствах, как правило, не воспринимаются как связанные с каким-либо субъективным ощущением сексуального возбуждения или желания и воспринимаются как неуместные, навязчивые и нежелательные. У женщин с характеризующимися патологиями может иметь место боль в области клитора, нежелательные и неприятные беспокоящие генитальные ощущения при отсутствии сексуального желания или сексуальных фантазий. Оргазмы у больных с этими расстройствами могут наступать абсолютно спонтанно и быть многократными. Приведены сведения о частоте данных патологий, их диагностические критерии, клинические проявления и различные факторы, которые могут участвовать в их формировании. Также в книге представлены данные о лечении таких больных с помощью различных методов. Обсуждается влияние и эффективность фармакотерапии, включая периклиторальные инъекции ботулотоксина, физиотерапии (мануальная терапия, чрезкожная электрическая стимуляция нерва, электросудорожная терапия), психотерапии (гипносуггестивная терапия, когнитивно-поведенческая терапия, медитация), а также диетотерапии и хирургических вмешательств.

Следует отметить, что в книге приведено большое количество клинических случаев, включая наши собственные, что значительно «оживляет» представляемый материал.

Эта первая и на сегодняшний день единственная книга на постсоветском пространстве, которая полностью посвящена панорамному представлению и обсуждению проблемы гиперсексуальности. Надеемся, что она будет полезной как профессионалам, так и образованным читателям, которые хотят обладать современными знаниями в области сексологии.

Автор

ГЛАВА 1

ГИПЕРСЕКСУАЛЬНОСТЬ: ТЕРМИНЫ, ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ, КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ, РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ

Гиперсексуальность – явление, которому в специальной отечественной литературе уделяется очень небольшое внимание. Поэтому целью данной главы стало детально обсудить некоторые ее аспекты, опираясь на современные представления об этой проблеме.

Термины

Гиперсексуальность проявляется в форме усиления полового влечения и интенсификации сексуального поведения. А. М. Свядош [13] сообщает, что гиперсексуальность представляет собой патологическое усиление полового влечения и повышение способности к переживанию оргазма. Первое получило название сексомании или нимфомании у женщин и сатириаза – у мужчин, а второе – гиперпотенцеии. Термины «сатириаз» и «нимфомания» являются несколько архаичными. Их происхождение следующее. Сатíрами (др.-греч. Σάτιροι, ед. ч. Σάτιρος) в греческой мифологии называли лесные божества, демоны плодородия, жизнерадостные козлоногие существа, населявшие греческие острова. Они были ленивы, распутны и проводили время в пьянстве и охоте за нимфами [12]. Нíмфы (др.-греч. νύμφαι, лат. nymphae – невесты) – божества природы в древнегреческой мифологии в виде девушек, олицетворяющих различные живительные и плодоносные силы Земли, природные объекты и явления. Их интимную жизнь с божествами и людьми характеризуют так. Большинство их половых контактов были кратковременными, но были и долгосрочные союзы [11].

Существует целый ряд других терминов, используемых для обозначения гиперсексуальности, главными из которых, помимо гиперсексуальности, являются сексуальная аддик-

ция (включающая и порноаддикцию) и неконтролируемое сексуальное поведение. Помимо этого, можно встретиться с различными другими названиями этого состояния: навязчивая мастурбация, навязчивое сексуальное поведение, киберсекс, эротомания, чрезмерное сексуальное влечение, гиперфилия, гиперсексуальное расстройство, проблематичная гиперсексуальность, сексуальная компульсивность (принуждение), сексуальная импульсивность. Термины, описывающие гиперсексуальных мужчин, следующие: донжуанист (donjuanist), сатироманьяк (satyromaniac), сатириак (satyriac) и сатириасист (satyriasis). Гиперсексуальных женщин называли не только нимфоманками, но и клитороманками (clitoromaniac). Существуют и нейтральные в отношении половой принадлежности термины, такие как гиперсексуалист, сексоголик, онанист, гиперфили(а)к (hyperphiliac) и эротоман. Также можно встретиться с такими терминами, как донжуанизм, комплекс Мессалины, сексоголизм, гиперлибидо (hyperlibido) и фурор матки (furor uterinus) [41].

Интерес представляют сведения о выдающихся личностях, которые отличались высокой сексуальной активностью. Так, В. П. Эфроимсон в своей книге «Генетика гениальности» [15] сообщает: «Безудержной сексуальностью отличались Генрих II Плантагенет, Ярослав Мудрый, Атилла, Чингиз-хан, Гаральд Гарфагар, Иван Грозный, Август II Сильный, Генрих VIII Тюдор, Генрих IV Бурбон, Петр I, Екатерина II, Жорж Санд, Д. Г. Байрон, А. С. Пушкин, М. Ю. Лермонтов, Ф. И. Тютчев, А. Мюссе, О. Бальзак, Г. Гейне, Г. Мопассан, А. А. Блок, С. А. Есенин, В. В. Маяковский, Л. Н. Толстой и многие другие. У некоторых повышенная сексуальность сохранялась до глубокой старости (И. В. Гёте), и если биографии многих замечательных деятелей свидетельствуют о полной или почти полной сублимации секса в творчество (Кант, Людвиг ван Бетховен), то когда-нибудь появится возможность рассмотреть и этот возможный источник творческой потенции, столь ярко проявившийся у аскетов-подвижников, священников, монахов».

Диагностические подходы

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) существует рубрика F52.7 «Повышенное половое влечение». Там сказано, что как «мужчины, так и женщины могут иногда жаловаться на повышенное половое влечение как на самостоятельную проблему обычно в юношеском и молодом возрасте. Когда повышенное половое влечение является вторичным по отношению к аффективному расстройству (F30-F39) или когда оно развивается на ранних стадиях деменции (F00-F03), следует кодировать основное расстройство» [10, с. 191]. В МКБ-10 также есть код F98.8 («чрезмерная мастурбация»). В последнем американском Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам 5-го пересмотра (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition; DSM-V) 2013 года [33] рубрика, которая бы соответствовала повышенному половому влечению, отсутствует.

Тем не менее гиперсексуальное расстройство предлагалось включить в качестве психического расстройства в раздел «Сексуальные расстройства» DSM-V. Рассматривались исторические прецеденты, описывающие гиперсексуальное поведение, а также предшествующие представления и предложения по включению данного состояния в предыдущие версии DSM. Были представлены как эпидемиологические, так и клинические данные, свидетельствующие о том, что непарафильные «перегибы» сексуального поведения (то есть гиперсексуальное поведение и гиперсексуальные расстройства) могут сопровождаться как клинически значимым дистрессом личности, так и заболеваниями. Основываясь на обширном обзоре литературы, гиперсексуальное расстройство концептуализировали прежде всего как непарафильное расстройство полового влечения с импульсивным компонентом. Предлагались диагностические критерии и поведенческие характеристики гиперсексуальности [43]. Однако в 2013 г. редакторы DSM-5 отказались добавить гиперсексуальное расстройство в список патологий. Такой диагноз можно было бы использовать для диагностики сексуальной поведенческой аддикции. Эксперты

говорят, что это препятствовало усилиям по профилактике, исследованиям и лечению данного состояния и лишало клиницистов официального диагноза компульсивного расстройства сексуального поведения [80].

Однако в проект МКБ-11 был введен код 6C92 «Compulsive sexual behaviour disorder» (CSBD) («Компульсивное расстройство сексуального поведения»; КРСП), которое характеризуется постоянной неспособностью контролировать интенсивные, повторяющиеся сексуальные импульсы или побуждения, приводящие к повторяющемуся сексуальному поведению. Его симптомы могут включать повторяющиеся сексуальные действия, становящиеся главным центром жизни человека, вплоть до пренебрежения здоровьем и заботой о себе или другими интересами, действиями и обязанностями. Также характерны многочисленные неудачные попытки значительно уредить повторяющееся сексуальное поведение, несмотря на неблагоприятные его последствия или небольшое или полное отсутствие удовлетворения от него. Паттерн неспособности контролировать интенсивные сексуальные побуждения и, как следствие, повторяющееся сексуальное поведение проявляется в течение длительного периода времени (например, 6 месяцев или более) и вызывает заметный дистресс или значительные нарушения в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной сферах или других важных областях функционирования [80]. В МКБ-11 отсутствуют такие коды, как «гиперсексуальность» и «сексуальная зависимость».

Концептуализация

В настоящее время гиперсексуальность рассматривается как:

1. Тип обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР) или «расстройство спектра ОКР». J. Bancroft и Z. Vukadinovic [18] отмечают, что в нескольких исследованиях были обнаружены признаки ОКР среди сексуальных аддиктов, однако частота выявления ОКР при данной патологии невелика и составляет 15 % (Black и соавт., 1997;

Shapira, Goldsmith, Keck, Khosia, McElroy, 2000). Навязчивые мысли типа ОКР, отмечают авторы, часто имеют сексуальное содержание, но обычно они сопровождаются негативным настроением и отсутствием сексуального возбуждения. Они высказывают предположение, что у большинства людей обсессивно-компульсивного типа со склонностью к расстройствам настроения имело бы место снижение сексуальной возбудимости во время «негативных состояний настроения», что отмечается у большинства людей. Вместе с тем сообщается, что Н. М. С. Warwick и Р. М. Salkovskis [77] описали двух мужчин, чьи обсессивно-компульсивные симптомы включали навязчивые сексуальные мысли, сопровождающиеся эрекцией полового члена.

Г. С. Васильченко [2, с. 283] выделил персевераторно-обсессивную мастурбацию, которая характеризуется чертами навязчивости. В наиболее тяжелых случаях мастурбация этого типа осуществляется при отсутствии либидо, эрекций и оргазма. Так, один из больных, страдающий шизофренией, сообщает автор, предъявлял следующие жалобы: «Желания никакого нет, оргазм сперва притупился, а затем и совсем исчез... радости от этого не испытываю никакой; зачем мне все это – не знаю, а остановиться не могу».

К нам однажды на консультацию из эндокринологического института был направлен мужчина, который «снял» головную боль посредством половых актов, что превратилось у него в навязчивость. При обращении в психоневрологический диспансер главный врач сказал ему, что необходима кастрация. В связи с этим у меня даже возникла идея, кому ее следует провести. Один пациент, обратившийся к нам за лечебной помощью в связи с наличием у него сексуального расстройства, мастурбировал в среднем по 10 раз в день 4–5 раз в неделю, а иногда более, чем 30 раз в сутки (подчас до 50). Утром чувствовал себя плохо, «тархтело» сердце. Ему был поставлен диагноз шизофрении.

2. Сексуальная зависимость (сексуальная аддикция; СА) [22; 57; 78]. Концепция гиперсексуальности как зависимости появилась в 1970-х годах. Она была инициирована членами организации «Анонимные алкоголики», кото-

рые чувствовали, что испытывают такое же отсутствие контроля и принуждение (компульсивность) в сексуальном поведении, как и в случае с алкоголем [41].

Отмечается, что СА характеризуется компульсивным участием в сексуальной активности или принудительным вовлечением в нее (по интрапсихическим механизмам), несмотря на негативные последствия [51]. Термин «сексуальная зависимость» также используется для обозначения людей, которые сообщают о неспособности контролировать свои сексуальные побуждения, поведение или мысли.

П. Карнес (P. Carnes, 1986) предположил, что типичный цикл аддикции включает четыре стадии. Первоначально сексуальный аддикт входит в трансоподобное *состояние озабоченности*, в котором навязчивые мысли о специфическом сексуальном поведении создают потребность в реализации такого поведения. Эта сильная озабоченность вызывает определенные *ритуалистические действия*, которые усиливают сексуальное возбуждение, возникшее на стадии озабоченности. Следующая стадия – фактическое *осуществление сексуального акта*. За ней следует заключительная стадия – *стадия упадка*, во время которой сексуальные аддикты испытывают чувство никчемности, депрессии и тревоги. Единственный способ уменьшить или обезболить эти ощущения состоит в том, чтобы начать цикл снова. С каждым повторным циклом аддиктивное поведение становится более интенсивным и неуправляемым, «таким образом подкрепляя лежащее в основе чувство неполноценности, которое является ядром системы убеждений аддикта» [8].

Сексуальная зависимость не является клиническим диагнозом ни в проекте МКБ-11, ни в DSM-V. В последней Китайской классификации психических расстройств (Chinese Society of Psychiatry produces the Chinese Classification of Mental Disorders; CCMD) третьего пересмотра (CCMD-3) такой диагноз тоже отсутствует. Некоторые авторы утверждают, что применение данного понятия к сексуальному поведению проблематично, так как может послужить патологизации нормального поведения и причинить вред. Одна-

ко в версии DSM-III-R, опубликованной в 1987 г., была ссылка на сексуальную зависимость [31], которую впоследствии удалили [43]. DSM-IV-TR, опубликованная в 2000 году, не включала сексуальную зависимость как психическое расстройство [32].

В ноябре 2016 г. Американская ассоциация преподавателей, консультантов и терапевтов по сексуальности (the American Association of Sexuality Educators, Counselors and Therapists; AASECT) – официальный орган по сексуальной терапии и терапии отношений в Соединенных Штатах – опубликовала заявление о позиции в отношении сексуальной зависимости, в котором говорится, что AASECT «... не находит достаточно эмпирических данных для поддержки диагноза сексуальной аддикции или порноаддикции как расстройства психического здоровья и не находит тренинговые и лечебные методы и образовательные методики, адекватно информирующие посредством точного знания о человеческой сексуальности» [16].

Следует отметить, что Mayo Clinic (клиника Майо, США) рассматривает сексуальную зависимость как форму обсессивно-компульсивного расстройства и называет его сексуальной принудительностью. Однако среди психиатров, психологов, сексологов и других специалистов ведутся серьезные споры о том, является ли навязчивое сексуальное поведение зависимостью [67]. Некоторые авторы предложили повторно ввести сексуальную зависимость в систему DSM, однако эта попытка не увенчалась успехом, и такой диагноз не был включен в DSM-5. Тем не менее отмечается, что, несмотря на это, исследования свидетельствуют о существовании сексуального поведения, которое по своему развитию аналогично химической зависимости [53].

Drew A. Kingston [45] в своей статье рассматривает полезность и приемлемость концептуализации сексуальной зависимости при описании гиперсексуального поведения как, возможно, наиболее распространенной модели, используемой в научных кругах и в популярных средствах массовой информации. Автор сообщает, что идея о том, что сексуальное поведение может вызывать привыкание,

принадлежит J. Orford (Дж. Орфорду) [58], но наиболее широко она была представлена в книге Patrick Carnes (Патрика Карнеса) «Out of the Shadows: Understanding Sexual Addiction» («Из тени: понимание сексуальной зависимости») [22], который, наряду с другими авторами [39; 64], выявил общие клинические характеристики непарафильной (а также парафильной) гиперсексуальности и аддикции.

Интерес представляет следующее наше клиническое наблюдение, где гиперсексуальность можно концептуализировать как сексуальную аддикцию. Больной Т., 40 лет, женат 10 лет, жене 31 год, детей нет. Имеет, также как и его супруга, высшее образование, официально не работает (таксует и сдает машину в аренду). Жилищные условия хорошие. Обратился к нам 18.01.2017 года. При обращении рассказал о своей проблеме, которая заключается в существующей у него постоянной потребности во все новых сексуальных отношениях (даже не сексуальных, а просто в установлении отношений с новыми женщинами). Это единственное, что приносит удовольствие, которое составляет смысл его жизни. Для него важен не сам секс, а «постоянная гонка» за все новыми женщинами. Постоянно находится в их поиске. С этой целью специально начал таксовать. Сексуальная активность имеет место практически ежедневно: мастурбация плюс половая жизнь с женщинами за деньги. Сумма обычно составляет 200 гривен. Сообщает, что они «приходят по одной или сразу по две». Этих женщин он сам приучает брать деньги за половой акт, хотя изначально у них такого намерения нет. Но есть женщины, которые живут с ним не за деньги, и которых он должен добиваться. С ними устанавливает более содержательные отношения и даже ездит с ними отдыхать в другие города. При половых актах презервативы не использует. Два раза болел сифилисом. Также болел гонореей, которой заразил свою жену. Гетеросексуал. Сексуальное либидо пробудилось у него в 14 лет. Время пробуждения платонического и сексуального либидо при опросе установить не удалось. Первый вагинальный половой акт был в 16 лет по инициативе женщины, которая была «толстая, некрасивая и от ко-

торой тошнило». Потом с ней было еще несколько таких коитусов, но чаще речь шла о минете.

Жена ушла от него в ноябре 2017 года, так как в феврале того же года обнаружила видео, где на семейном ложе он проводил половой акт с другой женщиной, и именно в сопряженный с этим период времени разговаривал с супругой по телефону. Съемку же решил сделать потому, что получил информацию от другой женщины, что та женщина, которая проводила с ним половой акт, хочет его обокрасть и знает, где у него в квартире находится золото.

С пациентом трудно общаться. Когда его о чем-то спрашиваешь, то он начинает долго отвечать, отклоняется от темы, и его приходится возвращать к изначальному вопросу (соскальзывающее мышление).

Когда я вышел из кабинета, где проводил его опрос в присутствии женщины-дерматовенеролога, находящейся на обучении на нашей кафедре, пациент, который знал о ее специальности и считал, что у нее нет венерических заболеваний, попросил ее позвонить ему. Он давал ей номер своего мобильного телефона, который она не взяла.

Попросил у меня визитную карточку, чтобы показать жене, что он собирается лечиться и в связи с этим обратился за сексологической помощью. Также с этой целью он сфотографировал на дверях кабинета заведующего кафедрой табличку, содержащие сведения о нем и его титулах.

Из приведенных данных можно сделать вывод о том, что пациент, у которого нами была заподозрена шизофрения, обратился к нам не потому, что хотел избавиться от своей сексуальной зависимости, а с целью убедить в этом свою жену.

3. Расстройство импульсивности (*a disorder of impulsivity*). R. Irons, Jennifer P. Schneider [42] в своей статье сообщают, что некоторые авторы, например, Barth и Kinder (1987), считают компульсивное сексуальное поведение по сути расстройством контроля импульсов (*impulse control disorder*). По мнению авторов статьи, некоторые случаи «сексуального избытка» («*sexual excess*») представляют собой нарушение контроля импульсов, в то время как

большинство случаев связано с другими диагнозами DSM. «Существенной особенностью расстройств контроля импульсов является неспособность противостоять импульсу, влечению или искушению совершить действие, которое является вредным для самого человека или для других людей. Индивидуум испытывает усиливающееся чувство напряжения или возбуждения, прежде чем совершить действие, а затем испытывает удовольствие, удовлетворение или облегчение, связанные с деятельностью. После сексуального отыгрывания могут иметь место или отсутствовать сожаления, самообвинения или чувство вины».

Shane W. Kraus и соавт. [47] в качестве основного термина для обозначения этой патологии выбрали «компульсивное сексуальное поведение» (КСП). Они отмечают, что хотя предыдущие исследования выявили сходство между сексуальной зависимостью, проблемной гиперсексуальностью / гиперсексуальным расстройством и сексуальной компульсивностью, они используют термин «компульсивное сексуальное поведение», чтобы отразить более широкую категорию проблемного чрезмерного сексуального поведения, которая включает все вышеперечисленные термины. Авторы рассматривают КСП как сексуальное поведение, «определяемое как трудности в контроле неуместных или чрезмерных сексуальных фантазий, побуждений / пристрастий или поведения, которые вызывают субъективное расстройство или ухудшение повседневного функционирования человека...». Они сообщают, что, несмотря на растущий объем исследований, среди исследователей и клиницистов существует небольшое согласие относительно определения КСП [45].

Некоторые авторы рассматривают проблематичное / чрезмерное участие в сексуальном поведении как признак гиперсексуального расстройства [43], непарафильного КСП [28], расстройства настроения, такого как биполярное расстройство [52], или как поведенческую зависимость [21; 46]. КСП, как было отмечено нами ранее, также рассматривается в качестве диагностического объекта в категории расстройств контроля импульсов в проекте МКБ-11 [40].

В течение последнего десятилетия исследователи и врачи начали осмысливать КСП в рамках проблемной гиперсексуальности.

Eli Coleman [27] отмечает, что КСП обусловлено механизмами снижения тревоги, а не сексуальным желанием. Оно временно ослабляет психологический стресс, но при постоянном функционировании приводит к еще большему стрессу. Сексуальная активность приносит временное облегчение, но за ней следуют дальнейшие психологические расстройства. По его мнению, КСП «может быть более точно описано как симптом основного обсессивно-компульсивного расстройства, при котором поведение, обусловленное тревогой, носит сексуальный характер. Люди могут описывать генерализованную тревогу, дистимию, приступы паники, навязчивые мысли и/или навязчивые побуждения. Они также могут чувствовать себя «неуправляемыми» в отношении секса. Они обычно жалуются на хроническую тревогу или низкую степень депрессии с пиками острой тревоги или депрессии. Пациенты часто соответствуют диагнозам «генерализованное тревожное расстройство» или «дистимия» Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам 3-го пересмотра (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DSM III-R) [31]. Большинство врачей сходятся во мнении, что навязчивые идеи и компульсии приводят к вторичным ощущениям тревоги и депрессии» [27, с. 12].

Цитируемый автор также обращает внимание на следующее: «Навязчивые идеи неприятны, потому что они являются проявлением того, что что-то мысли выходят из-под контроля. Поскольку сексуальное поведение часто воспринимается как приятное занятие, некоторые утверждают, что КСП не соответствует строгим диагностическим критериям обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР). Тем не менее люди с КСП редко сообщают об удовольствии от своих навязчивых мыслей или компульсивного поведения. Они также знают, что их повторяющиеся мысли или поведение бессмысленны или неприятны, что является важной отличительной чертой между нормальным сексуальным по-

ведением и КСП. Следовательно, КСП следует рассматривать как вариант ОКР...» [27, с. 12].

Далее отмечается, что люди с КСП описывают половой акт как то, что устраняет тревогу, депрессию или навязчивые мысли. Однако за этим следует кратковременное облегчение, которое сменяется негативными чувствами, что вынуждает людей вновь искать облегчение. Eli Coleman [27] негативно относится к аддиктивной модели гиперсексуальности и отмечает, что хотя термин «зависимость» может быть интересной метафорой, он устраняет сущностное понимание этиологии КСП.

Drew A. Kingston [45], концептуально анализируя проблему гиперсексуальности, сообщает о существовании трех преобладающих патофизиологических моделей. Они были разработаны на основе наблюдаемого сходства между гиперсексуальным расстройством и обсессивно-компульсивными расстройствами (сексуальная компульсивность), расстройствами контроля импульсов (сексуальная импульсивность) и аддикциями (сексуальная аддикция). Каждая модель включает в себя сходные черты, однако существуют ключевые различия в отношении основных мотивационных состояний. Суть этих различий состоит в степени выраженности импульсивности и компульсивности. Хотя импульсивность и компульсивность часто функционируют взаимозаменяемо, это относительно разные конструкции. Импульсивность обычно определяется как склонность действовать спонтанно и без обдумывания [23, с. 313] и как предрасположенность к быстрым, незапланированным реакциям на внутренние или внешние раздражители без учета негативных последствий [54]. Отмечается, что компульсивность, в отличие от импульсивности, характеризуется повторяющимися действиями, которые направлены на уменьшение тревоги или дистресса [33]. Люди с компульсивными чертами, как правило, проявляют повышенную бдительность и желание избежать вреда и уменьшить беспокойство. Эти черты были включены в большинство определений аддикции. Цитируемый автор сообщает, что аддиктивное поведение характеризуется переходом от импульсивности

(использование вещества для удовольствия) к принуждению (избавление с помощью вещества от негативных эмоциональных состояний). Для поддержки моделей гиперсексуальности как обсессивно-компульсивного расстройства [26; 27] и расстройства контроля импульсов [19; 65] специально оценивалась степень проявления гиперсексуальными пациентами компульсивных и импульсивных черт.

Сообщается, что некоторые люди с гиперсексуальностью для смягчения негативных эмоциональных состояний проявляют компульсивность [20; 59], тогда как другие – импульсивность, направленную на усиление позитивных эмоциональных состояний [60; 62; 65; 66]. Сравнения мотивационных состояний проводились не только между отдельными выборками, но и внутри них. Так, в одном исследовании треть участников выборки сочли свои мысли навязчивыми, и 87 % опрошенных пытались сопротивляться таким побуждениям, что являлось доказательством компульсивности. Тем не менее использование Миннесотского многоаспектного личностного опросника (Minnesota Multiphasic Personality Inventory; MMPI) свидетельствовало о более высоком уровне импульсивности по сравнению с нормативными образцами [69]. В целом, эти исследования показывают, что как импульсивные, так и компульсивные признаки могут иметь место в выборке лиц с гиперсексуальным расстройством. У людей, страдающих им, возможен переход от импульсивности к компульсивности, но возможна и альтернатива, когда сексуальное поведение вначале будет направлено на регуляцию негативного настроения, а потом, в соответствии с принципами подкрепления, будет усиливать удовольствие и позитивное настроение [45].

4. В настоящее время, вероятно, можно обозначить еще одну концептуализацию поведенческой гиперсексуальности. Так, некоторые авторы выделяют *синдром постоянного сексуального возбуждения* (persistent sexual arousal syndrome [PSAS]), который потом назвали *расстройством в форме постоянного генитального возбуждения* (persistent genital arousal disorder [PGAD]) [37; 48],

а также *синдром раздраженных половых органов* (restless genital syndrome [ReGS]) [75; 76]. Эти расстройства впервые на постсоветском пространстве были детально представлены в наших статьях [6–7].

D. Goldmeier и соавт. [38] приводят следующие диагностические критерии PGAD, которые включают:

1. Симптомы, характерные для сексуального возбуждения (набухание гениталий и их чувствительность с набуханием сосков или без него), которые сохраняются в течение длительного периода времени (часы или дни) и самостоятельно полностью не утихают.

2. Симптомы физиологического возбуждения, которые не проходят при обычном оргазме, и могут потребоваться множественные оргазмы на протяжении часов или дней для уменьшения этого возбуждения.

3. Симптомы возбуждения, как правило, не воспринимаются как связанные с каким-либо субъективным ощущением сексуального возбуждения или желания.

4. Стойкое генитальное возбуждение может быть вызвано не только посредством сексуальной активности, но, видимо, также несексуальными раздражителями или вообще без видимых стимулов.

5. Симптомы воспринимаются как неуместные, навязчивые и нежелательные.

6. Эти симптомы вызывают у женщины по крайней мере умеренную степень дистресса.

Когда PSAS/PGAD сочетается с синдромом беспокойных ног (restless legs syndrome [RLS]) и/или с синдромом гиперактивного мочевого пузыря (overactive bladder syndrome [OABS]), и/или с гиперчувствительностью мочеиспускательного канала (hypersensitivity of the urethra), его называют синдромом раздраженных половых органов (restless genital syndrome [ReGS]) [71–73; 75; 76].

По мнению нидерландского сексолога M. D. Waldinger (М. Д. Вальдингер), ReGS является генитальной формой RLS. Диагноз ReGS ставят на основании наличия следующих 7 критериев [71]:

1) нежелательные и неприятные беспокоящие генитальные ощущения при отсутствии сексуального желания или сексуальных фантазий;

2) нежелательные неприятные спонтанные оргазмы при отсутствии сексуального желания или сексуальных фантазий;

3) жалобы, характерные для синдрома беспокойных ног;

4) жалобы, характерные для синдрома гиперактивного мочевого пузыря;

5) усиление нежелательных неприятных беспокоящих генитальных ощущений в положении сидя;

6) постоянная механическая гиперестезия генитальной области при сенсорном тестировании (пальпации);

7) появление нежелательных и неприятных генитальных ощущений при мануальном обследовании нижней ветви лобковой кости.

Сообщается, что существенным проявлением этого синдрома является ощущение приближения нежелательного непроизвольного оргазма у женщин, а его симптомы вызывают страдания, существуют длительное время и не проходят после одного или более оргазмов [4].

Для того чтобы поставить диагноз ReGS, вовсе не обязательно наличие всех вышеприведенных критериев.

Например, при отсутствии жалоб, характерных для синдрома беспокойных ног, могут иметь место проявления гиперактивного мочевого пузыря, или наоборот. Во многих публикациях сообщается о наличии при ReGS нежелательных и неприятных ощущений в гениталиях [74], что и стало одним из его диагностических критериев.

Если говорить о специфике данной модели, то следует обратить внимание на следующие, приведенные нами выше, ее характеристики. Так, симптомы возбуждения не воспринимаются как связанные с каким-либо субъективным ощущением сексуального возбуждения или желания [38]. Также фиксируют внимание на нежелательных и неприятных беспокоящих генитальных ощущениях и нежелательных неприятных спонтанных оргазмах, количество которых

в день может достигать очень больших величин (один мужчина испытывал до 100 оргазмов в день, а одна женщина – до 500 [5]). И то и другое имеет место при отсутствии сексуального желания или сексуальных фантазий [71]. Механизмы, которые находятся в основе этой модели, были представлены нами ранее [7].

Является ли гиперсексуальность патологией?

Ряд авторов высказывается против включения гиперсексуальности и сексуальной зависимости в классификационные системы по следующим обстоятельствам:

1. Подчеркивается тот факт, что в настоящее время якобы недостаточно проверенных фактических данных для установления диагностических критериев, чтобы идентифицировать такое поведение как психическое расстройство [33]. Отмечалось, что использование таких меток, как сексуальная аддикция, сексуальная компульсивность и импульсивность, является как преждевременным, так и диагностически опасным, поскольку исследования еще не выяснили, действительно ли патологические симптомы, согласующиеся с этими метками, такие как тревожность и проблема с контролем импульсов, действительно связаны с чрезмерным сексуальным поведением [63].

Однако систематический обзор сексуальной зависимости (2014 г.) показал, что «отсутствие эмпирических данных о сексуальной зависимости является результатом полного отсутствия этого заболевания в версиях Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам» [44].

2. Не признают данную патологию на основании гуманистических искажений. Утверждают, что это состояние просто отражает культурную неприязнь к такому сексуальному поведению [50; 63]. Заявляют, что маркировка сексуальных побуждений «экстремальными» просто стигматизирует людей, которые не соответствуют нормам их культуры или нормам группы сверстников [49].

В ряде публикаций отмечается, что сексуальная зависимость сама по себе является мифом, побочным продук-

том культурных и других влияний, что это условие является способом проецирования социальной стигмы на пациентов, и что критерии сексуальной аддикции создают проблемы беспроblemному опыту и в результате патологизируют большинство людей [36; 49]

М. Р. Levine, R. R. Troiden (М. П. Левин, Р. Р. Тройден) [49] утверждают, что «определения сексуальной аддикции и компульсии «концептуально порочны», и что критерии, используемые для диагностики этих состояний, «субъективны и надуманны». Они указывают, что компульсивное половое поведение в 1970-1980-х гг. считалось вполне нормальным и лишь позднее было признано аномальным «моралистами от медицины», давшими ему наукообразное название – «сексуальная аддикция» – и признавшими его, таким образом, болезнью. По их мнению, специалисты по психиатрии, защищающие модель сексуальной аддикции, выступают в роли «общественных контролеров» и навязывают свои ортодоксальные взгляды большинству населения страны» [9, с. 427].

3. Концепцию сексуальной аддикции подверг критике и Стентон Пиль (S. Peele, 1989) на том основании, что «чем чаще психологи и адвокаты объявляют те или иные формы поведения неконтролируемыми компульсиями, тем меньше людей привлекают к ответственности за их действия, даже если эти действия наносят вред другим людям. Часто всё наказание за очевидное, даже криминальное правонарушение сводится к консультациям в лечебном центре. Вводя термин «аддиктивные болезни», мы рискуем создать мир, в котором все будет прощательно, мир, который неизбежно сползет к хаосу» [9, с. 427] .

4. Указывают и на отсутствие четких различий между нормальным и патологическим уровнем сексуального желания и поведения [55; 70; 79]. Приведем материал, который заставляет задуматься в этом плане. Некоторые клиницисты и теоретики психодинамического подхода считают усиление сексуального влечения нормой, так как полагают, что это выполняет эго-оборонительную функцию, порой уменьшая бессознательное беспокойство, коренящееся в интрапсихических конфликтах [17].

Р. К. Вестхеймер (R. K. Westheimer) [3] сообщает, что в юности люди могут заниматься сексом несколько месяцев подряд, а рецидивы подобного поведения могут иметь место в разное время в отдельные периоды последующей жизни. В данном случае отличительным признаком, свидетельствующим о норме, является ограниченная продолжительность неконтролируемого сексуального поведения, после чего люди обычно возвращаются к нормальному сексуальному поведению.

Г. С. Васильченко [1] среди различных типов сексуальной мотивации выделяет гомеостабилизирующий тип. Он отмечает, что у зрелого мужчины после каждой очередной эякуляции и следующего за ней периода сексуального умиротворения может постепенно нарастать сексуальное возбуждение, которое проявляется тягостными ощущениями, нарушающими состояние «нервной уравновешенности». Это состояние в зрелом возрасте оценивается достаточно высоко. У определенной части мужчин сексуальный ритм обеспечивает сохранение физиологического комфорта. Этот тип поведения особенно часто встречается у творческих личностей, у которых сексуальная сфера занимает подчиненное место в шкале ценностных ориентаций. Люди, испытывающие наибольшую радость в моменты творчества, могут воспринимать начальные стадии пищевой или половой абстиненции как отвлекающие и поэтому нежелательные моменты. При этом они отнюдь не теряют вкуса к самому процессу удовлетворения голода или полового возбуждения. Для демонстрации данного типа сексуальной мотивации автор приводит следующее наблюдение:

«И. Скульптор И., 42 лет, живущий интенсивной творческой жизнью. Двери его ателье всегда гостеприимно открыты для посетителей. Будучи человеком экстравертированным, он не смущается присутствием посторонних лиц; даже наоборот – черпает в их интересе к его работе дополнительные стимулы. Этот человек, не проявляющий никаких неврологических отклонений, на протяжении многих лет должен был иметь не менее 6-7 эякуляций в сутки. Без это-

го у него затрудняется и даже полностью прекращается способность выполнять творческую работу. Нарастание сексуального возбуждения нарушает способность концентрации внимания, создает ощущение физиологического дискомфорта. Однако как явление нежелательное воспринимается лишь сексуальная возбужденность, в особенности в начальных фазах, когда она нарушает ход работы, само же удовлетворение этого возбуждения доставляет радость. В тех случаях, когда в фазе нарастающего сексуального возбуждения он не имеет возможности провести половой акт с женщиной, он вызывает эякуляцию мастурбаторно и, получив облегчение, тотчас возвращается к работе» [1, с. 146].

Резюмируя данное наблюдение, автор отмечает, что существует группа мужчин, которые, не отказываясь от радостей сексуального удовлетворения, прежде всего всё же ценят их как средство избавления от сексуального напряжения, отвлекающего от выполнения других задач (чаще всего творческих), которые котируются ими более высоко. Так как состояние относительной стабильности обозначается в физиологии как состояние гомеостаза, данный тип мотивации сексуального поведения следует называть гомеостабилизирующим.

По нашему мнению, существует как физиологическая, так и патологическая гиперсексуальность. Каждая из представленных нами концептуализаций (моделей) патологической гиперсексуальности является полезной в определенных случаях, так как лучше, чем другие, характеризует состояние конкретного больного. Следует отметить, что эти модели могут «пересекаться» на одном больном, а их проявления сменять друг друга в динамике течения гиперсексуальности.

Распространенность

В статье 1987 г. отмечалось, что по некоторым данным приблизительно 8 % мужчин и 3 % женщин в США являются сексуальными аддиктами [19]. Были выявлены четыре ос-

новых типа препятствий для зависимых женщин, не обращающихся за лечением. Они включали индивидуальные, социальные, исследовательские и терапевтические барьеры [30]. В настоящее время указывают на увеличившуюся частоту сексуальной аддикции. Существуют данные, что сексуальной зависимостью страдает каждый 10-й мужчина и каждая 12-я женщина. Об этом сообщает The Daily Mail, ссылаясь на новые исследования Университета Миннесоты. По результатам предыдущих исследований, распространенность гиперсексуальности в США варьировалась от одного до шести процентов у взрослого населения. В новое исследование были вовлечены 2325 взрослых в возрасте от 18-ти до 50-ти лет, 50,5 % из которых составляли женщины. Выяснилось, что 10,3 % мужчин и 7 % женщин испытывают дистресс из-за постоянного контроля своих сексуальных желаний. Данное исследование свидетельствует о том, что в этом опросе половые различия были невелики. Ранее бытовала точка зрения, что гиперсексуальность присуща скорее мужчинам, чем женщинам. Ученые уверены, что распространенность гиперсексуальности среди женщин в дальнейшем будет только расти [14].

Katherine L. Derbyshire и Jon E. Grant [29] в своем обзоре литературы по компульсивному сексуальному поведению (КСП) приводят данные о его частоте, выявленной теми или иными авторами. Некоторые из них представлены в составленной нами таблице.

Авторы обзора указывают, что не было проведено крупных эпидемиологических исследований по выявлению распространенности КСП. Естественно, что процент обнаружения такого поведения может не соответствовать истинной картине из-за деликатности проблемы, смущения и стыда перед ее раскрытием.

В одной статье сообщается, что частота сексуальной зависимости колеблется от 1,2 % до 32,2 %, и что она может варьировать в зависимости от «используемого инструмента скрининга» [24].

Таблица

Частота компульсивного сексуального поведения

Авторы и год исследования	Частота (%)			Кол-во обследованных	Контингент
	муж.	жен.	без разбивки по полу		
Coleman, 1992			3 – 6	не указано	не указан
Carnes, 1992			3 – 6	не указано	не указан
Seegers, 2003			17,4	240	студенты университетов
Grant, Williams & Potenza, 2007	0	8,9		102	подростки, госпитализированные по психиатрическим причинам
Odlaug & Grant, 2010			3,7	791	студенты частного колледжа
Odlaug и соавт., 2013	3	1,2		1837	студенты университетов

Shane W. Kraus и соавт. [47] в статье 2016 г. сообщают, что данных о распространенности КСП недостаточно, и не было проведено исследований по оценке такой распространенности. Поэтому истинная частота КСП неизвестна. Вместе с тем отмечается, что распространенность КСП составляет (3–6) % [43], причем взрослые мужчины составляют большинство (80 % и выше) пострадавших [61].

Продолжая освещать проблему распространенности КСП, цитируемые авторы сообщают, что большое исследование студентов университетов США выявило, что она составляет 3 % для мужчин и 1 % для женщин [56]. Распро-

страненность такого поведения в США среди мужчин – ветеранов боевых действий приближается к 17 % [68]. В США Национальным эпидемиологическим исследованием по алкоголю и связанным с ним состояниям (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions; NESARC) было установлено, что частота сексуальной импульсивности выше у мужчин (18,9 %), чем у женщин (10,9 %) [34].

Также сообщаются результаты исследований, где показана зависимость между КСП и расовой принадлежностью, а также социально-экономическим статусом [47]. Так, КСП чаще встречается у европейцев по сравнению с афроамериканцами, латиноамериканцами, американцами азиатского происхождения [56; 61].

Ограниченные данные свидетельствуют о том, что у лиц, обращающихся за лечением в связи с КСП, может быть более высокий социально-экономический статус по сравнению с лицами, у которых имеют место другие психические расстройства [35; 61], хотя этот вывод может отражать более широкий доступ к лечению лиц с более высокими доходами (включая возможность частной оплаты лечения в связи с ограничениями в страховом покрытии).

Katherine L. Derbyshire и Jon E. Grant [29] отмечают, что КСП можно подразделить на три клинических элемента: повторяющиеся сексуальные фантазии, повторяющиеся сексуальные побуждения и повторяющееся сексуальное поведение [25]. Одно исследование показало, что 42 % лиц выборки имели трудности с контролем своих сексуальных фантазий, 67 % сообщили о проблемах с сексуальными побуждениями, а 67 % участвовали в повторяющихся сексуальных действиях, которые, по их мнению, вышли из-под контроля [20]. Авторы указывают, что хотя большой процент людей сообщают об удовлетворении сексуальным поведением (например, 70 % обследованных чувствовали удовлетворение от этого поведения, а 83 % – устранение напряжения после этого) [59], за этим поведением часто следуют вина или раскаяние [19].

Таким образом, что вполне естественно, различные исследования свидетельствуют о разной частоте выявленных проявлений патологической гиперсексуальности.

Данные, представленные в этой главе, ранее были изложены нами в специализированном журнале [5].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Васильченко Г. С. Мотивационные аспекты либидо // Общая сексопатология : руководство для врачей / под ред. Г. С. Васильченко. – М. : Медицина, 1977. – С. 144–148.
2. Васильченко Г. С. Различные клинические типы мастурбации, их патогенетическая характеристика, идентификационные критерии и семиологическое значение // Общая сексопатология : руководство для врачей / под ред. Г. С. Васильченко. – М. : Медицина, 1977. – С. 281–295.
3. Вестхеймер Р. К. (Westheimer R. K.) Энциклопедия сексуальности человека / пер. с англ. – М. : КРОН-ПРЕСС, 1995. – 400 с.
4. Гузов И. И. Синдром беспокойных гениталий – выяснена причина загадочного диагноза. – URL: <http://www.cironline.ru/board/index.php?action=viewmessage&id=83305> (дата обращения: 22.12.2014).
5. Кочарян Г. С. Гиперсексуальность: термины, диагностические подходы, концептуализация, распространенность // Здоровье мужчины. – 2019. – № 2 (69). – С. 61–68. DOI: <https://doi.org/10.30841/2307-5090.2.2019.179977>
6. Кочарян Г. С. Расстройство в форме постоянного генитального возбуждения, синдром раздраженных половых органов: распространенность, диагностические критерии, клинические проявления (часть I) // Здоровье мужчины. – 2015. – № 2 (53). – С. 69–74.
7. Кочарян Г. С. Расстройство в форме постоянного генитального возбуждения, синдром раздраженных половых органов: формирование (часть II) // Здоровье мужчины. – 2015. – № 3 (54). – С. 75–78.
8. Крукс Р., Баур К. (Kruks R., Baur K.) Сексуальность / пер. с англ. – СПб. : Прайм–ЕВРОЗНАК, 2005. – 480 с.

9. Мастерс У. Джонсон В., Колодни Р. (Masters W., Johnson V., Kolodny R.) Основы сексологии / пер. с англ. – М. : Мир, 1998. – 692 с.
10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб. : «АДИС», 1994. – 304 с.
11. Нимфы. Материал из Википедии – свободной энциклопедии. – URL: <https://ru.wikipedia.org/wiki/Нимфы> (дата обращения: 24.03.2019).
12. Сатиры. Материал из Википедии – свободной энциклопедии. – URL: <https://ru.wikipedia.org/wiki/Сатиры> (дата обращения: 24.03.2019).
13. Свядош А. М. Женская сексопатология. Издание пятое, перераб. и допол. – Кишинев: Штиинца, 1991. – 184 с.
14. Сексуальной зависимостью страдает каждая 12-я женщина. – URL: https://kafanews.com/novosti/151523/seksualnoy-zavisimostyu-stradaet-kashdaya-12-ya-shenshchina_2018-11-11 (дата обращения: 30.03.2019).
15. Эфроимсон В. П. Генетика сексуальности. – М. : Тайдекс Ко, 2002. – 376 с.
16. AASECT Position on Sex Addiction – AASECT: American Association of Sexuality Educators, Counselors and Therapists. Aasect.org. Retrieved 28 December 2017.
17. Asiff M., Sidi H., Masiran R., Kumar J., Das S., Hatta N. H., Alfonso C. Hypersexuality As a Neuropsychiatric Disorder: The Neurobiology and Treatment Options // Curr Drug Targets. – 2018. – 19 (12). – P. 1391–1401. DOI: 10.2174/1389450118666170321144931.
18. Bancroft J., Vukadinovic Z. Sexual addiction, sexual compulsivity, sexual impulsivity, or what? Toward a theoretical model // J Sex Res. – 2004. – 41 (3). – P. 225–234.
19. Barth R. J., Kinder B. N. The mislabeling of sexual impulsivity // J Sex Marital Ther. – 1987. – 13 (1). – P. 15–23.
20. Black D. W., Kehrberg L. L. D., Flumerfelt D. L., Schlosser S. S. Characteristics of 36 subjects reporting compulsive sexual behaviors // Am J Psychiatr. – 1997. – 154 (2). – P. 243–249.

21. Carnes P. J., Hopkins T. A., Green B. A. Clinical relevance of the proposed sexual addiction diagnostic criteria: relation to the Sexual Addiction Screening Test-Revised // *J Addict Med.* – 2014. – 8 (6). – P. 450–461.
22. Carnes P. Out of the shadows: Understanding sexual addiction. – Minneapolis, MN: CompCare, 1983.
23. Carver C. S. Impulse and constraint: perspectives from personality psychology, convergence with theory in other areas, and potential for integration // *Personal Soc Psychol Rev.* – 2005. – 9 (4). – P. 312–333.
24. Castro-Calvo J., Ballester-Arnal R., Billieux J., Gil-Juliá B., Gil-Llario M. D. Spanish validation of the Sexual Addiction Screening Test // *J Behav Addict.* – 2018. – 7 (3). – P. 584–600. DOI: 10.1556/2006.7.2018.57.
25. Christenson G. A., Faber R. J., De Zwaan M., Raymond N. C., Specker S. M., Ekern M. D., Mackenzie T. B., Crosby R. D., Crow S. J., Eckert E. D., et al. Compulsive buying: Descriptive characteristics and psychiatric comorbidity // *The Journal of Clinical Psychiatry.* – 1994. – 55 (1). – P. 5–11.
26. Coleman E. Is your patient suffering from compulsive sexual behavior? // *Psychiatr Ann.* – 1992. – 22. – P. 320–325.
27. Coleman E. The obsessive-compulsive model for describing compulsive sexual behavior // *Am J Prev Psych Neurol.* – 1990. – 2 (1). – P. 9–14.
28. Coleman E., Raymond N., McBean A. Assessment and treatment of compulsive sexual behavior // *Minnesota Medicine.* – 2003. – 86 (7). – P. 42–47.
29. Derbyshire Katherine L., Grant Jon E. Compulsive Sexual Behavior: A Review of the Literature // *J Behav Addict.* – 2015. – 4 (2). – P. 37–43.
30. Dhuffar M. K., Griffiths M. D. Barriers to female sex addiction treatment in the UK // *J Behav Addict.* – 2016. – 5 (4). – P. 562–567. DOI: 10.1556/2006.5.2016.072.
31. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed. rev. – Washington, D.C: American Psychiatric Association, 1987.
32. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (fourth edition, text revision). – Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing, 2000.

33. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. – United States: American Psychiatric Association, 2013. – 947 p.
34. Erez G., Pilver C. E., Potenza M. N. Gender-related differences in the associations between sexual impulsivity and psychiatric disorders // *J Psychiatr Res.* – 2014. – 55. – P. 117–125. DOI: 10.1016/j.jpsychires.2014.04.009
35. Farré J. M., Fernández-Aranda F., Granero R., Aragay N., Mallorquí-Bague N., Ferrer V., More A., Bouman W. P., Arcelus J., Savvidou L. G., Penelo E., Aymamí M. N., Gómez-Peña M., Gunnard K., Romaguera A., Menchón J. M., Vallès V., Jiménez-Murcia S. Sex addiction and gambling disorder: similarities and differences // *Compr Psychiat.* – 2015. – 56. – P. 59–68. DOI: 10.1016/j.comppsy.2014.10.002.
36. Giles J. No such thing as excessive levels of sexual behavior // *Archives of Sexual Behavior.* – 2006. – 35 (6). – P. 641–642. DOI:10.1007/s10508-006-9098-3.
37. Goldmeier D., Leiblum S. R. Persistent genital arousal in women – a new syndrome entity // *Int J STD AIDS.* – 2006. – 17 (4). – P. 215–216.
38. Goldmeier D., Mears A., Hiller J., Crowley T.; BASHH Special Interest Group for Sexual Dysfunction. Persistent genital arousal disorder: a review of the literature and recommendations for management // *Int J STD AIDS.* – 2009. – 20 (6). – P. 373–377.
39. Goodman A. Diagnosis and treatment of sexual addiction // *J Sex Marital Ther.* – 1993. – 18 (4). – P. 303–314.
40. Grant J. E., Atmaca M., Fineberg N. A., Fontenelle L. F., Matsunaga H., Janardhan Reddy Y. C., Simpson H. B., Thomsen P. H., van den Heuvel O. A., Veale D., Woods D. W., Stein D. J. Impulse control disorders and «behavioural addictions» in the ICD-11 // *World Psychiatry.* – 2014. – 13 (2). – P. 125–127. DOI: 10.1002/wps.20115.
41. Hypersexuality. – URL: <https://en.wikipedia.org/wiki/Hypersexuality> (the date of the reference 02.03.2019).
42. Irons R., Schneider Jennifer P. Differential Diagnosis of Addictive Sexual Disorders Using the DSM-IV // *Sexual Addiction & Compulsivity.* – 1996. – 3. – P. 7–21.

43. Kafka M. P. Hypersexual Disorder: A proposed diagnosis for DSM-V (PDF) // Archives of Sexual Behavior. – 2010. – 39 (2). – P. 377–400. DOI: 10.1007/s10508-009-9574-7.
44. Karila L., Wéry A., Weinstein A., Cottencin O., Petit A., Reynaud M., Billieux J. Sexual addiction or hypersexual disorder: different terms for the same problem? A review of the literature // Curr. Pharm. Des. – 2014. – 20 (25). – P. 4012–4020. DOI: 10.2174/13816128113199990619.
45. Kingston Drew A. Debating the Conceptualization of Sex as an Addictive Disorder // Curr Addict Rep. – 2015. – 2 (3). – P. 195–201. DOI: 10.1007/s40429-015-0059-6
46. Kor A., Fogel Y. A., Reid R. C., Potenza M. N. Should hypersexual disorder be classified as an addiction? // Sexual addiction & compulsivity. – 2013. – 20 (1–2). – P. 27–47. DOI: 10.1080/10720162.2013.768132.
47. Kraus Shane W., Voon Valerie, Potenza Marc N. Should compulsive sexual behavior be considered an addiction? // Addiction. – 2016. – 111 (12). – P. 2097–2106.
48. Leiblum S. R., Nathan S. G. Persistent sexual arousal syndrome: A newly discovered pattern of female sexuality // J Sex Marital Ther. – 2001. – 27 (4). – P. 365–380.
49. Levine M. P., Troiden R. R. The myth of sexual compulsivity // Journal of Sex Research. – 1988. – 25 (3). – P. 347–363. DOI: 10.1080/00224498809551467.
50. Levine S. B. What is sexual addiction? // Journal of Sex & Marital Therapy. – 2010. – 36 (3) – P. 261–275. DOI: 10.1080/00926231003719681.
51. Malenka R. C., Nestler E. J., Hyman S. E. Chapter 15: Reinforcement and Addictive Disorders / Sydor A., Brown R. Y. (Eds.) Molecular Neuropharmacology: A Foundation for Clinical Neuroscience (2nd ed.). – New York: McGraw-Hill Medical, 2009. – P. 364–365, 375.
52. McElroy S. L., Pope H. G. Jr., Keck P. E Jr., Hudson J. I., Phillips K. A., Strakowski S. M. Are impulse-control disorders related to bipolar disorder? // Compr Psychiatry. – 1996. – 37 (4). – P. 229–240.
53. Mental Health Disorder Treatment Guidelines and Consumer Guides. – URL: <https://www.psychguides.com/guides/sex->

- addiction-symptoms-causes-and-effects/ (the date of the reference: 03.03.2019).
54. Moeller F. G., Barratt E. S., Dougherty D. M., Schmitz J. M., Swann A. C. Psychiatric aspects of impulsivity // *Am J Psychiatr.* – 2001. – 158 (11). – P. 1783–1793.
 55. Moser C. Hypersexual disorder: Searching for clarity // *Sexual Addiction & Compulsivity.* – 2013. – 20 (1). – P. 48–58.
 56. Odlaug B. L., Lust K., Schreiber L. R., Christenson G., Derbyshire K., Harvanko Golden D., Grant J. E. Compulsive sexual behavior in young adults // *Ann Clin Psychiatry.* – 2013. – 25 (3). – P. 193–200.
 57. Orford J. Excessive appetites: A psychological view of the addictions. – Chichester, England: John Wiley & Sons, 1985.
 58. Orford J. Hypersexuality: implications for a theory of dependence // *Br J Addict Alcohol Other Drugs.* – 1978. – 73 (3). – P. 299–310.
 59. Raymond N. C., Coleman E., Miner M. H. Psychiatric comorbidity and compulsive/impulsive traits in compulsive sexual behavior // *Compr Psychiatry.* – 2003. – 44 (5). – P. 370–380.
 60. Reid R. C., Berlin H. A., Kingston D. A. Sexual impulsivity in hypersexual men // *Current Behavioral Neuroscience Reports.* – 2015. – 2 (1). – P. 1–8.
 61. Reid R. C., Carpenter B. N., Hook J. N., Garos S., Manning J. C., Gilliland R., Cooper E. B., McKittrick H., Davtian M., Fong T. Report of Findings in a DSM-5 Field Trial for Hypersexual Disorder // *J Sex Med.* – 2012. – 9 (11) – P. 2868–2877. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2012.02936.x.
 62. Reid R. C., Cyders M. A., Moghaddam J. F., Fong T. W. Psychometric properties of the Barratt Impulsiveness Scale in patients with gambling disorders, hypersexuality, and methamphetamine dependence // *Addict Behav.* – 2014. – 39 (11). – P. 1640–1645.
 63. Rinehart N. J., McCabe M. P. Hypersexuality: Psychopathology or normal variant of sexuality? // *Sexual and Marital Therapy.* – 1997. – 12 (1). – P. 45–60.
 64. Schneider J. P., Irons R. Differential diagnosis of addictive sexual disorders using the DSM-IV // *Sex Addict Compulsivity.* – 1996. – 3 (1). – P. 7–21.

65. Schwartz S. A. Abramowitz J. S. Contrasting nonparaphilic sexual addictions and OCD / Abramowitz J. S., Houts A. C. (Eds.). Concepts and controversies in obsessive-compulsive disorder. – New York: Springer, 2005. – P. 177–184.
66. Schwartz S. A., Abramowitz J. S. Are nonparaphilic sexual addictions a variant of obsessive-compulsive disorder? A pilot study // Cogn Behav Pract. – 2003. – 10 (4). – P. 372–377.
67. Sexual Addiction. – URL: https://en.wikipedia.org/wiki/Sexual_addiction (the date of the reference: 03.03.2019).
68. Smith P. H., Potenza M. N., Mazure C. M., McKee S. A., Park C. L., Hoff R. A. Compulsive sexual behavior among male military veterans: Prevalence and associated clinical factors // J Behav Addict. – 2014. – 3 (4). – P. 214–222. DOI: 10.1556/JBA.3.2014.4.2
69. Tellegen A. Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety with an emphasis on self-report / Tuma A. H, Maser J. D (Eds.). Anxiety and the anxiety disorders. Hillsdale, N. J: Erlbaum, 1992. – P. 681–706.
70. Wakefield J. C. The DSM-5's proposed new categories of sexual disorder: The problem of false positives in sexual diagnosis // Clinical Social Work Journal. – 2012. – 40 (2). – P. 213–223.
71. Waldinger M. D., de Lint G. J., Venema P. L., van Gils A. P., Schweitzer D. H. Successful transcutaneous electrical nerve stimulation in two women with restless genital syndrome: The role of A-delta and C-nerve fibers // J Sex Med. – 2010. – 7 (3). – P. 1190–1199.
72. Waldinger M. D., Schweitzer D. H. Persistent genital arousal disorder in 18 Dutch women: Part II. A syndrome clustered with restless legs and overactive bladder // J Sex Med. – 2009. – 6 (2). – P. 482–497.
73. Waldinger M. D., van Gils A. P. G., Ottervanger H. P., Vandenbroucke W. V. A., Tavy D. L. J. Persistent genital arousal disorder in 18 Dutch women: Part 1. MRI, EEG and transvaginal ultrasonography investigations // J Sex Med. – 2009. – 6. – P. 474–481.
74. Waldinger M. D., Venema P. L., van Gils A. P. G., de Lint G. J., Schweitzer D. H. Stronger evidence for small fiber sensory neu-

- ropathy in restless genital syndrome: two case reports in males // J Sex Med. – 2011. – 8 (1). – P. 325–330.
75. Waldinger M. D., Venema P. L., van Gils A. P. G., Schutter E. M. J., Schweitzer D. H. Restless genital syndrome before and after clitoridectomy for spontaneous orgasms: A case report // J Sex Med. – 2010. – 7 (2 Pt 2). – P. 1029–1034.
 76. Waldinger M. D., Venema P. L., van Gils A. P. G., Schweitzer D. H. New insights into restless genital syndrome: Static mechanical hyperesthesia and neuropathy of the nervus dorsalis clitoridis // J Sex Med. – 2009. – 6 (10). – P. 2778–2787.
 77. Warwick H. M. C., Salkovskis P. M. Unwanted erections in obsessive-compulsive disorder // British Journal of Psychiatry. – 1990. – 157. – P. 919–921.
 78. Weiss Douglas. The Final Freedom: Pioneering Sexual Addiction Recovery. – Fort Worth, Tex.: Discovery Press, 1998.
 79. Winters J. Hypersexual disorder: A more cautious approach // Archives of sexual behavior. – 2010. – 39 (3). – P. 594–596. DOI: 10.1007/s10508-010-9607-2.
 80. World Health Organization's. ICD-11: Compulsive Sexual Behavior Disorder. – URL: <https://www.yourbrainonporn.com/miscellaneous-resources/world-health-organizations-icd-11-compulsive-sexual-behavior-disorder/> (the date of the reference: 25.03.2019).

ГЛАВА 2

ГИПЕРСЕКСУАЛЬНОСТЬ: ОБЩИЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И НЕГАТИВНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ

Следует отметить, что гиперсексуальность может быть как физиологической, так и патологической. Существует такой термин, как «мастурбация периода юношеской гиперсексуальности» [2]. Также выделяют сильную половую конституцию, которая проявляется интенсивным половым влечением и высокой сексуальной активностью [1]. В этих случаях говорить о патологии не приходится. Однако существует гиперсексуальность, которая является проявлением патологии.

Поведенчески патологическая гиперсексуальность (ПГ) проявляется повышенным стремлением к сексуальной активности (мастурбаторной или с другими лицами), ее интенсификацией, «утратой» скромности, сексуальной сговорчивостью и уступчивостью, потребностью говорить на сексуальные темы, рассказыванием пошлых анекдотов, легким завязыванием знакомств с потенциальными сексуальными объектами, «потерей» морального чувства, многочисленными неразборчивыми внебрачными связями, открытой демонстрацией половой (мастурбаторной и в паре) активности, групповым сексом, невозможностью продуктивной деятельности в других сферах из-за сильного сексуального напряжения, приводящего к выраженной фиксации на сексуальной сфере. ПГ приводит к конфликтам и ссорам в супружестве / партнерстве из-за того, что второй член диады в создавшейся ситуации не соответствуют крайне завышенным сексуальным потребностям человека с ПГ и не может их удовлетворить. Гиперсексуальность является благодатной почвой для возникновения парафильной активности. Выделяют непарафильное и парафильное компульсивное сексуальное поведение (КСП).

V. Voon [26] предложил следующие критерии диагностики гиперсексуальности. Чрезмерные или атипичные мысли и/или поведение, характерные для гиперсексуальности, диагностируются при выявлении одного и более из

следующих критериев: 1) неадекватная поглощенность мыслями о сексе; 2) неуместное или чрезмерное требование секса от супругов или партнеров; 3) компульсивная мастурбация; 4) использование порнографии и секса по телефону; 5) беспорядочные половые связи; 6) парафилии. Такое поведение должно сохраняться / проявляться не менее месяца и быть причиной одного или более из следующих расстройств: явного дистресса, неудачных попыток контролировать свои мысли и поведение. Оно занимает много времени, а также мешает профессиональной и социальной деятельности [6].

Сексуальная аддикция / гиперсексуальное расстройство используется в качестве зонтичной конструкции, чтобы охватить различные типы проблемного поведения, в том числе чрезмерную мастурбацию, киберсекс, использование порнографии, сексуальное поведение с соглашающимися взрослыми людьми, секс по телефону, посещения стриптиз клубов и другие виды поведения [17].

Мужчины с гиперсексуальным поведением (ГП) при сравнении их со здоровыми лицами контрольных групп сообщали о повышенных показателях сексуальной активности, парафилий, использования изображений насилия над детьми и сексуально-принудительного поведения. Более того, частота аффективных расстройств, трудностей с привязанностью и импульсивностью, а также дисфункциональных стратегий регуляции эмоций была выше у мужчин с ГП [13]. У мужчин с ГП по сравнению со здоровыми мужчинами контрольной группы выявляются одинаковое психическое развитие, уровень интеллекта, социально-демографический фон и семейные факторы, но они сообщают о различном неблагоприятном опыте в детстве, проблемном сексуальном поведении и психологических трудностях [13].

В. Chughtai и соавт. [9] отмечают, что ГП включает компульсивную (навязчивую) мастурбацию, навязчивый секс с проститутками, анонимный секс с многочисленными партнерами, многократные любовные связи, частое покровительство сексуально-ориентированных учреждений, привычный эксгибиционизм, привычный вуайеризм, неуместные

сексуальные прикосновения, сексуальное домогательство по отношению к детям (sexual abuse of children) и насилие. В дополнение, с этим могут ассоциироваться такие формы поведения, как причудливый секс (fantasy sex), проституция, педофилия, мазохизм, фетишизм и секс с животными.

У. Мастерс и соавт. [5, с. 426] отмечают: «Большинство сексуальных маньяков – мужчины, а сексуальная аддикция у них нередко проявляется в необычных формах секса (например, в парафилиях), беспорядочных половых связях, компульсивном мастурбировании, гомосексуальности, стремлении к насилию и кровосмешению, а также необыкновенно высокой потребности в обычных половых контактах. В одной из супружеских пар, обратившихся в Институт Мастерса и Джонсона, муж настаивал на не менее, чем четырех сношениях с женой в день, а жена уступала его требованиям, потому что он грозился пойти к проституткам, если она не будет «удовлетворять его потребности». Р. Carnes [8] описал другой типичный случай: женатый адвокат, имевший множество любовниц (иногда одновременно двух и более), завсегдатай массажных кабинетов, при всем этом болтался в магазинах по продаже порнопродукции, где имел контакты с гомосексуалами в кабинах для просмотра фильмов».

У. Мастерс и соавт. [5, с. 426–427] сообщают, что у женщин «сексуальная аддикция чаще всего выражается в частых опасных половых контактах с незнакомыми людьми [24]. Стремясь к самоутверждению или спасаясь от горя и одиночества, они снова и снова вступают в сексуальную связь, чтобы ощутить уверенность в себе и достигнуть кратковременной эйфории, как это описано в книге «Женщины, секс и аддикция» [18]. Гиперсексуальные женщины оказываются втянутыми в некий порочный круг. Сексуальные победы необходимы им, чтобы ощутить свою власть, но при этом неудовлетворенной оказывается потребность в нежности и общении. Под их аддикцией скрывается жгучее желание избежать ощущения собственной никчемности. Этим женщинам необходимо соблазнять, преследовать, чувствовать, что они одержали победу. Они жаждут близости и душевного тепла, но не знают, как этого добиться».

Половое поведение, независимо от его конкретного типа, превращается в аддикцию, когда в нем появляются элементы компульсивности и полного пренебрежения к возможным негативным последствиям.

Сексуальная аддикция (СА) в качестве диагностического кода отсутствует в последнем американском Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам 5-го пересмотра (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition; DSM-V) 2013 года, однако все же существует такое сексуальное поведение, которое по своему развитию аналогично химической зависимости. Признаками, указывающими на сексуальную аддикцию, являются [25]:

- ощущение бессилия относительно способности контролировать свое сексуальное поведение;
- сексуальное поведение, которое делает жизнь аддикта неуправляемой;
- чувство стыда, смущение или даже ненависть к себе из-за своих сексуальных действий;
- невыполнение аддиктом данных самому себе обещаний, что он изменится;
- такая большая озабоченность аддикта сексом, что это становится для него ритуалом.

У. Мастерс и соавт. [5], ссылаясь на данные других авторов [8; 18; 24], называют следующие признаки сексуальной аддикции:

- 1) неспособность контролировать сексуальные импульсы;
- 2) неблагоприятные последствия данного поведения, хотя, как правило, сам сексуальный аддикт отрицает такую возможность;
- 3) неуправляемость в других областях жизни;
- 4) усиление частоты сексуальных импульсов с течением времени;
- 5) симптомы абстиненции при воздержании.

Национальный совет по сексуальной аддикции и компульсивности США (The National Council on Sexual Addiction

and Compulsivity; NCSAC) назвал следующие проявления сексуальной аддикции у женщин [3]:

- чрезмерный флирт, участие в танцах, вызывающий макияж для соблазнения;
- ношение провоцирующей одежды где это возможно (как форма эксгибиционизма);
- изменение внешности посредством интенсивных диеты и упражнений и/или пластической хирургии, чтобы быть привлекательной;
- демонстрация себя из окон дома, машины;
- сексуальные предложения молодым братьям и сестрам, клиентам или тем, кто занимает более низкие позиции;
- поиск сексуальных партнеров в рискованных местах;
- многочисленные внебрачные связи;
- безразличие к принятым условностям, например, рассматривает женатого мужчину, начальника, своего врача как объект сексуального влечения;
- расплата сексом за наркотики, помощь, любовь, деньги, социальные связи, власть и т. д.;
- секс с человеком, с которым только что познакомилась на вечеринке, в баре или по интернету (форма анонимного секса);
- компульсивная мастурбация;
- причинение боли во время секса и усиление желания при болевых ощущениях.

R. Earle и G. Crow (Р. Эрл и Г. Кроу) [12] в целом описывают это поведение так. Все их пациенты, у которых имеет место сексуальная аддикция, получают от секса то же самое, что наркоманы от наркотиков, а алкоголики от спиртного:

- необычайно приятные ощущения, несравнимые ни с чем другим в их жизни;
- возможность подавить такие чувства, как печаль, гнев, тревога или страх;
- возможность избавиться от гнета повседневной жизни.

Потребность уйти от действительности и многократно испытать подъем духа так велика, что сексуальные маньяки, так же как алкоголики и люди, страдающие другими аддикциями, практически не в состоянии противостоять им. Они хотят расстаться с этим пристрастием, обещают прекратить вести себя так и предпринимают соответствующие попытки, но избавиться от этой тяги они не могут.

В ходе 31-го углубленного интервью сексуальных аддиктов женского пола выявили, что у них были распространены чувство угрозы личной идентичности, неудовлетворенность гендерной идентичностью, диссоциация с континуумом идентичности и реконструкция идентичности в ответ на угрозу. Похоже, что мучительные эмоциональные переживания создают у этих женщин чувство гендерного и сексуального конфликта или слабости и таким образом угрожают их личной идентичности, что приводит к развитию у них сексуальной аддикции [21].

Последствия сексуальной зависимости могут быть серьезными [25]:

- около 38 % мужчин и 45 % женщин с сексуальной зависимостью в результате своего поведения имеют венерическое заболевание;
- почти 70 % женщин с сексуальной зависимостью сообщили, что из-за нее они имели по крайней мере одну нежелательную беременность;
- ухудшение во взаимоотношениях, снижение участия в семейной и социальной жизни;
- отмечается снижение концентрации и производительности на работе;
- имеет место сексуальная дисфункция;
- выявляются заболевания, передающиеся половым путем;
- имеет место чувство стыда, неадекватности и эмоциональный стресс, что может привести к тревожности, депрессии, злоупотреблению алкоголем и наркотиками, проблемам, связанным с контролем

над импульсами и нарушением регуляции эмоций, симптомам обсессивно-компульсивного типа.

В литературе также приводятся следующие проявления и негативные последствия порнозависимости, которая является одной из форм гиперсексуальности [10; 15; 23]:

- неспособность прекратить просмотр порно;
- озабоченность просмотром порно;
- непреодолимые позывы и побуждения для просмотра порно;
- негативные мысли и чувства, связанные с употреблением порно, в том числе чувство вины и стыда.

Последствия от порнозависимости включают:

- нарушенные отношения;
- ухудшение или потерю производительности на работе или в школе;
- потерю работы;
- финансовые проблемы.

Отмечается, что одна из ключевых особенностей порноаддикции состоит в повторяющемся просмотре порно, несмотря на негативные последствия [15].

Существуют рекомендации для жен, какие признаки могут свидетельствовать о том, что у их мужа имеет место зависимость от порно [16]:

- непропорционально большой просмотр порнографии, превышающий такой, который может считаться здоровым;
- негативное влияние на обычное повседневное поведение или обязанности;
- удается уличить мужа в регулярной мастурбации;
- когда супруг перестает смотреть порно, у него развивается эмоциональный дистресс.

Использование порнографии значительно влияет на отношения между супругами [16]:

- мужу все труднее возбудиться при нормальном сексуальном контакте;

- у супруга могут развиваться сексуальные дисфункции (нарушение эрекции, продолжительности полового акта и другие расстройства);
- у мужа могут возникнуть изменения в сексуальном поведении, например, он может быть эмоционально отключен либо становится более доминирующим или агрессивным;
- супруг продолжает использовать порнографию, несмотря на серьезные последствия (например, утрату отношений или работы, тяжелую сексуальную дисфункцию).

Использование порнографии может привести к [16]:

- неверности;
- недостатку доверия в паре;
- разводу;
- уверенности в том, что распущенность является нормой;
- эмоциональному дистанцированию от жены и детей;
- отсутствию сексуального влечения к жене;
- потере интереса к семье;
- жажде живописного порно;
- цинизме в любви и привязанности.

Порноаддикция у мужа может привести к выраженным негативным последствиям у его жены. При опросе жен сексуальных аддиктов 70 % женщин соответствовали критериям посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) – состояния, которое характеризуется чувством беспомощности, агрессивными мыслями и воспоминаниями, а также избеганием триггеров, связанных с травмой, которой в этом случае является порнозависимость мужа [16].

Katherine L. Derbyshire и Jon E. Grant [11] в своем обзоре сообщают, что у лиц с компульсивным сексуальным поведением могут иметь место следующие неблагоприятные последствия:

- нежелательная беременность;

- инфекции, передающиеся половым путем, включая ВИЧ/СПИД;
- физические травмы, вызванные повторяющимися сексуальными действиями (например, вагинальная или анальная травма);
- более высокий риск попыток самоубийства, чем у населения в целом (19 % против 4,6 %) [7; 19].

Отмечается, что мальчики-подростки 12-17 лет имеют самый высокий риск развития порноаддикции. Если это продолжается и в молодом возрасте, то может привести к серьезным проблемам психического здоровья. Следствием порнозависимости у подростков может стать [16]:

- искаженный взгляд на мир;
- снижение способности строить здоровые отношения;
- рост насилия и агрессии по отношению к женщинам;
- десенсибилизация по отношению к сексуальному насилию;
- учащение рискованного поведения.

У подростков, пристрастившихся к порнографии, может отмечаться [16]:

- депрессия;
- социальная тревожность;
- эректильная дисфункция;
- негативная самооценка;
- проблемы с концентрацией;
- недостаток мотивации.

Исследования свидетельствуют, что подростки, подвергающиеся воздействию порнографии, более вероятно, будут промискуитетными и, более вероятно, будут употреблять алкоголь или другие вещества во время сексуальных контактов, что увеличивает риск развития зависимости от психоактивных веществ [16].

Результаты специального исследования свидетельствуют о распространенности использования интернет-порно подростками и, в частности, частоте развития у них в связи с этим порноаддикции. D. Pizzol и соавт. [22] провели ис-

следование среди 1565 итальянских учеников, посещающих последний год старшей школы (high school). 1492 согласились заполнить анонимный опросник. Вопросы, которые им задавали, были следующими:

1. Как часто вы заходите в Интернет?
2. Сколько времени вы остаетесь на связи?
3. Есть ли подключение к порнографическим сайтам?
4. Как часто вы заходите на порнографические сайты?
5. Сколько времени вы на них тратите?
6. Как часто вы мастурбируете?
7. Как вы оцениваете посещаемость этих сайтов?

Статистический анализ проводили по критерию Фишера. Оказалось, что все молодые люди практически ежедневно имеют доступ к Интернету. Среди опрошенных интернет-пользователей 1163 (77,9 %) признают использование порнографических материалов, а из них 93 (8 %) – ежедневный доступ к порнографическим сайтам. 686 (59 %) мальчиков, обращающихся к этим сайтам, воспринимают использование порнографии как всегда стимулирующее, 255 (21,9 %) определяют его как привычное, 116 (10 %) сообщают, что порно снижает сексуальный интерес к потенциальным реальным партнерам, а остальные 106 (9,1 %) – о некоторой зависимости. Кроме того, 19 % от общего числа потребителей порнографии сообщают о ненормальной сексуальной реакции, в то время как ее частота вырастает до 25,1 % среди тех, кто прибегает к ней регулярно. Авторы пришли к заключению, что необходимо обучать пользователей сети, особенно молодых, безопасному и ответственному использованию Интернета и его контента. Кроме того, необходимо увеличить количество и периодичность проведения общественных просветительских кампаний, чтобы помочь подросткам и их родителям улучшить знания о сексуальных проблемах, связанных с Интернетом.

Существует значительная корреляция между сексуальной зависимостью и расстройствами, связанными с употреблением наркотиков. Согласно некоторым исследованиям, около (40–64) % сексуальных аддиктов страдают от

злоупотребления психоактивными веществами. Наиболее распространенным является злоупотребление алкоголем (30–40) %, затем следует злоупотребление марихуаной (18–21,7) %. В то время как некоторые сексуальные аддикты используют эти средства, чтобы справиться с чувством вины, вызванным их сексуальным поведением, другие применяют их для усиления сексуальных переживаний [25].

По-видимому, существует высокая корреляция между сексуальной зависимостью и психиатрическими проблемами, особенно с расстройствами настроения, тревожными расстройствами и расстройствами личности. Согласно некоторым исследованиям, около 40 % людей, борющихся с сексуальной зависимостью, в анамнезе также имеют депрессию [25].

P. Carnes [8] описывает наиболее распространенные представления сексуальных аддиктов-мужчин о самих себе: 1) я по своей сути плохой никчемный человек; 2) никто не будет меня любить так, как я сам; 3) мои потребности никогда не будут удовлетворены, если мне придется полагаться на других; 4) сексуальное удовлетворение – моя самая главная потребность.

У женщин-сексуальных аддиктов выявляли сходные убеждения [18]:

- 1) я бессильна;
- 2) я всегда буду одна или буду чувствовать себя одинокой;
- 3) меня всегда будут бросать;
- 4) мое тело бесстыдно (порочно), отвратительно.

В свою очередь эти глубинные убеждения ведут к поведенческим установкам, которые определяют поведение сексуальных аддиктов. Например, убеждение, что «Никто не будет любить меня так, как я сам», ведет к ошибочной концепции, приравнивающей секс к любви: «Меня можно полюбить, если испытывать ко мне половое влечение» или «Если кто-то занимается со мной сексом, это доказывает, что меня можно полюбить». А глубинное убеждение женщины в том, что она всегда окажется брошенной, порождает

ет установку: «Меня не бросят, если я научусь обольщать» [5, с. 427].

Shane W. Kraus и соавт. [20] сообщают, что сексуальная импульсивность связана с многими психическими расстройствами у представителей обоих полов, особенно у женщин. Среди женщин (по сравнению с мужчинами) сексуальная импульсивность была сильнее связана с социофобией, расстройством, обусловленным употреблением алкоголя, и расстройствами личности (параноидным, шизотипическим, антисоциальным, пограничным, нарциссическим, избегающим и обсессивно-компульсивным) [14].

Данные, приведенные в этой главе, ранее были изложены нами в специализированном журнале [4].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Васильченко Г. С. Половая конституция // Общая сексопатология : руководство для врачей / под ред. Г. С. Васильченко. – М. : Медицина, 1977. – С. 216–233.
2. Васильченко Г. С. Различные клинические типы мастурбации, их патогенетическая характеристика, идентификационные критерии и семиологическое значение // Общая сексопатология : руководство для врачей / под ред. Г. С. Васильченко. – М. : Медицина, 1977. – С. 281–295.
3. Егоров А. Ю. Нехимические (поведенческие) аддикции. Суздаль. 20.04.2015. – URL: <https://zapdoc.site/nehimicheskie-povedencheskie-addikcii-ayu-egorov.html> (дата обращения: 15.06.2019).
4. Кочарян Г. С. Гиперсексуальность: общие клинические проявления и негативные последствия // Здоровье мужчины. – 2019. – №2 (69). – С. 69–73. DOI: <https://doi.org/10.30841/2307-5090.2.2019.179979>
5. Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р. (Masters W., Johnson V., Kolodny R.) Основы сексологии / пер. с англ. – М. : Мир, 1998. – 692 с.
6. Никитина А. В., Федорова Н. В. Импульсивно-компульсивный синдром при болезни Паркинсона // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Спецвы-

- пуски (Выпуск 2. Неврология и психиатрия пожилого возраста). – 2013. – 113 (7). – P 32–38.
7. Black D. W., Kehrberg L. L., Flumerfelt D. L., Schlosser S. S. Characteristics of 36 subjects reporting compulsive sexual behavior // *The American Journal of Psychiatry*. – 1997. – 154 (2). – P. 243–249.
 8. Carnes P. *Out of the shadows: understanding sexual addiction*. – Minneapolis: CompCare, 1983.
 9. Chughtai B., Sciallo D., Khan S. A., Rehman H., Mohan E., Rehman J. Etiology, diagnosis & management of Hypersexuality: a review // *The Internet Journal of Urology*. – 2010. – 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).
 10. Crosby J. *Acceptance and Commitment Therapy for the Treatment of Compulsive Pornography Use: A Randomized Clinical Trial*. – Logan, Utah: Utah State University, 2011. – 153 p.
 11. Derbyshire Katherine L., Grant Jon E. Compulsive Sexual Behavior: A Review of the Literature // *J Behav Addict*. – 2015. – 4 (2). – P. 37–43.
 12. Earle R., Crow G. *Lonely all the time*. – New York: Po Books, 1989.
 13. Engel J., Veit M., Sinke C., Heitland I., Kneer J., Hillemacher T., Hartmann U., Kruger T. H. C. Same Same but Different: A Clinical Characterization of Men with Hypersexual Disorder in the Sex@Brain Study // *J Clin Med*. – 2019. – 30. – 8 (2). – pii: E157. DOI: 10.3390/jcm8020157
 14. Erez G., Pilver C. E., Potenza M. N. Gender-related differences in the associations between sexual impulsivity and psychiatric disorders // *Journal of psychiatric research*. – 2014. – 55. – P. 117–125.
 15. Fong T. Understanding and Managing Compulsive Sexual Behaviors // *Psychiatry*. – 2006. – 3 (11). – P. 51–58.

16. Is My Husband Addicted to Porn? – URL: <https://www.psychguides.com/guides/is-my-husband-addicted-to-porn/> (the date of the reference: 10.03.2019).
17. Karila L., Wéry A., Weinstein A., Cottencin O., Petit A., Reynaud M., Billieux J. Sexual addiction or hypersexual disorder: different terms for the same problem? A review of the literature // *Curr. Pharm. Des.* – 2014. – 20 (25). – P. 4012–4020. DOI: 10.2174/13816128113199990619.
18. Kasl C. D. *Women, Sex, and Addiction.* – New York: Ticknor & Fields, 1989.
19. Kessler R. C., Borges G., Walters E. E. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey // *JAMA Psychiatry.* – 1999. – 56 (7). – P. 617–626.
20. Kraus Shane W., Voon Valerie, Potenza Marc N. Should compulsive sexual behavior be considered an addiction? // *Addiction.* – 2016. – 111 (12). – P. 2097–2106.
21. Moshtagh M., Mirlashari J., Rafiey H., Azin A., Farnam R. Human identity versus gender identity: The perception of sexual addiction among Iranian women // *Health Care Women Int.* – 2017. – 38 (7). – P. 732–752. DOI: 10.1080/07399332.2017.1322594.
22. Pizzol D., Bertoldo A., Foresta C. Adolescents and web porn: a new era of sexuality // *Int J Adolesc Med Health.* – 2016. – 28 (2). – P. 169–173. DOI: 10.1515/ijamh-2015-0003.
23. Porn addiction hotline. – URL: <https://www.psychguides.com/guides/porn-addiction-hotline/> (the date of the reference: 11.03.2019).
24. Schwartz M. F., Brasted W. S. Sexual Addiction: Self-hatred, guilt, and passive rage contribute to this deviant behavior // *Medical Aspects of Human Sexuality.* – 1985. – 19 (10). – P. 103–107.
25. Sex Addiction Symptoms, Causes and Effects. – URL: <https://www.psychguides.com/guides/sex-addiction-symptoms-causes-and-effects/> (the date of the reference: 03.03.2019).
26. Voon V. Repetition, repetition, and repetition: Compulsive and punning behaviors in Parkinson's disease // *Mov Disord.* – 2004. – 19 (4). – P. 367–370.

ГЛАВА 3

СОЦИАЛЬНЫЕ, ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ, БИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ, РАССТРОЙСТВА, МЕДИКАМЕНТОЗНЫЕ ПРЕПАРАТЫ И ХИРУРГИЧЕСКИЕ ВОЗДЕЙСТВИЯ, ОБУСЛОВЛИВАЮЩИЕ ГИПЕРСЕКСУАЛЬНОСТЬ

В данной главе будут приведены различные причины, которые могут привести к развитию гиперсексуальности, вне зависимости от концептуализации этого состояния, что проявится в различных его названиях.

Социальные, психологические и биологические факторы

Сексуальная аддикция как порнозависимость может развиваться под влиянием факторов, которые охватывают все аспекты жизни человека [100].

1. Социальные факторы:

- Отказ в отношениях может привести к другим, менее здоровым способам найти сексуальное удовлетворение.
- Социальная изоляция. Социальная изоляция не только увеличивает вероятность поиска неуместных способов сексуального удовлетворения, но также обуславливает множество других проблем, таких как депрессия и физические недуги, которые могут привести к сексуальной зависимости или нездоровому сексуальному поведению.
- Социальное научение. Наблюдение за поведением других людей или «моделирование» – это один из способов узнать что-то новое, особенно когда вам нравится какой-то человек или вы отождествляете себя с ним. Так, на человека может повлиять друг или группа друзей, которые участвуют в чрезмерной сексуальной активности или просмотре порно.

2. Психологические факторы:

Факторы окружающей среды, в том числе неблагоприятные явления, воздействующие на ранних этапах жизни

(сексуальное домогательство, сексуальное насилие, воздействие других неблагоприятных факторов сексуального характера) могут способствовать возникновению гиперсексуального поведения.

3. Психопатологические факторы

Беспокойство, депрессия, расстройства личности, плохой контроль над импульсами могут быть одновременно проблемами, с которыми следует бороться, наряду с сексуальной зависимостью. Те, у кого диагностировано биполярное расстройство, или те, которые имеют тенденцию к развитию маниакальных состояний, гораздо чаще склонны к чрезмерному или рискованному сексуальному поведению.

4. Гены. Может иметь место генетическая предрасположенность к эмоциональной дисрегуляции, импульсивности или поведению в поисках ощущений. Также может быть предрасположенность к другим чертам, которые обычно связаны с сексуальной зависимостью, например, к тревоге и депрессии.

5. Гормоны. Более высокие уровни половых гормонов, таких как тестостерон или эстрогены, могут влиять на либидо, что повышает шансы излишних сексуальных действий.

Shane W. Kraus и соавт. [70] сообщают, что генетические данные, касающиеся компульсивного сексуального поведения (КСП), немногочисленны. Не было проведено ни одного общегеномного исследования КСП. Обследование 88 супружеских пар с КСП выявило высокую частоту родственников первой степени с расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ (40 %), расстройствами пищевого поведения (30 %) или гемблингом (игроманией) (7 %) [97].

S. Adelson и соавт. [29] отмечают, что различные паттерны гиперсексуальности были описаны у молодежи, включая сексуальность, которая является эксцессивной, преждевременно развившейся, компульсивной, агрессивной или иным образом социально несоответствующей (неуместной). Такое гиперсексуальное поведение у детей и подростков связано с целым рядом факторов. Социальные

факторы включают сексуальное насилие, физическое насилие, стресс и нарушение семейных отношений. Психиатрические факторы включают в себя эмоциональные и поведенческие проблемы, посттравматическое стрессовое расстройство и диссоциативные симптомы, а также биполярное расстройство.

В обзорной статье, посвященной компульсивному сексуальному поведению (КСП), Katherine L. Derbyshire и Jon E. Grant [43] сообщают об исследованиях, которые показывают, что большинство людей с КСП происходят из неблагополучных семей (86,8 % и 77 % были, соответственно, из разобщенных и строгих семей) (Augustine Fellowship, 1986). Согласно одной теории, в детстве потребности сексуальных аддиктов не удовлетворялись из-за жесткого или недостаточного родительского контроля. Другие исследования свидетельствуют, что у людей с КСП в детстве были случаи физического (22 %) или сексуального (31 %) насилия (Black и соавт., 1997), что выше по сравнению с показателями жестокого обращения с детьми в целом (18,3 %) и особенно по сравнению с сексуальным их насилием в детстве (9,3 %) (US Department of Health and Human Services, 2013). Авторы обзора высказывают мнение, что, так как причинно-следственная связь между КСП у взрослых людей и опытом детства не установлена, осмысление КСП может потребовать дальнейшего изучения семейных отношений и фона развития человека.

J. Engel и соавт. [48], сравнив 50 мужчин с гиперсексуальным расстройством (ГСР) с 40 здоровыми мужчинами контрольной группы, получили следующие результаты. Мужчины с ГСР сообщили о повышенных показателях сексуальной активности, парафилий, употребления изображений насилия над детьми и сексуально-принудительного поведения по сравнению с лицами контрольной группы. Более того, частота аффективных расстройств, трудностей с привязанностью, импульсивности и дисфункциональных стратегий регуляции эмоций была выше у мужчин с ГСР. Авторы пришли к выводу, что, похоже, мужчины с ГСР испытали различные формы неблагоприятного детского опыта, но не было ника-

ких других различий в социально-демографических, нейро-развивающих и семейных факторах.

Существует предположение, что несколько медиаторов, действующих в унисон, но с динамическим балансом, влияют как модуляторы состояний настроения. В частности, серотонин, допамин и артеренол (norepinephrine), кажется, изменяют настроение, познавательные способности и воздействуют на чувство удовольствия или неудовольствия, ведущего к сексуально расторможенному поведению [41].

M. Gola, M. Draps [54] сообщают, что причиной обращения за лечением может быть компульсивное сексуальное поведение (КСП). Шестьдесят процентов исследований нейровизуализации КСП, опубликованных с 2014 года, были направлены на изучение сходства и различий между механизмами мозга, лежащими в основе КСП, азартными играми и употреблением психоактивных веществ. Одной из важнейших мозговых цепей, участвующих в существовании зависимости, является система вознаграждения, включающая вентральный стриатум (в том числе его прилежащее ядро). Существуют две различные теории, описывающие вентральную стриатную активность при зависимости: теория стимулирующего отличия (Incentive Saliency Theory; IST) и теория, связанная с синдромом дефицита вознаграждения (Reward Deficiency Syndrome; RDS). IST описывает повышенную активацию вентрального стриатума во время ожидания вознаграждения, связанного с зависимостью, в то время как RDS описывает снижение реактивности вентрального стриатума как во время ожидания вознаграждения, так и во время обработки последнего. Авторы стремились исследовать, как данные по реактивности вентрального стриатума при КСП поддерживают каждую из этих двух конструкций зависимости. С этой целью был проведен анализ исследований нейровизуализации КСП за период между 2005 и 2018 годами, доступных в Pubmed, EBSCO и Google Scholar. Было найдено девять соответствующих исследовательских работ. Только четыре из них непосредственно изучали обработку эротических сигналов и/или вознаграждений и сообщили о результатах, связанных с активацией вен-

трального полосатого тела. Три из них указывают на повышенную реактивность вентрального стриата на эротические раздражители, что согласуется с IST и не поддерживает прогнозы, основанные на RDS. Таким образом, эти данные позволяют предположить, что КСП связано с повышенной реактивностью вентрального стриатума (ventral striatal reactivity) во время ожидания эротических стимулов.

Расстройства, обуславливающие гиперсексуальность

Гиперсексуальность как расстройство, в частности, может быть обусловлена выраженной **психотравматизацией**. Так, к нам за лечебной помощью в связи с внезапно возникшей патологией, о которой идет речь, обратилась молодая женщина. Это состояние развилось у нее после сильной ссоры с мужем, из-за которой она ушла из дома.

А. М. Свядоц [21, 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, хлопнув 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 неотягощена. Росла, развивалась нормально. Получила очень строгое воспитание в семье. Менструации 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 нейрорептиками 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 механиз-

мов, в связи с чем сильный эмоциональный и физический стресс вызвали их декомпенсацию и возникновение гиперсексуальности гипоталамического генеза».

Сексуальная расторможенность как проявление поведенческой сексуальной гиперактивности может быть следствием **ускоренного психосексуального развития**, обусловленного сексуально растлевающим поведением. Приведем следующий пример.

За консультацией по направлению консультативной поликлиники Института охраны материнства и детства (г. Харьков) к нам обратилась гражданка Н., 56 лет, жительница села, в связи с состоянием здоровья своего 13-летнего приемного сына (ПС), с которым она пришла на прием.

Информация, полученная от приемной матери (ПМ). У нее высшее экономическое образование. Они живут вдвоем с ПС в трехкомнатной квартире. В настоящее время она не работает. Ребенок – инвалид детства. У нее двое собственных детей (37-летний сын и 28-летняя дочь) и 8 внуков, из которых 3 приемных. Усыновила мальчика, когда ему было 9 лет.

Его родная мать (РМ), которую лишили материнства, злоупотребляла алкогольными напитками, закрывала его в комнате общежития на 2–3 дня. Соседка часто срывала замок и забирала мальчика к себе, чтобы его покормить. РМ проводила половые акты с мужчинами, в то время как сын находился с ней в одной постели. После того как половой акт заканчивался, предлагала ему чай, но он стеснялся того, что происходило, и притворялся спящим. Помимо этого, примерно с 6–7-летнего возраста она сосала его член (возраст был уточнен при опросе ПС).

Вскоре после усыновления мальчик взобрался на лежащую ПМ и начал своими губами прижиматься к ее губам («лег как мужик на бабу»). Она отреагировала на это следующим образом. Сказала: «Ты что, ты же мамку раздавишь». Тогда она разрешила ему лечь с ней в постель, но это был первый и последний раз. Часто на выходные дни в гости к ней приходят все 8 внуков и ночуют. В один из таких приходов возник вопрос о том, кто и где будет спать. Реши-

ли, что приемный внук (ПВ) 7-ми лет будет спать вместе с ПС, которому в тот период было 12 лет. Как выяснилось впоследствии, ПС попытался ввести эрегированный член в задний проход ПВ, но последнему удалось вывернуться. Потом об этом узнали в семье и отругали за это ПС. Более того, ПМ ножницами слегка «прищемила» крайнюю плоть ПС, так что выступила кровь, и сказала ему, что «я тебе вообще писюна отрежу, если ты полезешь к детям».

Однако эта угроза не возымела должного действия на ПС, и в том же двенадцатилетнем возрасте он попытался ввести половой член родной внучке ПМ, которая рассказала бабушке, что он ей «до писи лез». Тогда на ее трусах и половых органах обнаружили значительное количество крови. Подумали, что он лишил ее девственности, «были в шоке». ПМ позвонила дочке, извинялась перед ней, что не уберегла внучку. В ту ночь не спали, обращались в социальную службу, в милицию. Внучка была осмотрена гинекологом, который сказал, что она – девственница. На следующий день по настоянию бабушки была проведена судебно-медицинская экспертиза, которая официально подтвердила это, выдав соответствующий документ. В результате выяснилось, что на трусах и половых органах внучки была не ее кровь, а кровь ПС, у которого при попытке ввести половой член во влагалище порвалась уздечка полового члена. ПМ утверждает, что ПС в плане секса остановило именно это.

Также она сообщила, что ПС постоянно подглядывал за ней, когда она была раздета или полураздета. То же он делал и по отношению к ее внучке, после чего она отказалась к ним приходить. Теперь ПМ, чтобы не «быть под прицелом» ПС, купается только тогда, когда он уходит в школу. Говорит, что у него не по возрасту «толстый и длинный» член. Из-за его поведения в их большой семье конфликтная ситуация. ПМ рассказала, что когда ее ПС однажды находился в санатории в Трускавце, то очень фривольно вел себя на дискотеке: хватал девочек за «одно место». Это он пытался сделать и по отношению к своей ПМ, также пытался целовать ей ноги. В одном учреждении оздоровительного характера щупал грудь девочки.

Несмотря на то, что ПМ успела его полюбить за эти 3 года, в течение которых ПС живет с ней, рационализм начал побеждать. Она хочет, чтобы его у нее забрали, боится подвергать своих внуков опасности. Говорит, что с его приходом в семью, ее жизнь постепенно превратилась в кошмар. Отказаться от него с хорошим для нее исходом она может только в том случае, если ему поставят соответствующий диагноз. Если же это не произойдет, то «значит, на себе крест поставить; т. е. это я буду виновата в том, что у меня забрали ребенка». ПС в связи с совершенными им поступками никакой вины за собой не чувствует.

После инцидента с ее внучкой ПС был госпитализирован в реабилитационный центр, где ему, в частности, был назначен прием сонапакса, что, как выяснилось в беседе с ним, ослабило его сексуальные проявления.

Он был усыновлен уже после операции по поводу порока сердца. Был болезненным ребенком. По 3 раза в месяц его забирали в больницу («то задыхается, то сердце схватит»). В 7 месяцев у пациента была травма головы. Со слов РМ, тогда он упал с кровати и «разбил черепную коробку», которая «треснула». Его же ПМ считает, что РМ уронила его, когда была пьяная. Когда ему был 1 год, лечился в связи с этим в больнице, где ему сделали МРТ. ПМ много раз отвозила его на лечение в санаторий. В настоящее время ПС ничем не болеет, физически сильный («колесо крутит на турнике»).

В нем сочетаются, говорит ПМ, 2 человека. С одной стороны, он внимательный, услужливый по отношению к ней: «может сварить суп, поухаживать за мамой». Не агрессивный, добряк. Однако он ворует у нее деньги (поймала его, когда воровал 50, 100 и 200 гривен). В школе ябедничает, дети его не любят, «гоняют», старшие дети бьют. Украденные деньги использует, чтобы реабилитироваться перед детьми и заработать авторитет (покупает шоколадки и т. п.). У него нет друзей, дети его отвергают. Когда приходит домой после школы и ПМ его спрашивает, что там было, то он начинает ябедничать на других детей, а ПМ говорит ему: «Ты лучше расскажи о себе». Его родная мать на 4 года младше приемной матери.

ПС учится в 6-м классе. Успеваемость плохая.

Информация, полученная в беседе с ПС, и данные его осмотра.

Ничего не беспокоит, здоровье хорошее. Девочки нравятся, но не все (только с темными волосами и чтобы характер подходил). Девочки начали нравиться с 5-го класса (с 11 лет). До этого они не нравились, он с ними не общался и боялся их. Боялся, чтобы они не сказали: «отойди от меня, отстань». Подтверждает, что его родная мать спала с мужчинами в его присутствии, а также периодически с 6–7 класса брала его член в рот. Во влагалище себе его член вводить не пыталась. Больше любит общаться с мальчиками, но не в сексуальном плане. Иногда возникает желание прижать девочку, «взять ее за попку». По отношению к мальчикам таких желаний не испытывает. С 11 лет периодически занимается мастурбацией, но утверждает, что эякуляция при этом никогда не наступала. После ночного сна никогда на своих трусах не отмечал следы от возможных ночных поллюций. Признался, что пытался ввести член в задний проход приемного внука ПМ (было желание), а также в том, что пытался его ввести во влагалище родной внучке ПМ. С 6-го класса его успеваемость несколько улучшилась по сравнению с предыдущими классами: лучше стал решать задачи и примеры, хотя бывает трудно, но ему помогают. До этого математику не любил и не понимал.

Низкорослый (точных данных не знает), масса тела – 36 кг. Оволосение на лобке, руках и ногах отсутствует. Все левое предплечье в шрамах (обварился кипятком). На передней поверхности грудной клетки большой вертикальный шрам (после операции по поводу порока сердца). Член хорошо развит, головка свободно оголяется. Яички нормальных размеров. Оволосение на лобке практически отсутствует. Только у самого корня члена есть очень небольшое количество волос.

Диагноз направившего учреждения: F 06.5 (органическое диссоциативное расстройство) и F 90.0 (нарушение активности и внимания).

Данные предоставленных дополнительных методов исследования, а также осмотра эндокринолога. На ЭЭГ снижение порога судорожной активности. Тест Люшера: средний уровень стресса, возбудимость. IQ: 86 (уровень интеллекта незначительно снижен по отношению к среднему). Тест Шмишека: эмотивный тип акцентуации характера. Эндокринолог: конституциональная задержка темпов роста.

Нами был поставлен следующий диагноз: сексуальная расторможенность, связанная с ускоренным психосексуальным развитием, обусловленным сексуально-растлевающим поведением со стороны родной матери ребенка. Гипотетически можно предполагать наличие predisposing влияния последствий черепно-мозговой травмы.

Приведем еще один пример, демонстрирующий как влияние средовых факторов привело к ускорению психосексуального развития, что проявилось гиперактивацией сексуальных проявлений. М. Кинесса [9, с. 98–99] сообщает:

«Интересен факт, описанный итальянским патосексологом. 11-летняя девочка, притворяясь спящей, неоднократно путем подглядывания в щелочку видела ласки родителей, в том числе и взаимное целование органов. Когда мать умерла, девочке было 14 лет. Боясь темноты, она попросилась спать к отцу. Ночью, когда отец крепко спал, стала целовать ему орган. Причем делала это довольно умело, поскольку заранее тренировалась на пальцах. Проснувшись, удивленный до крайности отец, боясь гневом и криком травмировать психику ребенка, вынужден был принять эти ласки. Объяснения с дочерью были для него непосильны. И действительно, как ей можно объяснить, что это нехорошо, если (отец об этом сразу догадался) она не раз видела, как родители приводили друг друга в восхищение именно этим.

Происшедшее между дочерью и отцом в какой-то степени спасло его от повторного брака, так как он уже намеревался привести в дом женщину. Дочь и раньше высказывалась против мачехи, а теперь необходимость в ней вообще

отпала, поскольку дочь оказалась не только ласковой, но и заботливой: постирать, погладить, приготовить она умела.

Когда дочке исполнилось 18 лет, отец посоветовал ей выйти замуж. Однако она категорически отказалась, сказав, что чрезвычайно привыкла к нему и не перенесет разлуки с ним. Вскоре (это было на ее день рождения) она попросила отца хоть разочек сделать язычком вот здесь (она показала на клитор), так как ты всегда делал маме.

40-летний отец «сделал язычком» и попался. Дочке понравилось ее первое чувство, она даже испытала оргазм. Как-то она недвусмысленно сказала отцу, что хотела бы во всем заменить ему свою мать, и якобы она во сне видела маму, которая тоже просила дочь об этом. После того, как член его был достаточно нацелован, отцу пришлось надевать на него 2 презерватива для прочности, чтобы, совершая половой акт с дочерью, не допустить кровосмешения.

Их совместная половая жизнь прослежена до того времени, когда ей исполнилось 28 лет, а отцу 51 год. В этом возрасте в связи с увяданием половых функций своего отца и непреодолимой потребностью в целовании мужского органа, она вынуждена была выйти замуж за родственника, талантливого инженера. От мужа, которого она покорила своей нежностью и умением вести хозяйство, она родила 3 сыновей и дочь. Муж ею был доволен и благодарил судьбу за такого нежного друга жизни».

А. М. Свядощ [21, с. 72.] также отмечает, что усиление полового влечения в детском возрасте иногда может возникнуть под влиянием психических воздействий: «К нам на консультацию мать привела очаровательную 7-летнюю девочку с большими бантиками в косичках, мягкую, контактную, умную. С 6 лет у девочки стало появляться сильное половое влечение к мальчикам. Она первая вступает с ними в контакт, отводит их в сторону, проявляет интерес к их половым органам, забирается в постель к братику 12 лет и пытается совершить с ним сексуальные действия. Мастурбация отрицается. Признаков органического поражения мозга и эндокринных нарушений не обнаружено. Сильное половое влечение пробудилось после того, как мальчик, на

3 года ее старше, своим половым органом наружно раздражал ее гениталии и просвещал ее в половом отношении. Психотерапия в сочетании с небольшими дозами тиоридазина дала положительный эффект – поведение стало упорядоченным».

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 [62].

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 [45] и в МКБ-10. В последней оно считается подвидом эмоционально неустойчивого расстройства личности) [13; 17].

Гиперсексуальность может стать следствием **субманиакальных и маниакальных состояний**. Н. Ш. Татлаев [26] 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 [25], 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, разукрашивать ее чем-нибудь, склонностью к разговорам на матримонимальные 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 [15, 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 [25], 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 [15, 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 3. 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 [106].

А. М. Свядощ [21] 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 [8] 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 [24] 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 ав-

тора 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 катанега 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 генуинной **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 ослабле-

ние, 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 [75].

Сообщается, что гиперсексуальность имеет место у больных височной эпилепсией [41]. 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» [20].

Гиперсексуальные проявления могут иметь место у больных, страдающих **деменцией**. Bilal Chughtai и соавт. [41] 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 [93]. 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 [93; 104].

Hugh Series, Pilar Dégano [99] 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 неприемле-

мой, 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 [62], что гиперсексуальность может быть вызвана деменцией по нескольким причинам, включая растормаживание вследствие органических заболеваний, неправильное восприятие социальных сигналов, недостаточную стимуляцию, сохранение выученного сексуального по-

ведения 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 [62].

По мере прогрессирования этой патологии, повышенная гиперсексуальность «теоретизируется», чтобы иногда компенсировать снижение самооценки и когнитивной функции [109]. Ряд исследований свидетельствуют, что гиперсексуальность, обусловленная деменцией, может быть связана с сопровождающими ее биохимическими или физиологическими изменениями [62].

Сексуальная расторможенность имеет место и **у больных с умственной отсталостью** (олигофрениями). А. Нохуров [16] 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 удастся, хотя получить такое обещание можно без труда» [16, с. 175–176].

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 [16].

А. Нохуров [16, 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 [77], которая может возникнуть и после односторонней височной лоботомии [83].

Интерес представляют данные, которые приводит К. Имелинский [7]. 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. Вторым сексуальным центром (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 дву-

стороннем 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. Свядощ [21] 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) [12].

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 озабоченность в контексте маниакального синдрома [77]. Повреждение височной доли вызывает межприпадочную гиперсексуальность (*interictal hyposexuality*), 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. [57] 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 [28]. 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 [116].

А. М. Свядош [21, 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» [21, с. 70].

Т. N. Monga и соавт. [80] 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 [102] 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 паралическому 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. [95] 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) преобладают 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 [86]. 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 иссле-

дования не выявляют существенных изменений. Эпизодическая гиперсексуальность может быть текущим временным преходящим проявлением РС [55].

С. С. Yang и соавт. [115] 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. Huws и соавт. [60] 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. [87] 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 [112].

А. Jhanjee и соавт. [63] 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 [72].

Этот синдром характеризуется эмоциональной безучастностью, пассивностью в сочетании с гиперсексуальностью, навязчивым стремлением прикоснуться к любому по-

павшемуся предмету или поместить его в рот, прожорливостью, а также нарушением способности распознавать окружающие предметы [23].

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*) [41].

David Myland Kaufman, Mark Milstein [65] 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. [64] сообщают, что в рамках классической лабораторной модели синдрома Клувера-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. [72] 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 [30; 58]. Это чрезвычайно редкое расстройство. К 2014 г. в литературе было описано немногим больше 200 его случаев [76]. 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 [6, с. 280].

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 эпизода-

ми пациенты выглядят вполне здоровыми и не предъявляют никаких жалоб. В эти периоды их внимание не нарушено, когнитивные способности и психический статус в норме [22]. После 40 лет достаточно часто встречается спонтанная ремиссия [6, с. 280].

Н. Н. Торопина, Г. Г. Яхно [27] 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 [31]. 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 [31].

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 [22].

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, сноподобное состояние, деперсонализация. У некоторых пациентов имеют место зрительные и звуковые галлюцинации, параноидный и паранойяльный бред. Большинство па-

циентов 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 [22].

Г. Г. Торопина, Н. Н. Яхно [27] 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 [31]. 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 [67; 88; 94; 96]».

S. Hussain и соавт. [59] 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. Свядош [21, 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. [5, 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 [31].

Ионизирующая радиация

В связи с обсуждением проблемы гиперсексуальности, интерес представляют результаты изучения воздействия ионизирующей радиации. Имевшие место аварии на атомных электростанциях (АЭС), в том числе и на Чернобыльской АЭС (1986), продемонстрировали опасность воздействия ионизирующей радиации на организм человека и его половую систему.

К. В. Прощаков [18; 19], обследовав более 700 мужчин-ликвидаторов, выявил различные копулятивные нарушения у 38 % чел. (эрекционные, эякуляторные, угнетение либидо, стертость оргазма). При этом жалобы на снижение либидо предъявляли 40,6 % обследованных мужчин, а на его полное отсутствие – 5,5 %. При облучении высокими дозами радиации угнетение либидо было в 1,5–2 раза более выражено. Более выраженными были и другие названные сексуальные дисфункции. Автором также отмечена зависимость между вероятностью возникновения сексуальных наруше-

ний и половой конституцией. Чем слабее была половая конституция, тем чаще возникали сексуальные расстройства, и наоборот.

Наши исследования данного контингента больных, осуществленные в 1986–1987 гг. на базе одного из санаториев под Харьковом, в отделении, специально выделенном для реабилитации больных-ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС, выявили, что у ряда пациентов ослаблению либидо предшествовал период его интенсификации [10; 11]. Приведем ряд примеров.

Больной М., 25 лет, женат, обследован 26.11.86. Предъявлял жалобы на преждевременное семяизвержение, гипозрекцию, уменьшение сексуальных возможностей (если раньше совершал несколько половых актов в один день, то теперь может совершить только один). Указанные явления, наряду с астенической симптоматикой, возникли спустя неделю после возвращения пациента из Чернобыля, а в течение этой недели, напротив, отмечалось повышение половой активности, на что обратила внимание даже его жена.

Больной К., 46 лет, женат, обследован 13.12.86. Предъявлял жалобы на резкое снижение либидо и гипозрекцию. Указанные явления имеют место с сентября 1986 г. Также жаловался на общую слабость, повышенную утомляемость, раздражительность, головные боли, головокружение. В августе и в июле 1986 г. два раза по 2 недели участвовал в проведении работ на 1-м и 2-м блоках. После того как находился там первый раз, по возвращению домой отметил значительное повышение сексуальной активности. Если раньше совершал не более 3 половых актов в неделю («бывало и гораздо реже»), то по возвращению из Чернобыля половая активность стала ежедневной. После второго срока пребывания в Чернобыле половая активность тоже была выше, чем раньше, но на этот раз активизация была гораздо меньше, чем в 1-й раз. Постепенно явления активизации сменились угнетением полового влечения и гипозрекцией.

Больной Р., 41 г., женат, обследован в марте 1987 г. Предъявлял жалобы на гипозрекцию и преждевременное

семяизвержение, а также ослабление либидо. Помимо этого, при активном расспросе выявилось ослабление сладострастных ощущений при фрикциях и притупление оргазма. Указанные явления развились после аварии на ЧАЭС (26 и 27 апреля был на месте взрыва). Помимо сексологических жалоб, предъявляет жалобы на головные боли, головокружение, боли в области сердца, расстройства сна, общую слабость, повышенную утомляемость. Отмечает, что в первые 1–1,5 месяца после аварии отмечалась сексуальная активизация.

Больной Д., 34 г., женат, обследован 13.03.87. Предъявлял жалобы на ускоренное семяизвержение, ослабление напряжения полового члена в процессе фрикций. При активном расспросе также предъявил жалобы на ослабление либидо. Помимо этого, у больного часто повышается АД. Отметил, что с июля по ноябрь 1986 г. у него имел место период сексуальной активизации. Усиление либидо сопровождалось учащением половых актов и большей интенсивностью оргастических ощущений.

К. В. Прощаков [18; 19] также отмечает, что у 28 % мужчин-ликвидаторов аварии на ЧАЭС в первые дни и недели после аварии отмечалась интенсификация сексуальных проявлений в виде усиления либидо и спонтанных эрекций.

Среди обследованных нами пациентов выявлялись связанные с ионизирующим облучением астенический синдром и синдром вегетативной дистонии, которые участвовали в организации сексуальных расстройств. Названные синдромы были обусловлены вовлечением в патологический процесс головного мозга с нарушением функционирования его регуляторных систем. Часто речь шла о смешанных по генезу сексуальных расстройствах, когда в формировании сексуальных дисфункций могли принимать участие другие заболевания, а также сексуальная абстиненция. Подчас ионизирующее облучение не играло никакой роли в генезе выявленных расстройств, и у больных мог диагностироваться, например, невроз ожидания (неудачи).

Одним из объяснительных механизмов ослабления либидо при воздействии ионизирующего излучения может быть угнетение (истощение) расположенных в гипоталамусе структурных элементов, ответственных за генерацию и выраженность полового влечения. Наблюдающееся же в ряде случаев на первом этапе лучевого воздействия усиление полового влечения, ведущее к сексуальной активизации, по нашему мнению, в значительной степени может быть обусловлено стимулирующим влиянием радиации на данные структурные элементы (фаза ирритации). По всей видимости, как усиление, так и ослабление либидо при воздействии радиации не ограничивается вовлечением только гипоталамуса. Речь может идти о вовлечении в патологический процесс и других церебральных структур.

Изменение выраженности либидо может объясняться и с учетом вовлечения в патологический процесс гипофиза, что приводит к нарушению его функций, регулирующих деятельность периферических эндокринных желез. Данное вовлечение, в частности, обусловлено тесной связью гипофиза с гипоталамусом, о заинтересованности которого при рассматриваемой патологии мы уже сообщали.

К. В. Прощаков [18; 19] также считает, что нарушение функций гипофиза у характеризуемого контингента больных имеет гипоталамическое происхождение. Автор сообщает, что у них могут иметь место снижение секреции гонадотропных гормонов, угнетение тестостеронопродуцирующей функции семенников, высокий уровень базального пролактина, ослабление функций щитовидной железы и надпочечников. Указанные гормональные сдвиги могут, в свою очередь, отрицательно сказываться на сексуальных функциях, в том числе и на выраженности полового влечения.

Влияние лекарственных препаратов и других веществ

Существуют данные о том, что некоторые фармакологические препараты в качестве побочного действия могут приводить к развитию гиперсексуальности. В качестве примера можно назвать нейрорептик френолон (в настоящее

время в Украине отсутствует), принимаемый в небольших дозах. Также стимулирующим эффектом обладает антидепрессант триттико (тразадон), который усиливает как либидо, так и эрекцию.

Гиперсексуальность может стать **следствием медикаментозного лечения больных паркинсонизмом**. N. Y. Oei и соавт. [85], оценивая влияние антипаркинсонического средства леводопа, при обследовании 50 молодых здоровых мужчин, которые были распределены в 2 экспериментальные группы и контрольную группу, выявили следующее. Оказалось, что этот препарат значительно усиливал активацию в прилежащем ядре и дорсальной части передней поясной извилины, когда были показаны субпороговые сексуальные стимулы, тогда как галоперидол уменьшал активацию в этих областях. Таким образом, допамин усиливает активацию в регионах, которые, как считается, регулируют «желание» в ответ на потенциально полезные сексуальные стимулы, которые не воспринимаются сознательно.

M. Raja, A. R. Bentivoglio [91] отмечают, что все чаще сообщается о серьезных побочных эффектах дофаминергических лекарств, используемых при лечении болезни Паркинсона (БП) и других расстройств в плане возникновения импульсивного и компульсивного поведения, в том числе патологической азартной игры, гиперсексуальности, компульсивного шопинга, компульсивного приема пищи, чрезмерной увлеченности хобби, спортом и синдрома дисрегуляции дофамина (СДД). Агонисты дофамина (АД) тесно связаны с расстройствами контроля импульсов (РКИ), в то время как L-допа связана с синдромом дисрегуляции дофамина. В своей статье авторы фокусируются на РКИ. Предполагаемая распространенность РКИ у пациентов с БП, получавших АД, достигает 14 %. Авторы отмечают, что патофизиология РКИ сложна из-за множества способствующих факторов. Нейротрансмиссия дофамина по мезокортико-лимбическому пути является модулятором рискованного поведения и может быть изменена при БП и в ходе дофаминергического лечения. Цитируемые авторы подчеркивают, что врачи, которые лечат БП с помощью АД, должны

предупреждать пациентов и их родственников о риске возникновения РКИ. Психиатров необходимо обучать распознавать эти побочные эффекты, способные имитировать первичные психиатрические состояния. Лечение РКИ включает в себя прекращение приема АД или переключение с АД на другие препараты, используемые для лечения БП. Эффективными могут быть когнитивно-поведенческая терапия, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, налмефен (nalmeфene), зонисамид (zonisamide), низкие дозы антидопаминергических препаратов, таких как кветиапин (quetiapine) или клозапин (clozapine). Может помочь психологическая, духовная и этическая поддержка (семейная или индивидуальная).

О возможности возникновения гиперсексуальности при допаминергическом лечении БП сообщают и другие авторы [53]. G. Bronner и соавт. [38], оценивая влияние различных групп лекарств, используемых для лечения БП, отмечают, что гиперсексуальность или компульсивное сексуальное поведение являются побочными эффектами дофаминергической терапии, особенно допаминергическими агонистами, и их следует лечить прежде всего уменьшением дозы применяемых препаратов.

А. В. Никитина, Н. В. Федорова [14], ссылаясь на данные литературы, сообщают, что гиперсексуальность при БП представлена широким спектром симптомов: от простого усиления сексуального влечения до редких сообщений о парафилиях (извращениях) [49]. Эти симптомы чаще встречаются у мужчин с ранним началом БП. Гиперсексуальность может начаться с навязчивых мыслей или желания секса, неуместных замечаний и действий. Некоторые пациенты начинают просматривать порнографические журналы, пользуются услугами проституток, посещают порносайты. Могут развиваться парафилии. Видоизмененная сексуальная активность проявляется в повышении запроса секса от супруга / супруги с требованием новых видов полового акта в необычной новой обстановке [89].

S. Bhattacharjee [37] сообщает, что импульсивно-компульсивное поведение (ИКП) при БП может включать

игроманию, гиперсексуальность, компульсивное питание, эксцессивные покупки, пандинг (бесцельно повторяющиеся действия), патологическое накопительство, сверхувлеченность хобби, а также чрезмерный прием дофаминергических препаратов. Гиперсексуальность и азартные игры распространены у пациентов мужского пола, в то время как компульсивные покупки – у лиц женского пола. Недавние исследования показывают, что распространенность ИКП среди пациентов с БП составляет более 25 %.

Следует отметить, что в настоящее время выделяют «синдром дисрегуляции дофамина» («dopamine dysregulation syndrome»; DDS), который включает патологическую азартную игру (гемблинг), гиперсексуальность, компульсивный шопинг, компульсивное питание (переедание), пандинг и компульсивное использование лекарств (чрезмерный прием дофаминергических препаратов) [34]. Этот синдром, в частности, может развиваться при лечении БП дофаминергическими препаратами.

Необходимо указать, что существует и более узкое понимание DDS, когда речь идет о том, что пациенты, отмечая у себя увеличение энергии, силы и продуктивности при повышении дозы дофаминергических препаратов, с нетерпением ожидают приема следующей их дозы и обосновывают необходимость увеличения частоты приема лекарств, несмотря на хорошую двигательную активность и появление дофаминовых дискинезий в период «включения». Прием высоких доз этих медикаментов приводит к возникновению эйфории в период «включения» и дисфории в период «выключения». Больные с нетерпением ожидают приема следующей дозы, многократно увеличивают количество приемов препаратов и занимаются самолечением. Рекомендации врача и родственников уменьшить дозы принимаемых лекарственных средств приводят к тайному их накоплению и поиску альтернативных путей их приобретения [14].

Н. Molde и соавт. [79] провели исследование распространенности расстройств контроля импульсов (РКИ) при БП с помощью компьютерного поиска в базах данных MEDLINE, PsycINFO и Web of Science за период с января

2000 года по февраль 2017 года. Были сопоставлены данные, полученные у 2371 пациента с БП и 2168 здоровых лиц контрольной группы. В результате авторы пришли к заключению, что люди с БП, по-видимому, имеют значительно больший риск страдать от РКИ по сравнению со здоровыми людьми. Азартные игры, гиперсексуальность, передание, пандинг, чрезмерное занятие спортом и хобби – всё это РКИ, которые в значительной степени связаны с терапией, используемой для лечения БП.

В. J. Kelley и соавт. [66] сообщают, что агонисты дофамина ропинирол (ropinirole) и прамипексол (pramipexole) проявляют высокоспецифическое сродство к церебральному дофаминовому D3-рецептору. Использование этих лекарственных средств при болезни Паркинсона было осложнено появлением патологических поведенческих паттернов (гиперсексуальность, патологическая азартная игра, чрезмерная увлеченность хобби) и другими обсессивно-компульсивными расстройствами контроля импульсов у людей, не имевших в анамнезе таких расстройств. Эти поведенческие изменения обычно исчезают после прекращения приема данных лекарств. Авторы отмечают, что для лимбической системы особенно важна экспрессия рецептора D3, где он играет важную роль в формировании физиологического и эмоционального опыта, новизны, вознаграждения и оценки риска. Конвергенция нейроанатомических, физиологических и поведенческих данных предполагает наличие высокого уровня сродства D3 к этим лекарствам в качестве основы для названных поведенческих изменений. Предполагается, что рецептор D3 является терапевтической мишенью для обсессивно-компульсивного расстройства и воздействия психоактивных веществ, а большее понимание функций рецептора D3 может помочь в разработке атипичных антипсихотиков.

В одной публикации отмечается, что паркинсонизм вызван недостаточным уровнем дофамина в мозге, и все лекарства, используемые для лечения данной патологии, основаны на уменьшении этого дефицита. Повышенный уровень дофамина в мозге способен привести к гиперсексу-

альности. Для одних пациентов это может стать долгожданным изменением (особенно если утрата либидо произошла из-за состояния здоровья человека), которое способно помочь возродить их сексуальную жизнь. Однако у некоторых пациентов это может привести к сильным сексуальным побуждениям или гиперсексуальному поведению, вызывающему у них физический и психический дискомфорт. В таких случаях необходимо менять лекарства, чтобы снизить уровень дофамина в мозге [61].

У большинства пациентов отмечается зависимость между дозой антипаркинсонических лекарств и гиперсексуальным поведением [35]. Предполагается, что гиперсексуальность при лечении этими препаратами является следствием ингибирования секреции пролактина, а это приводит к отсутствию конкуренции с допамином со стороны пролактина [107].

Ch. Berger и соавт. [35] отмечают, что риск аберрантного сексуального поведения, такого как гиперсексуальность, эксгибиционизм или гомосексуализм, может быть недооценен при болезни Паркинсона и ее терапии высокими дозами леводопы или агонистами дофамина. Авторы описывают два судебных дела с оценкой этих побочных эффектов. В первом случае речь идет о 45-летнем мужчине, в течение 20 лет страдавшего от болезни Паркинсона, у которого при лечении высокими дозами ропинирола (агониста дофаминовых рецепторов) развились гиперсексуальность и эксгибиционизм. Во втором случае у 57-летнего мужчины с 11-летней длительностью болезни Паркинсона развились повышенное половое влечение и гомосексуализм при терапии леводопой и бромокриптином (стимулятором рецепторов дофамина).

R. A. van Deelen и соавт. [107] сообщают, что у одинокого мужчины 71 года, который лечился от болезни Паркинсона леводопой, было несколько эпизодов гиперсексуального поведения. Это привело к проблемам с членами его семьи. Выяснилось, что он принимал больше леводопы, чем ему было назначено. После уменьшения дозы данного лекарства гиперсексуальность больного исчезла без усиления сим-

птомов болезни Паркинсона. Авторы отмечают, что гиперсексуальность является известным, хотя и не часто признаваемым побочным эффектом дофаминергической антипаркинсонической терапии. Хотя данный побочный эффект не угрожает жизни, он может оказать огромное влияние на ее качество у пациента и его близких. Возникающую гиперсексуальность авторы связывают с действием дофамина.

P. J. Garcia-Ruiz [51] сообщает, что расстройство контроля импульсов (РКИ), включая патологические азартные игры, гиперсексуальность и компульсивный шопинг, было связано с антипаркинсоническими препаратами, особенно с агонистами дофамина. Механизм РКИ не совсем ясен, но кажется, что РКИ является результатом активации дофаминовых рецепторов (в основном D3) в вентральном стриатуме. Пациенты, получавшие агонисты дофамина, которые имеют преимущественное сродство к D3 (включая ропинирол и прамипексол), гораздо более склонны к развитию РКИ. Кроме того, вероятно, играет роль генетический компонент. Автор отмечает, что на развитие РКИ могут оказывать влияние окружающая среда и образ жизни: те пациенты, которые занимаются физической, социальной и артистической деятельностью, по-видимому, имеют меньшую вероятность развития РКИ, чем пациенты с низкой физической активностью, живущие в изолированной среде.

D. Vilas и соавт. [108] сообщают, что расстройства контроля импульсов (РКИ) – группа сложных поведенческих расстройств, которые чаще встречаются у пациентов с болезнью Паркинсона (БП), чем среди населения в целом, и в некоторых исследованиях достигают 13,6 %. Наиболее распространенными видами РКИ являются патологические азартные игры, гиперсексуальность, компульсивные покупки и компульсивное питание. Более четверти пациентов с РКИ имеют две или более поведенческие зависимости. Такое ненормальное поведение ухудшает повседневную деятельность и негативно влияет на качество жизни пациентов и их семей. Лечение агонистами дофамина (АД) является основным фактором риска развития РКИ. Считается, что стимуляция мезолимбических рецепторов D3 с по-

мощью агонистов дофамина лежит в основе их развития. Эффект АД, кажется, является общим эффектом и не специфичен для какого-либо АД. Леводопа также может вызывать РКИ, но гораздо меньше, чем АД. Цитируемые авторы отмечают, что лечение РКИ при БП является сложным. Часто возникает необходимость модификации в лечении допаминергическими препаратами. В некоторых случаях следует рассмотреть альтернативные средства лечения: атипичные антипсихотические препараты, антидепрессанты, глубокую стимуляцию мозга, если двигательные симптомы ведут к потере трудоспособности.

В одной публикации отмечается, что гиперсексуальность или компульсивное сексуальное поведение (КСП) является побочным эффектом допаминергической терапии, особенно допаминергическими агонистами, и при возникновении такого поведения следует снижать их дозу [38].

Shane W. Kraus и соавт. [70], ссылаясь на литературные данные, сообщают, что наиболее убедительные доказательства связи между дофамином и КСП прослеживаются при болезни Паркинсона. Заместительная терапия (например, использование леводопы и агонистов дофамина, таких как прамипексол и ропинирол) применялась при расстройствах контроля импульсов (включая КСП) среди лиц с болезнью Паркинсона [69; 71; 110; 113]. Среди 3090 пациентов с болезнью Паркинсона применение агонистов дофамина было связано с увеличением вероятности возникновения КСП в 2,6 раза [113]. Леводопа также ассоциируется с КСП и другими нарушениями контроля импульсов при болезни Паркинсона [113]. Авторы отмечают, что патофизиология КСП в настоящее время плохо изучена и активно исследуется. Дисрегуляция функции системы «гипоталамус-гипофиз-надпочечники» связана с зависимостями и недавно была выявлена у больных с КСП. Гиперактивная гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковая ось у мужчин с КСП может лежать в основе их сексуально-компульсивного влечения и поведения, связанных с борьбой с дисфорическими эмоциональными состояниями [39].

N. Y. Oei и соавт. [85] отмечают, что дофаминергические препараты влияют на сознательную обработку полезных стимулов и связаны с импульсивно-компульсивным поведением, таким как гиперсексуальность. Предыдущие исследования показали, что предъявление неосознаваемых сексуальных стимулов активирует области мозга, которые, как известно, являются частью «системы вознаграждения». В этом исследовании, отмечают авторы, было выдвинуто предположение, что дофамин модулирует активацию в ключевых областях системы вознаграждения, таких как прилежащее ядро (*nucleus accumbens*) во время подсознательной обработки сексуальных стимулов. Молодые здоровые мужчины ($n = 53$) были случайным образом распределены в две экспериментальные группы и контрольную группу. Им вводили антагонист дофамина (галоперидол), агонист дофамина (леводопа) или плацебо. Активация мозга была оценена во время задания с помощью предъявленных неосознаваемых сексуальных стимулов. Полученные результаты выявили, что леводопа значительно усиливала активацию в прилежащем ядре и дорсальной части передней поясной извилины (*dorsal anterior cingulate*) при показе субпороговых сексуальных стимулов. Галоперидол же, напротив, уменьшал активацию в этих областях. Таким образом, отмечают авторы, дофамин усиливает активацию в регионах, которые, как считается, регулируют «желание» в ответ на потенциально полезные сексуальные стимулы, которые не воспринимаются сознательно. Это может объяснить тягу к вознаграждению у людей с компульсивным поведением, таким как гиперсексуальность, стремящихся к вознаграждению, и у пациентов, которые получают дофаминергические препараты.

А. В. Никитина, Н. В. Федорова [14] отмечают, что существующие публикации [111; 114] свидетельствуют о том, что развитие импульсивно-компульсивного синдрома (ИКС) чаще связано с приемом агонистов дофаминовых рецепторов (АДР) в виде монотерапии или в комбинации с препаратами леводопы, чем с применением только препаратов

леводопы. О развитии гиперсексуальности, обусловленной приемом АДР, сообщают и другие авторы [84; 111; 114].

V. Voon [111] установил, что леводопа в больших дозах также приводит к развитию гиперсексуальности, которая значительно чаще возникала у мужчин. Р. Shaw и соавт. [101] предположили, что дофаминергические препараты усиливают либидо и возбуждение, а также опосредованно взаимодействуют с центром вознаграждения головного мозга.

Дофаминергические препараты, которые могут приводить к возникновению гиперсексуальности, используются не только для лечения болезни Паркинсона. Гиперсексуальность, которая концептуализировалась как одно из проявлений расстройства контроля импульсов, была выявлена у 1-го из 20 больных с аденомами гипофиза, которые принимали агонисты дофамина (АД). Это был 53-летний мужчина с макропролактиномой, у которого тяжелая гиперсексуальность возникла после начала приема каберголина [73].

J. Martinkova и соавт. [73] обследовали 20 пациентов с аденомами гипофиза (в основном с пролактиномами), которые принимали АД. Все они участвовали в структурированном интервью, направленном на обнаружение расстройств контроля импульсов. Данные расстройства были выявлены у двух (10 %) из этих 20 пациентов. Первым из них был 35-летний мужчина с гигантской макропролактиномой, который попеременно лечился различными препаратами, относящимися к группе АД (каберголин, бромокриптин и хинаголид). У него развились компульсивное переедание и игромания. Второй мужчина с макропролактиномой, которому было 53 года, страдал от тяжелой гиперсексуальности после начала приема каберголина. Авторы сделали вывод, что их исследование демонстрирует важность систематического скрининга расстройств контроля импульсов у пациентов, принимающих дофаминергические препараты.

M. Barake и соавт. [33] сообщают, что АД очень важны в лечении пациентов с гиперпролактинемией и играют важную роль в терапии неврологических расстройств, включая болезнь Паркинсона и синдром беспокойных ног. Появляется все больше фактов, свидетельствующих о том, что рас-

стройства контроля импульсов (РКИ) являются возможными побочными эффектами терапии АД. У пациентов, принимающих АД, могут возникать различные виды РКИ, включая компульсивные покупки, игроманию, воровство, гиперсексуальность и пандинг. Такое поведение может иметь разрушительные последствия для жизни и семьи пациентов.

S. R. Schreglmann и соавт. [98] отмечают, что дофаминергические препараты являются основой для лечения синдрома беспокойных ног (restless legs syndrome; RLS). Они проанализировали частоту и клинические характеристики расстройств контроля импульсов (impulse control disorders; ICD) у пациентов с RLS при трансдермальном лечении ротиготином. У шести пациентов мужского пола (21 %) развились различные симптомы ICD, в том числе переедание, гиперсексуальность, компульсивный шоппинг, гемблинг и пандинг. Средняя доза этого лекарства составила 3,8 мг/сут.

В литературе сообщается о возможности развития гиперсексуальности при приеме психоактивных медикаментов. P. Das и соавт. [42] сообщают о 55-летнем женатом мужчине белой расы с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) и большим депрессивным расстройством (БДР) (DSM-IV). Имеющиеся у него симптомы недостаточно контролировались бупропионом (пролонгированное высвобождение 100 мг в сутки). Из-за ограниченных данных, которые бы свидетельствовали об эффективности бупропиона при ПТСР, его доза повышена не была. Вместо этого был добавлен сертралин, дозу которого повысили до 100 мг в сутки. При повторном визите пациент сообщил об улучшении, но его жена выразила озабоченность по поводу его повышенного сексуального желания и повышенного требования иметь половые акты, что привело к супружескому дистрессу и семейному раздору. Пациент подтвердил это и добавил, что его эрекция теперь более длительная и тверже, чем когда-либо прежде. Какие-либо признаки приапизма отсутствовали. Больной и его жена объяснили усиление сексуального желания назначением сертралина, так как когда он принимал только бупропион этого не было. Ка-

кие-либо симптомы гипомании / мании отсутствовали. Употребление других психоактивных веществ и лекарств, используемых для усиления сексуальной функции, было исключено. Пациент прекратил прием сертралина, и гиперсексуальность постепенно нивелировалась в течение 1 мес., чему не сопутствовало усиление симптомов ПТСР и БДР. Затем он находился на поддерживающей монотерапии бупропионом.

Как известно, сертралин относится к антидепрессантам из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС). Цитируемые авторы, ссылаясь на данные литературы, сообщают, что СИОЗС, в том числе флуоксетин и пароксетин, ассоциировались с гиперсексуальностью в ранее сообщенных случаях [36; 46; 47; 50; 78; 81; 82].

Дозозависимые случаи гиперсексуальности были описаны у пациентов, которые принимали флуоксетин. Ее симптомы появились у них в течение 2 дней после увеличения дозы флуоксетина от 20 мг до 40 мг в день и полностью исчезли при уменьшении дозы до 20 мг в день [78]. Гиперсексуальность нивелировалась после прекращения лечения СИОЗС и в других случаях [46; 47; 50].

Наш пациент, продолжают P. Das и соавт. [42], никогда не жаловался на сексуальную стимуляцию при монотерапии бупропионом, несмотря на благоприятное влияние этого препарата на сексуальное функционирование [40]. Исследователи полагают, что появление гиперсексуальности у их пациента при добавлении к лечению сертралина может быть как самостоятельным побочным его эффектом, так и результатом синергичного действия бупропиона и сертралина [42]. Отмечается, что сертралин не является исключительно серотонинергическим агентом. Он также действует на норадреналиновые и дофаминовые рецепторы [90]. Последние доклинические исследования показали, что сертралин увеличивает внеклеточные уровни дофамина в прилежащем ядре и полосатом теле (*nucleus accumbens and striatum*) крыс [68]. Кроме того, было показано, что флуоксетин увеличивает уровень синаптического дофамина [103, с. 532–536.]. Эти данные могут свидетельствовать в пользу

того, что гиперсексуальность является независимым побочным эффектом некоторых СИОЗС, скорее всего из-за их продопаминергических влияний.

В заключение Р. Das и соавт. [42] отмечают, что хотя механизм гиперсексуальности, индуцированной СИОЗС, все еще остается умозрительным, прием СИОЗС ассоциировался с гиперсексуальностью как независимо, так и в сочетании с бупропионом. Авторы подчеркивают, что клиницисты должны знать о гиперсексуальности как о редком, но «печальном» побочном эффекте лечения СИОЗС.

Однако следует отметить, что в инструкциях к применению лекарственных средств, приводятся данные, которые говорят об обратном. Сообщается, что флуоксетин, пароксетин и сертралин снижают либидо. Помимо этого, эти препараты могут вести к замедлению наступления эякуляции и даже аноргазмии. Также отмечается, что сертралин может приводить к расстройствам эрекции и приапизму. В одной статье сообщается, что ингибиторы обратного захвата серотонина (например, флуоксетин, сертралин и циталопрам) и опиоидные антагонисты (например, налтрексон) продемонстрировали предварительную эффективность в снижении импульсивного сексуального поведения, хотя крупномасштабные рандомизированные контролируемые испытания, посвященные этому, отсутствуют [70].

Гиперсексуальность у больных шизоаффективным расстройством может быть вызвана назначенным лечением. S. R. Thomson и соавт. [105] приводят следующее клиническое наблюдение. Речь идет о 45-летней женщине, которой был установлен этот диагноз. Ей был назначен кветиапин (150 мг), рисперидон (4 мг) и литий (900 мг) при ее психотических и маниакальных симптомах, а также лоразепам (2 мг) при бессоннице. Из-за недостаточной эффективности лечения и рецидива симптомов, затем был назначен клозапин в дозе 450 мг, которая затем была увеличена до 650 мг. Помимо этого, дополнительно был назначен инъекционный антипсихотический препарат цуклопентиксол в дозе 400 мг. После 3 месяцев лечения увеличенной дозой клозапина у пациентки появились неспровоцированные повышенные

сексуальные побуждения по отношению к родственникам-мужчинам, эксгибиционизм, а также усилилось либидо. Полное физическое обследование исключило любые экстрапирамидные признаки. Доза клозапина была уменьшена до 400 мг, а затем он был отменен. После прекращения приема клозапина симптомы гиперсексуальности постепенно уменьшились. Авторы пришли к выводам, что дофаминергические агонистические эффекты клозапина в мезолимбическом контуре могут быть ответственны за возникновение гиперсексуальности, а плохое понимание пациентом состояния, которое может возникнуть, способно привести к семейным раздорам и страданиям.

Мало случаев гиперсексуальности представлено в качестве побочного эффекта применения противоэпилептических препаратов. Леветирацетам (levetiracetam) имеет репутацию нового и безопасного противоэпилептического средства, но его сексуальные и эндокринные побочные эффекты неизвестны. Сообщается о пациентке, у которой гиперсексуальность развилась при добавлении леветирацетама к проводимой ей терапии карбамазепином (carbamazepine) [75].

Также утверждается, что алкоголь и бензодиазепины могут вызывать расторможенность поведения, в том числе сексуального, как у здоровых людей, так и у лиц с деменцией [99]. Бензодиазепины – класс психоактивных веществ со снотворным, седативным, анксиолитическим (уменьшение тревожности), миорелаксирующим и противосудорожным эффектами. Многие из них являются транквилизаторами, некоторые используются как снотворные средства. К бензодиазепинам относятся диазепам, клоназепам, нитразепам, клобазам, лоразепам.

Среди препаратов, которые могут вызвать гиперсексуальность, называют атипичный нейролептик арипипразол. Естественно, что к этому может привести и передозировка андрогенов. Некоторые наркотики, такие как метамфетамин, также могут способствовать гиперсексуальному поведению [62].

Гиперсексуальность может стать следствием резкого прекращения приема антидепрессантов. Так, у одного 23-летнего мужчины с неправильным развитием правого гиппокампа с 8 лет имела место гиперсексуальность. С 13 лет он успешно лечился карбамазепином, обладающим противосудорожным и нормотоническим эффектом. Потом в связи с недостаточной эффективностью лечения ему были назначены антидепрессант пароксетин и карбамазепин в повышенных дозах. Затем в течение 3 дней он резко перестал принимать лекарства и его, связанное с гиперсексуальностью, преступное поведение вновь возобновилось. Авторы исследовали изменения в структуре мозга и его активности до и после прекращения медикаментозного лечения с помощью МРТ и функциональной МРТ (фМРТ). Изображение девушки в купальнике повысило активность в таламусе только после отмены приема препаратов. На основании этого исследователи сделали заключение, что изменения таламической активности могут вызвать гиперсексуальность. Они пришли к выводу, что первичная гиперсексуальность была подавлена при лечении карбамазепином и пароксетином, а прекращение этого лечения обусловило появление гиперсексуальности [57].

Хирургические вмешательства

Следует отметить, что для лечения тяжелых труднокурабельных случаев болезни Паркинсона (БП) используются хирургические вмешательства, которые могут осуществляться путем стереотаксической хирургии: разрушающие (деструктивные) операции – таламотомия и паллидотомия; электростимуляция глубоких отделов головного мозга; генная терапия с использованием стволовых клеток (находится на стадии разработки).

М. F. Mendez и соавт. [74] сообщают о 59-летнем мужчине правше, который перенес правостороннюю паллидотомию по поводу БП. Сразу после паллидотомии пациент начал требовать оральный секс от 12 до 13 раз в день от своей 41-летней жены. Он заставлял ее заниматься с ним сексом, несмотря на то, что у нее было серьезное заболевание

сердца. Пациент часто мастурбировал и предлагал секс подругам своей жены. Дозировки его антипаркинсонических препаратов (8 таблеток карбидопы / леводопы [25/250 мг] и 1,5 мг прамипексола в день) не были снижены в послеоперационном периоде, а его сексуальное поведение ухудшилось вследствие дискинезий, вызванных этими лекарствами. Изменение сексуального поведения этого больного также проявилось в том, что он начал нанимать стриптизерш и ездить по городу в поисках проституток. Он проводил часы в Интернете в поисках сексуальных сюжетов и покупок порнографической продукции. В какой-то момент его жена обнаружила, что он пытается сексуально «облегчить» себя, рассматривая фотографию своей 5-летней внучки. Позже его обвинили в том, что он ненадлежащим образом коснулся этого ребенка и попросил его прикоснуться к его члену. В связи с этим его внучка была вывезена из дома службой защиты детей. Пациент хотел, чтобы его половое влечение нормализовались. Он предъявлял жалобы на повторяющиеся и навязчивые сексуальные мысли, усиленные сексуальные побуждения и «переполнение гормонами, как у 18-летнего». Также жаловался, что удовлетворение его либидо стало чрезвычайно важным, затмевая все другие виды деятельности и интересы. Через год после паллидотомии пациент пропал без вести на 4 дня. Полиция нашла его в мотеле, где он искал проституток. Ему начали снижать дозировки антипаркинсонических лекарств, что привело к постепенному снижению выраженности его сексуального поведения. Был выписан из стационара с рекомендацией уменьшения употребления карбидопы / леводопы (25/250 мг) до четырех таблеток в день и уменьшения приема прамипексола до 0,75 мг в день. Вскоре после выписки сексуальная активность пациента уменьшились еще больше (до 6 раз в день), но выраженность паркинсонизма увеличилась. Для дальнейшей нормализации сексуального поведения был назначен вальпроат по 250 мг два раза в день. При наблюдении за больным в течение 6 месяцев его сексуальная активность снизилась примерно до одного раза в неделю, и он перестал использовать порнографические материалы.

Обсуждая данное клиническое наблюдение, авторы отмечают, что после атипичной паллидотомии по поводу трудноизлечимой БП у этого пациента развилась выраженная гиперсексуальность и парафилия. Хотя в предыдущих сообщениях о последствиях паллидотомии и отмечалось несоответствующее сексуальное поведение, авторы отмечают, что ни в одном из них не был описан пациент с такой степенью выраженности гиперсексуальности. По сравнению с обычным рубцом вследствие паллидотомии, данное повреждение было больше в передней и боковой частях паллидума. Кроме того, у него был выявлен симптом Бабинского, свидетельствующий о повреждении, затрагивающем пирамидные тракты. Различия в локации паллидотомии или ее расширение за пределы соответствующего участка могли вызвать гиперсексуальность [74].

Авторы пришли к выводу, что у этого пациента либидо и сексуальное возбуждение усилились после атипичной паллидотомии. Его гиперсексуальность могла возникнуть в результате того, что часть *globus pallidus* опосредует сексуальное поведение, которое также было усилено приемом допаминергических препаратов. Помимо этого, возможные объяснения включают постхирургическое повышение дофамина, рецепторную активацию в нейронах передних медиальных преоптических ядер гипоталамуса, усиление стимуляции центральной системы допаминергического вознаграждения D2. Отмечается, что для снижения гиперсексуальности, в дополнение к снижению доз антипаркинсонических лекарств, могут быть использованы другие медикаменты, такие как вальпроат, который может подавлять сексуальное поведение [74].

В статье, опубликованной в 2012 г., отмечается, что в течение последних 20 лет глубокая стимуляция мозга считается эффективной и безопасной терапией болезни Паркинсона [52]. Однако сообщается, что одним из ее побочных эффектов может стать гиперсексуальность [4]. Отмечается, что хирургическое лечение пациентов с БП может привести к появлению гиперсексуальности из-за нарушения регуляции дофамина. Описывается случай пациента с БП,

которому ранее была проведена правосторонняя паллидотомия. Выраженная гиперсексуальность развилась у него после глубокой хирургической имплантации стимулятора головного мозга в left globus pallidus [92].

A. D. Baird и соавт. [32] сообщают, что гиперсексуальность иногда отмечается у пациентов с височной эпилепсией после резекции височной доли. Механизм, лежащий в основе этого явления, недостаточно изучен. Авторы описывают семь пациентов, которые сообщили о драматических послеоперационных изменениях в сексуальном поведении после односторонней резекции височной доли. У пяти из семи пациентов были обнаружены двусторонние аномалии височной доли. У всех пациентов имели место значительные трудности с послеоперационной психосоциальной адаптацией, которая предшествовала началу гиперсексуальности. У 5 пациентов приступы полностью прекратились, а 1 сообщил о послеоперационных аурах. Рецидивирующие сложные парциальные припадки с меньшей частотой стали возникать у одного пациента через 6 месяцев после оперативного вмешательства. Авторы пришли к выводу, что гиперсексуальность после односторонней резекции височной доли чаще встречается при наличии психосоциальных трудностей и контралатеральных аномалий височной доли. Нейрофизиологические процессы, связанные только с прекращением судорог, не объясняют послеоперационную гиперсексуальность.

J. Devinsky и соавт. [44] отмечают, что у 51-летнего мужчины правши после второй правосторонней височной лобэктомии, проведенной для лечения эпилепсии, развилась гиперсексуальность. Она манифестировала учащением половых актов в супружестве и мастурбацией, но позже он скачал детскую порнографию. Также развились гиперфагия, отвлекаемость и другие признаки синдрома Клювера-Бьюси (СКБ). Авторы отмечают, что резекция неокортикальных областей миндалины и/или височной доли, которые ингибируют другие лимбические области, могут играть роль в патогенезе гиперсексуальности. Неврологические факторы уменьшают уголовную ответственность за гипер-

сексуальную активность у пациентов с СКБ. В большинстве ранее сообщенных случаев такие пациенты никогда не обвинялись в совершении преступления, несмотря на физический контакт, совершенный без согласия со стороны партнера. Однако пациент, о котором идет речь, был осужден и заключен в тюрьму.

F. Gilbert [52] отмечает, что клинические исследования пациентов с эпилепсией, перенесших переднюю височную лобэктомию, выявили ряд побочных эффектов и осложнений (психологических, поведенческих, аффективных и социальных). Во многих случаях пациенты испытывают трудности, приспособляясь к своему новому статусу вылеченного человека, «свободного от судорог», что получило название синдрома «бремени нормальности». Большая часть дискуссии о послеоперационных изменениях после глубокой стимуляции мозга сосредоточена на аномальных побочных эффектах (гиперсексуальность, гипомания и т. д.), вызванных этим вмешательством.

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. Глубокая стимуляция головного мозга (DBS). Характеристика метода и его применение. – URL: <https://golos.io/ru--medicizina/@medicalinfo/glubokaya-stimulyaciya-golovnogo-mozga-dbs-kharakteristika-metoda-i-ego-primenenie> (дата обращения: 06.05.2019).
5. Здравомыслов В. И., Анисимова З. Е., Либих С. С. Функциональная женская сексопатология. – Алма-Ата : Казахстан, 1985. – 272 с.

6. Иванец Н. Н., Тюльпин Ю. Г., Чирко В. В., Кинкулькина М. А. Психиатрия и наркология : учебник. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 832 с.
7. Имелинский К. (Imieliński K.) Сексология и сексопатология: Пер. с польск. – М. : Медицина, 1986. – 424 с.
8. Исаев Д. Д. Об особенностях сексуальности подростков мужского пола, больных шизофренией // Актуальные вопросы сексопатологии. – М., 1986. – С. 104–106.
9. Кинесса М. Брак под микроскопом. Физиология половой жизни человека. – Кишинев : Ада, 1990. – 184 с.
10. Кочарян Г. С. Гиперсексуальный паттерн поведения в клинической практике // Medicine science and education. – 2009. – №1. – Р. 114–116.
11. Кочарян Г. С. Современная сексология. – К. : Ника-Центр, 2007. – 400 с.
12. Лимбическая система – URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Лимбическая_система (дата обращения: 03.05.2019).
13. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб. : «АДИС», 1994. – 304 с.
14. Никитина А. В., Федорова Н. В. Импульсивно-компульсивный синдром при болезни Паркинсона // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Спецвыпуски (Выпуск 2. Неврология и психиатрия пожилого возраста). – 2013. – 113 (7). – Р 32–38.
15. Нохуров А. Нарушение сексуального поведения: судебно-психиатрический аспект. – М. : Медицина, 1988. – 224 с.
16. Нохуров А. Половые расстройства при олигофрениях // Руководство для врачей / под ред. Г. С. Васильченко. – М.: Медицина, 1983. – Т. 2. – С. 172–180.
17. Пограничное расстройство личности. – URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Пограничное_расстройство_личности (дата обращения: 23.05.2019).
18. Прощаков К. В. Влияние ионизирующей радиации на сексуальную функцию человека // Сексология и андрология / под ред. : А. Ф. Возианова, И. И. Горпинченко. – К. : Абрис, 1997. – С. 219–234.

19. Прощаков К. В. Особенности клинических проявлений сексуальных расстройств у мужчин, облученных вследствие аварии на Чернобыльской атомной электростанции : автореферат дис. ... канд. мед. наук: 14.01.06. – Киев, 1996. – 26 с.
20. Свет-Молдавская Е. Д. Особенности гормональных нарушений у женщин, страдающих эпилепсией, их терапия // Вопросы клиники и терапии психических заболеваний. – М., 1960. – С. 248–257.
21. Свядоц А. М. Женская сексопатология. Издание пятое, перераб. и допол. – Кишинев: Штиинца, 1991. – 184 с.
22. Синдром Клейне-Левина. – URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Синдром_Клейне_—_Левина#CITEREFRamdurg2010 (дата обращения: 09.05.2019).
23. Синдром Клювера-Бьюси. – URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Синдром_Клювера_—_Бьюси (дата обращения: 09.05.2019).
24. 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.
25. 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.
26. Татлаев Н. Ш. Клиника сексуальных расстройств у мужчин, страдающих маниакально-депрессивным психозом: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.18. – М., 1984. – 24 с.
27. Торопина Г. Г., Яхно Н. Н. Синдром Клейне–Левина. Современные данные и описание трех случаев // Неврологический журнал. – 2016. – № 4. – С. 202–212.
28. 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.
29. Adelson S., Bell R., Graff A., Goldenberg D., Haase E., Downey J. I., Friedman R. C. Toward a definition of «hypersexuality» in children and adolescents // Psychodyn Psychiatry. – 2012. – 40 (3). – P. 481–503.

30. Andersen B., Kawa B. [Kleine-Levin syndrome is a diagnostic challenge] [Article in Danish] // Ugeskr Laeger. – 2012. – 174 (43). – P. 2638–2639.
31. 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
32. Baird A. D., Wilson S. J., Bladin P. F., Saling M. M., Reutens D. C. Hypersexuality after Temporal Lobe Resection // Epilepsy & Behavior. – 2002. – 3 (2). – P. 173–181.
33. Barake M., Klibanski A., Tritos N. A. MANAGEMENT OF ENDOCRINE DISEASE: Impulse control disorders in patients with hyperprolactinemia treated with dopamine agonists: how much should we worry? // Eur J Endocrinol. – 2018. – 179 (6). – R287–R296. DOI: 10.1530/EJE-18-0667.
34. Bayard S., Cochen De Cock V., Dauvillers Y. [Dopamine dysregulation syndrome in Parkinson's disease and restless legs syndrome]. [Article in French] // Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil. – 2011. – 9 (2). – P 227–235. DOI: 10.1684/pnv.2011.0275.
35. Berger Ch., Mehrhoff F. W., Beier K. M., Meinck H. M. [Sexual delinquency and Parkinson's disease] [Article in German] // Nervenarzt. – 2003. – 74 (4). – P. 370–375.
36. Berk M., Acton M. Citalopram-associated clitoral priapism: a case series // Int Clin Psychopharmacol. – 1997. – 12 (2). – P. 121–122.
37. Bhattacharjee S. Impulse control disorders in Parkinson's disease: Review of pathophysiology, epidemiology, clinical features, management, and future challenges // Neurol India. – 2018. – 66 (4). – P. 967–975. DOI: 10.4103/0028-3886.237019.
38. Bronner G., Vodusek D. B. Management of sexual dysfunction in Parkinson's disease // Ther Adv Neurol Disord. – 2011. – 4 (6). – P. 375–383. DOI: 10.1177/1756285611411504.
39. Chatzittofis A., Arver S., Öberg K., Hallberg J., Nordström P., Jokinen J. HPA axis dysregulation in men with hypersexual disorder // Psychoneuroendocrinology. – 2016. – 63. – P. 247–253. DOI: 10.1016/j.psyneuen.2015.10.002.
40. Chollet C. A., Andreatini R. Effect of bupropion on sexual dysfunction induced by fluoxetine: a case report of hypersexuality // J Clin Psychiatry. – 2003. – 64 (10). – P. 1268–1269.

41. 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).
42. Das P., Rai A., Chopra A., Dewan V. Sertraline-induced hypersexuality in a patient taking bupropion // Prim Care Companion CNS Disord. – 2012. – 14 (2). pii: PCC.11l01232. DOI: 10.4088/PCC.11l01232.
43. Derbyshire Katherine L., Grant Jon E. Compulsive Sexual Behavior: A Review of the Literature // J Behav Addict. – 2015. – 4 (2). – P. 37–43.
44. Devinsky J., Sacks O., Devinsky O. Kluver-Bucy syndrome, hypersexuality, and the law // Neurocase. – 2010. – 16 (2). – P. 140–145. DOI: 10.1080/13554790903329182.
45. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. – United States: American Psychiatric Association, 2013. – 947 p.
46. Ellison J. M. Exercise-induced orgasms associated with fluoxetine treatment of depression // J Clin Psychiatry. – 1996. – 57 (12). – P. 596–597.
47. Elmore J. L., Quattlebaum J. T. Female sexual stimulation during antidepressant treatment // Pharmacotherapy. – 1997. – 17 (3). – P. 612–616.
48. Engel J., Veit M., Sinke C., Heitland I., Kneer J., Hillemacher T., Hartmann U., Kruger T.H.C. Same Same but Different: A Clinical Characterization of Men with Hypersexual Disorder in the Sex@Brain Study // J Clin Med. – 2019. – 8 (2). pii: E157. DOI: 10.3390/jcm8020157.
49. Ferrara J. M., Stacy M. Impulsive control disorders and Parkinson's disease // CNS Spectr. – 2008. – 13 (8). – P. 690–698.
50. Garcia-Campayo J., Sanz-Carrillo C., Lobo A. Orgasmic sexual experiences as a side effect of fluoxetine: a case report // Acta Psychiatr Scand. – 1995. – 91 (1). – P. 69–70.
51. Garcia-Ruiz P. J. Impulse Control Disorders and Dopamine-Related Creativity: Pathogenesis and Mechanism, Short Review,

- and Hypothesis // *Front Neurol.* – 2018. – 9. – P. 1041. DOI: 10.3389/fneur.2018.01041.
52. Gilbert F. The burden of normality: from 'chronically ill' to 'symptom free'. New ethical challenges for deep brain stimulation postoperative treatment // *J Med Ethics.* – 2012. – 38 (7). – P. 408–412. DOI: 10.1136/medethics-2011-100044.
 53. Girard R., Obeso I., Thobois S., Park S. A., Vidal T., Favre E., Ulla M., Broussolle E., Krack P., Durif F., Dreher J. C. Wait and you shall see: sexual delay discounting in hypersexual Parkinson's disease // *Brain.* – 2019. – 142 (1). – P. 146–162. DOI: 10.1093/brain/awy298.
 54. Gola M., Draps M. Ventral Striatal Reactivity in Compulsive Sexual Behaviors // *Front Psychiatry.* – 2018. – 9. – P. 546. DOI: 10.3389/fpsyt.2018.00546.
 55. Gondim F. A., Thomas F. P. Episodic hyperlibidinisism in multiple sclerosis // *Mult Scler.* – 2001. – 7 (1). – P. 67–70.
 56. Gorelick Philip B., Testai Fernando D., Hankey Graeme J., Wardlaw Joanna M. Hankey's Clinical Neurology. – 2nd ed. – CRC Press, 2014.
 57. 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. Epub 2012 Aug 24.
 58. Huang C. J., Liao H. T., Yeh G. C., Hung K. L. Distribution of HLA-DQB1 alleles in patients with Kleine-Levin syndrome // *J Clin Neurosci.* – 2012. – 19 (4). – P. 628–630. DOI: 10.1016/j.jocn.2011.08.020.
 59. 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.
 60. Huws R., Shubsachs A. P., Taylor P. J. Hypersexuality, fetishism and multiple sclerosis // *Br J Psychiatry.* – 1991. – 158. – P. 280–281.
 61. Hypersexuality – Explaining the Medical Condition Behind It. – URL: <http://www.womenhealthzone.com/womens-health/sexual-ity/hypersexuality/> (the date of the reference: 03.02.2020).

62. Hypersexuality. – URL: <https://en.wikipedia.org/wiki/Hypersexuality> (the date of the reference 02.03.2019).
63. Jhanjee A, Anand K. S., Bajaj B. K. Hypersexual features in Huntington's disease // *Singapore Med J.* – 2011. – 52 (6). – e131–133.
64. 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.
65. 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.
66. Kelley B. J., Duker A. P., Chiu P. Dopamine agonists and pathologic behaviors // *Parkinsons Dis.* 2012;2012:603631. DOI: 10.1155/2012/603631.
67. Kesler A., Gadoth N., Vainstein G., Peled R., Lavie P. Kleine – Levin syndrome (KLS) in young females // *Sleep.* – 2000. – 23 (4). – P. 563–567.
68. Kitaichi Y., Inoue T., Nakagawa S., Boku S., Kakuta A., Izumi T., Koyama T. Sertraline increases extracellular levels not only of serotonin, but also of dopamine in the nucleus accumbens and striatum of rats // *Eur J Pharmacol.* – 2010. – 647 (1–3). – P. 90–96.
69. Klos K. J., Bower J. H., Josephs K. A., Matsumoto J. Y., Ahlskog J. E. Pathological hypersexuality predominantly linked to adjuvant dopamine agonist therapy in Parkinson's disease and multiple system atrophy // *Parkinsonism & related disorders.* – 2005. – 11 (6). – P. 381–386.
70. Kraus Shane W., Voon Valerie, Potenza Marc N. Should compulsive sexual behavior be considered an addiction? // *Addiction.* – 2016. – 111 (12). – P. 2097–2106.
71. Leeman R. F., Potenza M. N. Impulse control disorders in Parkinson's disease: clinical characteristics and implications // *Neuropsychiatry.* – 2011. – 1 (2). – P. 133–147.
72. Lippe S., Gonin-Flambois C., Jambaqué I. Chapter 135. The neuropsychology of the Klüver–Bucy syndrome in children // *Handbook of Clinical Neurology. Pediatric Neurology, Part II.*, Volume 112. 1st Edition (Eds. Olivier Dulac, Maryse Lassonde, Harvey B. Sarnat). – Elsevier, 2013. – P. 1285–1288.

73. Martinkova J., Trejbalova L., Sasikova M., Benetin J., Valkovic P. Impulse control disorders associated with dopaminergic medication in patients with pituitary adenomas // *Clin Neuropharmacol.* – 2011. – 34 (5). – P. 179–181. DOI: 10.1097/ WNF.0b013e3182281b2f.
74. Mendez M. F., O'Connor S. M., Lim G. T. Hypersexuality after right pallidotomy for Parkinson's disease // *J Neuropsychiatry Clin Neurosci.* – 2004. – 16 (1). – P. 37–40. DOI: 10.1176/jnp.16.1.37
75. 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.
76. Miglis M. G., Guilleminault C. Kleine–Levin syndrome: a review // *Nat. Sci. Sleep.* – 2014. – 6. – P. 19–26.
77. 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/jnp.49.8.867
78. Modell J. G. Repeated observations of yawning, clitoral engorgement, and orgasm associated with fluoxetine administration // *J Clin Psychopharmacol.* – 1989. – 9 (1). – P. 63–65.
79. Molde H., Moussavi Y., Kopperud S. T., Erga A. H., Hansen A. L., Pallesen S. Impulse-Control Disorders in Parkinson's Disease: A Meta-Analysis and Review of Case-Control Studies // *Front Neurol.* – 2018. – 9. – P. 330. DOI: 10.3389/fneur.2018.00330. eCollection 2018.
80. 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.
81. Morris P. L. Fluoxetine and orgasmic sexual experiences // *Int J Psychiatry Med.* – 1991. – 21 (4). – P. 379–382.
82. Moscovitch A., Blashko C. A., Eagles J. M., Darcourt G., Thompson C., Kasper S., Lane R. M. International Collaborative Group on Sertraline in the Treatment of Outpatients with Seasonal Affective Disorders. A placebo-controlled study of sertraline in the treatment of outpatients with seasonal affective disorder // *Psychopharmacology (Berl).* – 2004. – 171 (4). – P. 390–397.

83. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. «NINDS Klüver-Bucy Syndrome Information Page». Retrieved 2009-10-10.
84. O'Sullivan S. S., Evans A. H., Lees A. J. Dopamine Dysregulation syndrome: an overview of its epidemiology, mechanism and management // *CNS Drugs*. – 2009. – 23 (2). – P. 157–170.
85. Oei N. Y., Rombouts S. A., Soeter R. P., van Gerven J. M., Both S. Dopamine modulates reward system activity during subconscious processing of sexual stimuli // *Neuropsychopharmacology*. – 2012. – 37 (7). – P. 1729–1737. DOI: 10.1038/npp.2012.19.
86. Orasanu B., Frasare 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.
87. 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).
88. Pike M., Stores G. Kleine–Levin syndrome: a cause of diagnostic confusion // *Arch. Dis. Child*. – 1994. – 71 (4). – P 355–357.
89. Pontone G., Williams J. R., Bassett S. S., Marsh L. Clinical features associated with impulse control disorders in Parkinson's disease // *Neurology*. – 2006. – 67 (7). – P. 1258–1261.
90. Prabhakar D., Balon R. How do SSRIs cause sexual dysfunction? // *Current Psychiatry*. – 2010. – 9. – P. 30–34.
91. Raja M., Bentivoglio A. R. Impulsive and compulsive behaviors during dopamine replacement treatment in Parkinson's Disease and other disorders // *Curr Drug Saf*. – 2012. – 7 (1). – P. 63–75.
92. Roane D. M., Yu M., Feinberg T. E., Rogers J. D. Hypersexuality after pallidal surgery in Parkinson disease // *Neuropsychiatry, neuropsychology, and behavioral neurology*. – 2002. – 15 (4). – P. 247–251.
93. Robinson K. M., Understanding hypersexuality: a behavioral disorder of dementia // *Home Healthcare Nurse*. – 2003. – 21 (1). – P. 43–47.
94. Sagar R. S., Khandelwal S. K., Gupta S. Interepisodic morbidity in Kleine–Levin syndrome // *Br. J. Psychiatry*. – 1990. – 157. – P. 139–141.

95. 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.
96. 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.
97. Schneider J. P., Schneider B. H. Couple recovery from sexual addiction/co addiction: results of a survey of 88 marriages // *Sexual Addiction & Compulsivity: The Journal of Treatment and Prevention.* – 1996. – 3. – P. 111–126.
98. Schreglmann S. R., Gantenbein A. R., Eisele G., Baumann C. R. Transdermal rotigotine causes impulse control disorders in patients with restless legs syndrome // *Parkinsonism Relat Disord.* – 2012. – 18 (2). – P. 207–209. DOI: 10.1016/j.parkreldis.2011.10.010.
99. Series Hugh, Dégano Pilar. Hypersexuality in dementia // *Advances in Psychiatric Treatment.* – 2005. – 11 (6). – P. 424–431.
100. Sex Addiction Symptoms, Causes and Effects. – URL: <https://www.psychguides.com/guides/sex-addiction-symptoms-causes-and-effects/> (the date of the reference: 02.04.2019).
101. Shaw P., Blockley A., Clough C., Chaudhuri R., Weeks R., David A. S. Hypersexuality and Parkinson's disease // *J Neurol Neurosurg Psychiat.* – 2003. – 74 (6). – P. 834–834.
102. Spinella M. Hypersexuality and dysexecutive syndrome after a thalamic infarct // *Int J Neurosci.* – 2004. – 114 (12). – P. 1581–1590.
103. Stahl S. M. *Stahl's Essential Psychopharmacology.* 3rd ed. – New York, NY: Cambridge University Press, 2008. – 1132 p.
104. 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.
105. Thomson S. R., Patil N., Ommurugan B., Bhandary R. K. A Case of Hyper Sexuality Probably Associated with Clozapine // *Psychopharmacol Bull.* – 2018. – 20. – 48 (4). – P. 20–24.

106. 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
107. van Deelen R. A., Rommers M. K., Eerenberg J. G., Egberts A. C. [Hypersexuality during use of levodopa] [Article in Dutch] // *Ned Tijdschr Geneeskd*. – 2002. – 146 (44). – P. 2095–2098.
108. Vilas D., Pont-Sunyer C., Tolosa E. Impulse control disorders in Parkinson's disease // *Parkinsonism Relat Disord*. – 2012. – 18 (Suppl 1). – P. 80–84. DOI: 10.1016/S1353-8020(11)70026-8.
109. Vogel H. P., Schiffter R. Hypersexuality: A complication of dopaminergic therapy in Parkinson's disease // *Pharmacopsychiatry*. – 1983. – 16 (4). – P. 107–110. DOI:10.1055/s-2007-101745
110. Voon V., Hassan K., Zurowski M., de Souza M., Thomsen T., Fox S., Lang A. E., Miyasaki J. Prevalence of repetitive and reward-seeking behaviors in Parkinson disease // *Neurology*. – 2006. – 67 (7). – P. 1254–1257.
111. Voon V. Repetition, repetition, and repetition: Compulsive and punning behaviors in Parkinson's disease // *Mov Disord*. – 2004. – 19 (4). – P. 367–370.
112. Walker F. O. Huntington's disease // *Lancet*. – 2007. – 369 (9557). – P. 218–228. DOI:10.1016/S0140-6736(07)60111-1
113. Weintraub D., Koester J., Potenza M. N., Siderowf A. D., Stacy M., Voon V., Whetteckey J., Wunderlich G. R., Lang A. E. Impulse control disorders in Parkinson disease: a cross-sectional study of 3090 patients // *Archives of neurology*. – 2010. – 67 (5). – P. 589–595.
114. Weintraub D., Siderowf A. D., Potenza M. N., Goveas J., Morales K. H., Duda J. E., Moberg P. J., Stern M. B. Association of dopamine agonist use with impulsive control disorders in Parkinson's disease // *Arch Neurol*. – 2006. – 63 (7). – P. 969–973.
115. 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.
116. 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.

ГЛАВА 4

ТЕСТЫ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ГИПЕРСЕКСУАЛЬНОСТИ

Существуют тесты на выявление различных форм гиперсексуальности. В англоязычной литературе чаще всего представлены четыре таких теста. Это Шкала сексуальной компульсивности (Sexual Compulsivity Scale [SCS]), Инвентаризация компульсивного сексуального поведения (Compulsive Sexual Behaviour Inventory [CSBI]), Скрининг-тест сексуальной аддикции (Sexual Addiction Screening Test [SAST]) и Инвентаризация гиперсексуального поведения (Hypersexual Behaviour Inventory [HBI]). Несмотря на то, что эти опросники пытаются измерить одно и то же базовое состояние, конструкция их различается в зависимости от того, под каким углом оно рассматривается: компульсивным, аддиктивным или гиперактивным [3]. Данные об этих шкалах представлены в таблице [3]. Название этой таблицы в оригинале следующее: «Часто используемые шкалы оценки сексуальной компульсивности, сексуальной зависимости и гиперсексуальности».

Таблица

Данные о шкалах оценки гиперсексуального поведения

Шкала оценки	Автор (ы), год	Формат оценки	Тестируемый фокус	Целевая аудитория
Шкала сексуальной компульсивности (Sexual Compulsivity Scale [SCS])	Kalichman, 1995	10 пунктов самоотчета, 4-балльная шкала Лайкерта (Likert scale)	Оценка риска ВИЧ и чрезмерной озабоченности сексуальными действиями и встречами	Гетеросексуальные (мужчины и женщины), гомосексуалы (мужчины), молодые люди, ВИЧ-инфицированные группы населения

Инвентаризация компульсивного сексуального поведения (Compulsive Sexual Behaviour Inventory [CSBI])	Coleman, Miner, Ohlerking & Raymond, 2001	28 пунктов самоотчета в трех подшкалах: контроль сексуальных импульсов (различая парафильные от непарафильных), совращение малолетних и насилие	Оценка компульсивно-поведенческих компонентов сексуального поведения	Гетеросексуальные и гомосексуальные взрослые мужчины, студенты колледжа (мужчины и женщины)
Скрининг-тест сексуальной аддикции (Sexual Addiction Screening Test [SAST]) Также смотрите подшкалы SAST-Men, SAST-Gay Men, SAST-Women	Carnes, 1989	25 вопросов самоотчета (ответы да/нет), оценивающих четыре основных компонента: озабоченность, потерю контроля, нарушение отношений, влияние на расстройство	Различение потенциальных сексуальных аддиктов от тех, которые не являются таковыми, инструкция для распознавания признаков аддиктивного сексуального поведения	Сексуальные преступники, гетеросексуальные студенты колледжа (мужчины и женщины), ветераны, врачи, геи, гетеросексуальные мужчины
Инвентаризация гиперсексуального поведения (Hypersexual Behaviour Inventory [HBI])	Reid, Garos & Carpenter, 2011	19 пунктов самоотчета, 5-балльная шкала Лайкерта (Likert scale). Три измеряемых фактора: копинг, контроль и последствия	Оценка по критериям, предлагаемым в DSM-5 для гиперсексуального расстройства*	Мужчины, получающие амбулаторную помощь

* *Примечание: в DSM-5 шифр «гиперсексуальное расстройство» отсутствует [2].*

Краткое представление четырех основных оценочных шкал для сексуальной зависимости, сексуальной компульсивности и гиперсексуальности, включая авторов, год пер-

вого появления в литературе, формат оценки, фокус оценки и целевые группы населения у которых шкала была проверена опытным путем».

Подробно представим Скрининг-тест сексуальной аддикции (Sexual Addiction Screening Test [SAST]) [1], который в 1988 году был разработан Патриком Карнесом (Patrick Carnes), ведущим специалистом в сфере изучения сексуальной зависимости.

Инструкция

Внимательно прочитайте каждое утверждение и сделайте выбор между ответами «Да» или «Нет». За каждый положительный ответ начисляется 1 балл.

Вопросы

1. Подвергались ли вы сексуальным домогательствам в детском или подростковом возрасте?

2. Являлись ли вы когда-либо подписчиком журналов откровенно сексуальной направленности или приобретали их регулярно?

3. Были ли у ваших родителей отклонения в сексуальном поведении?

4. Часто ли вас занимают мысли сексуального характера?

5. Ощущаете ли вы, что ваше сексуальное поведение ненормально?

6. Вызывает ли ваше сексуальное поведение озабоченность или жалобы у вашей/вашего супруги/супруга (или другого близкого вам человека)?

7. Можете ли вы с легкостью отказаться от той или иной линии своего сексуального поведения, если осознаете его неадекватность?

8. Испытываете ли вы когда-либо неприятные чувства в отношении своего сексуального поведения?

9. Возникали ли у вас или в вашей семье когда-либо проблемы, связанные с вашим сексуальным поведением?

10. Обращались ли вы когда-либо за помощью по поводу своего сексуального поведения, которое вы не одобряли?

11. Вызывали ли у вас когда-либо беспокойство люди, интересующиеся вашим сексуальным поведением?

12. Было ли когда-либо ваше сексуальное поведение оскорбительным для кого бы то ни было?

13. Совершаете ли вы какие-либо сексуальные действия, вступающие в противоречие с законом?

14. Давали ли вы себе когда-нибудь обещание отказаться от каких-либо действий в своем сексуальном поведении?

15. Предпринимали ли вы когда-нибудь попытки радикально изменить свое сексуальное поведение, которые в результате ни к чему не привели?

16. Приходится ли вам скрывать некоторые формы проявления своего сексуального поведения от других людей?

17. Пытались ли вы отказаться от каких-либо видов своих сексуальных действий?

18. Чувствовали ли вы себя когда-нибудь униженным вследствие своего сексуального поведения?

19. Являлся ли когда-либо для вас секс попыткой уйти от проблем?

20. Бывали ли вы когда-нибудь в подавленном настроении после того, как занимались сексом?

21. Испытывали ли вы когда-нибудь потребность отказаться от той или иной формы проявления сексуального поведения?

22. Мешало ли когда-либо ваше сексуальное поведение семейной жизни?

23. Были ли у вас когда-нибудь сексуальные партнеры из представителей сексуальных меньшинств?

24. Можете ли вы контролировать свое сексуальное желание?

25. Бывает ли у вас впечатление, что ваше сексуальное желание выходит из-под вашего контроля?

Интерпретация результатов

Если на 13 из 25 вопросов даны утвердительные ответы, то респондент имеет высокую вероятность наличия сексуальной аддикции.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Скрининг-тест на выявление сексуальной аддикции (П. Карнес). 27 июля 2016. – URL: <http://psy-cliniinfo/index.php/testy/179-skrining-test-na-vyyavlenie-seksualnoj-addiktsii-p-karnes> (дата обращения: 15.06.2019).
2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. – United States: American Psychiatric Association, 2013. – 947 p.
3. Stewart H., Fedoroff P. Assessment and Treatment of Sexual People with Complaints of Hypersexuality // Curr Sex Health Rep. – 2014. – 6. – P. 136–144. DOI: 10.1007/s11930-014-0017-7

ГЛАВА 5

БИОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРСЕКСУАЛЬНОСТЬЮ

Оснополагающим принципом устранения гиперсексуальности (ГС) является элиминация причин, которые обуславливают ее существование [6]. Так, например, если причиной ГС является гипоманиакальное / маниакальное состояние, то его купирование приводит к ее элиминации [14]. Для устранения ГС используются различные меры воспитательного характера, разные методы психотерапии и биологическая терапия, в основном медикаментозная. В данной главе речь пойдет о биологической терапии ГС.

Фармакотерапия

Для устранения ГС используются лекарственные вещества следующих групп:

1. Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС). Так как некоторые считают, что гиперсексуальное поведение является обсессивно-компульсивным расстройством, было предложено использовать СИОЗС в качестве эффективных лечебных средств. Однако другие считают, что их эффективность обусловлена антилибидинальным действием. Опрос немецких сексологов показал, что СИОЗС снижают частоту и интенсивность побудительных мотивов сексуального поведения среди сексуальных аддиктов [9]. СИОЗС могут уменьшить сильные сексуальные побуждения и страстное желание, которые характеризуют сексуальную зависимость [42]. Отчеты демонстрируют, что пациенты успешно лечились пароксетином в дозе 20 мг в день [14]. Свою эффективность при компульсивном сексуальном поведении в двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании продемонстрировал такой антидепрессант, относящийся к группе СИОЗС, как циталопрам [45]. Предварительно свою эффективность при компульсивном сексуальном расстройстве продемонстри-

ровали относящиеся к этой группе флуоксетин (прозак) и сертралин [25].

2. Трициклические антидепрессанты. Хорошие результаты были получены при использовании при гиперсексуальности кломипрамина, который является трициклическим антидепрессантом, обладающим некоторыми свойствами СИОЗС [14].

3. Блокаторы опиатных рецепторов были использованы при компульсивном сексуальном поведении (КСП). 19 пациентов мужского пола с КСП принимали налтрексон. Его эффективность оценивали ретроспективно. Семнадцать (89 %) из 19 пациентов сообщили об ослаблении симптомов КСП при приеме налтрексона в течение периода времени от 2-х месяцев до 2,3 года [36]. Как известно, налтрексон – препарат, который используется для лечения алкоголизма и опиоидной зависимости.

J. M. Bostwick, J. A. Bucci [8] представили случай, где речь шла о 24-летнем мужчине, который обратился за помощью в связи со своей сексуальной зависимостью. Он сообщил, что каждый день часами находится в чате онлайн, мастурбирует и имеет сексуальные кибер-контакты. Пациенту был назначен сертралин, а также проводились различные виды психосоциального консультирования, что давало небольшое улучшение. После добавления к лечению налтрексона он сообщил о значительном улучшении способности контролировать свое сексуальное поведение. Когда прием налтрексона был прекращен, сексуальная тяга вернулась, но после возобновления его использования она вновь уменьшилась. Для устранения расстройств контроля импульсов при болезни Паркинсона вследствие использования дофаминергических препаратов применяется налмефен [33].

4. Антиэпилептические препараты. Сообщается, что противосудорожный препарат габапентин, структура которого близка к гамма-аминомасляной кислоте (ГАМК), участвует в процессах торможения в центральной нервной системе. Он может усиливать синтез ГАМК в головном мозге, уменьшая высвобождение моноаминовых медиаторов [40]. При

болезни Альцгеймера в тканях головного мозга имеет место дефицит ГАМК, с которым ассоциируются поведенческие расстройства [19]. Получены данные о том, что габапентин эффективен в терапии поведенческих расстройств, наблюдающихся при деменции [20; 38], и купировании ажитации при болезни Альцгеймера [37].

Приводится клиническое наблюдение, где речь идет о пациенте с сосудистой деменцией, которому был назначен габапентин, что привело к уменьшению ажитации и редукции проявлений неадекватного сексуального поведения [31]. Также сообщают об успешном лечении габапентином сексуальной расторможенности у трех подопечных лиц домов престарелых с медицинским обслуживанием (двух с болезнью Альцгеймера и одного с сосудистой деменцией) [5]. Следует отметить, что габапентин считается относительно безопасным препаратом для лиц пожилого возраста.

О возможности устранения гиперсексуальности при использовании карбамазепина сообщают Н. Hanada и соавт. [18]. Карбамазепин и вальпроевая кислота, которые часто назначаются в качестве вспомогательных средств при поведенческих проявлениях деменции, продемонстрировали некоторую эффективность при сексуальной расторможенности [41]. При гиперсексуальности также назначают зонисамид. В частности, он используется для устранения импульсивных и компульсивных расстройств, обусловленных приемом допаминергических средств при болезни Паркинсона [33].

5. Транквилизаторы. Определенным эффектом в терапии больных с гиперсексуальностью обладают транквилизаторы. Так, мы наблюдали терапевтический эффект при приеме феназепама. Об использовании при этой патологии бензодиазепинов, к которым относится феназепам, сообщали и другие авторы [28]. Положительный эффект при данном расстройстве отмечался при приеме транквилизатора (анксиолитика) буспилона [28].

6. Нейролептики. Для лечения больных с гиперсексуальностью нами у ряда пациентов с успехом применялся тиоридазин (сонапакс, меллерил). Существуют рекомендации по использованию в случаях развития расстройств кон-

троля импульсов при болезни Паркинсона низких доз кветиапина и клозапина, которые обладают антидопаминергическим действием [33]. Hugh Series, Pilar Décano [41] сообщают, что в лечении расторможенного сексуального поведения при деменции используются нейролептики. Однако очень мало опубликованных данных об их эффективности и безопасности для этой группы больных. В Великобритании особое внимание было уделено повышенному риску развития цереброваскулярных расстройств у пациентов с деменцией, принимающих оланзапин или рисперидон.

7. Ингибитор холинэстеразы ривастигмин. Описан случай пациента с болезнью Альцгеймера, у которого имела место гиперсексуальность, успешно лечившегося ривастигмином [12]. Указанный препарат применяют для симптоматического лечения деменции легкой или умеренной степени, а также с целью симптоматического лечения деменции у больных, страдающих болезнью Паркинсона легкой или умеренной степени.

8. Антиандрогены. Антиандрогены снижают уровень тестостерона, что ведет к устранению гиперсексуального поведения. Наиболее часто используемыми препаратами этой группы являются ципротерона ацетат (андрокур) и медроксипрогестерона ацетат. Ципротерона ацетат блокирует андрогенные рецепторы. Функционируя по конкурентному механизму, он угнетает действие андрогенов на их органы-мишени, а также обладает центральным антигонадо-тропным действием, приводящим к снижению синтеза тестостерона в яичках и его содержания в сыворотке крови [41].

P. Haussermann и соавт. [20] сообщили, что проявления неконтролируемого сексуального поведения у мужчины с сосудистой деменцией и у мужчины с болезнью Паркинсона с сопутствующей деменцией эффективно редуцировались при введении ципротерона ацетата.

Медроксипрогестерона ацетат – мощный прогестоген, который снижает концентрацию тестостерона в сыворотке крови, ингибируя высвобождение лютеинизирующего гормона посредством отрицательной обратной связи в рецепторах гипоталамуса и таким образом снижая секрецию тестос-

стерона в яичках [41]. Прогестогены обладают антиандрогенной активностью за счет снижения активности 5 α -редуктазы и уменьшения образования активного метаболита тестостерона 5 α -дигидротестостерона, а также за счет повышения в крови уровня ГСПС (глобулина, связывающего половые стероиды). Они также понижают экспрессию андрогенных рецепторов в тканях и, следовательно, их чувствительность к андрогенам [4].

В одном исследовании пациентам с болезнью Вилсона-Коновалова с психотическими нарушениями внутримышечно в течение одного года раз в неделю вводили 300 мг медроксипрогестерона ацетата. В результате этого гиперсексуальное поведение было устранено в течение двух недель от начала лечения, а через год эффект сохранялся у 75 % пациентов, которые получили данное лечение [44]. В другом исследовании также использовался медроксипрогестерона ацетат, который вводили внутримышечно, что приводило к устранению агрессивного гиперсексуального поведения у больного с тяжелым травматическим поражением головного мозга [11].

Сообщается, что в ряде случаев циметидин, который применяется при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, рефлюкс-эзофагите и др. состояниях, может оказывать антиандрогенный эффект. Так, у одного 66-летнего мужчины употребление этого препарата привело к развитию сексуальной дисфункции. При этом фиксировали снижение уровня в крови тестостерона и повышение уровня гонадотропного гормона (автор не указывает, какого именно) [27]. Также сообщалось, что это лекарство способствовало снижению либидо и редуцировало проявления гиперсексуального поведения у 14 из 20 пациентов с деменцией [46]. Остальные шесть пациентов положительно отреагировали на комбинацию циметидина с кетоконазолом, спиронолактоном или с обоими вместе. Эти препараты также оказывают антиандрогенное действие.

9. Эстрогены. Hugh Series, Pilar Dégano [41] отмечают, что эстрогены (эстрон, эстрадиол и диэтилстильбестрол) снижают выработку лютеинизирующего и фолликулостиму-

лирующего гормонов, что, в свою очередь, ведет к уменьшению секреции тестостерона. Они сообщают, что есть мало публикаций об использовании эстрогенных препаратов для устранения гиперсексуального поведения у людей с деменцией. Это, возможно, связано с тем, что существует много факторов риска развития у лиц пожилого возраста сердечно-сосудистой патологии и тромбоэмболии. Также установлена связь между смертью вследствие сердечно-сосудистых заболеваний и употреблением диэтилстильбестрола у мужчин по поводу рака предстательной железы [29]. В одном исследовании заметное улучшение сексуального поведения наблюдалось после перорального приема эстрогенного препарата или использования пластыря с эстрогеном у 38 из 39 мужчин с когнитивными нарушениями [30]. Также приводится клиническое наблюдение, где гиперсексуальное поведение мужчины с когнитивными нарушениями прекратилось после назначения ему 1 мг диэтилстильбестрола два раза в день [26].

10. Аналоги гонадотропин-рилизинг гормона. Гонадотропин-рилизинг-гормон (ГнРГ) (гонадорелин, гонадолиберин, гонадотропин-рилизинг-фактор) вызывает усиление секреции передней долей гипофиза гонадотропных гормонов – лютеинизирующего гормона (ЛГ) и фолликулостимулирующего гормона (ФСГ). Так как ГнРГ в большей степени влияет на секрецию ЛГ, чем ФСГ, он также известен под названием люлиберин или лютрелин. Синтетические аналоги ГнРГ обладают антигонадотропным действием. Механизм их действия основан на непосредственном влиянии на гонады путем уменьшения чувствительности периферических рецепторов к воздействию ГнРГ. После короткого начального периода стимуляции гонадотропной функции гипофиза, что проявляется кратковременным повышением концентрации гонадотропинов, аналоги ГнРГ подавляют секрецию ЛГ и ФСГ, а, соответственно, функцию яичек и яичников, так как при постоянном введении этих аналогов гипофиз перестает реагировать на эндогенный ГнРГ, что приводит к выраженному уменьшению секреции

тестостерона яичками мужчин и эстрогенов яичниками женщин [32].

Hugh Series, Pilar Dégano [41] отмечают, что лейпрорелин (leuprorelin), трипторелин (triptorelin) и гозерелин (goserelin), которые относятся к характеризуемой группе препаратов, используются для лечения лиц, совершивших сексуальные преступления, а также людей с тяжелыми парафилиями [10]. S. S. Rich и F. Ovsiev [38] сообщают о том, что лейпрорелин (лейпролида ацетат) оказался эффективным в терапии эксгибиционизма у пациента с хореей Гентингтона. Также описан клинический случай, когда этот препарат использовался для лечения сексуальной агрессии у пациента с деменцией и синдромом Клювера–Бьюси [32].

11. Карбонат лития относится к группе нормотимиков (нормотимическим средствам, стабилизаторам настроения). Основным свойством этих психотропных препаратов является способность стабилизировать настроение у психически больных, прежде всего у больных с аффективными расстройствами (биполярным аффективным расстройством, рекуррентной большой депрессией, циклотимией, дистимией, шизоаффективным расстройством и др.), а также полностью предотвращать или смягчать и укорачивать рецидивы (фазы) аффективных расстройств, тормозить прогрессирование болезни и развитие быстрой смены фаз. Кроме того, нормотимики также обладают способностью смягчать «острые углы характера», раздражительность, неуживчивость, вспыльчивость, импульсивность, дисфорию у пациентов с различными психическими расстройствами [3].

Карбонат лития может оказывать специфическое воздействие на лимбическую кору и, возможно, на базальные ганглии лобной доли. Это объясняет тот факт, что он может быть эффективен при лечении обсессивно-компульсивных расстройств, особенно в резистентных случаях [22; 34].

12. Для устранения гиперсексуальности также рекомендуют **бета-адреноблокатор пропранолол** [28].

Ведение пациентов с болезнью Паркинсона (БП), у которых расстройства контроля импульсов (РКИ) развились в результате лечения агонистами дофамина (АД), включает в

себя прекращение их использования или переключение с АД на другие препараты для лечения БП.

А. В. Никитина, Н. В. Федорова [2] отмечают, что если у больных БП выявлено развитие импульсивно-компульсивного синдрома, то доза агонистов дофаминовых рецепторов (АДР) должна быть уменьшена. Если состояние быстро не улучшается в течение 2 нед, то необходимо полностью прекратить применение этих препаратов и назначить препараты леводопы. В том случае, если пациент уже получает комбинированную терапию АДР и препаратами леводопы, то доза леводопы должна быть постепенно увеличена под контролем двигательных симптомов.

Устранение гиперсексуальности путем изменения в фармакотерапии достигается и в других случаях, когда это расстройство является результатом медикаментозного лечения. Сообщается о двух пациентках с шизофренией, которые получали лечение арипипразолом, являющимся атипичным нейролептиком. Так, у одной 37-летней пациентки это привело к появлению желания ежедневного полового акта, а также частому использованию интернет-порнографии, чего не отмечалось до назначения данного препарата. У другой пациентки 36 лет отмечалось возросшее сексуальное желание и активизация сексуального поведения, что проявлялось в мастурбации, сексуальных фантазиях и более частом просмотре порнографических материалов. Кроме того, она иногда испытывала неспровоцированные спонтанные сексуальные желания по отношению к незнакомцам. Новое сексуальное поведение смущало пациентку, беспокоило ее и вызывало у нее чувство вины. После прекращения употребления арипипразола «ее похоть высокого уровня» быстро нивелировалась, и сексуальные потребности и проявления вернулись к исходному уровню. Авторы данного сообщения утверждают, что уникальный фармакологический профиль арипипразола, его частичный агонизм с высоким сродством к допаминному D2-рецептору, возможно, способствовали развитию симптомов гиперсексуальности [13].

Отмечается важность лечения сопутствующих гиперсексуальности патологий, таких как токсикомания, расстройства настроения и тревожность [24]. Eli Coleman и соавт. [15], ссылаясь на другие работы [7; 23; 35], отмечают, что медикаментозная терапия при импульсивно-компульсивном сексуальном поведении должна использоваться для лечения многих распространенных сопутствующих патологических психических состояний (например, депрессии, беспокойства, синдрома дефицита внимания, посттравматического стрессового расстройства, токсикомании), которые могут прямо или косвенно влиять на проблемное сексуальное поведение.

Помимо медикаментозной коррекции, для устранения гиперсексуальности крайне редко используется электросудорожная терапия. Есть сообщение о положительном эффекте от её применения у подростка с тяжелыми нарушениями, страдавшего аутизмом и классическим биполярным расстройством I, включая эпизодическую картину снижения потребности во сне, гиперсексуальность, «экспансивный и возбужденный аффект», агрессию, самоповреждения и разрушение имущества [43].

Хирургические вмешательства

А. В. Никитина, Н. В. Федорова [2] отмечают, что глубинная стимуляция мозга (ГСМ) у пациентов с болезнью Паркинсона (БП), наряду с уменьшением проявлений импульсивно-компульсивного синдрома (ИКС), может также провоцировать развитие поведенческих нарушений. Они сообщают, что сведения о воздействии ГСМ на импульсивные и компульсивные расстройства поведения противоречивы. После проведения операции может быть как усиление, так и уменьшение интенсивности их проявлений [17]. Описан ряд пациентов с ИКС, существовавшим до ГСМ, у которых ухудшилось поведение после проведения операции; у части пациентов присоединялись другие виды ИКС [16]. В то же время выявлены больные БП с предоперационным развитием ИКС, проявления которого полностью регрессировали или значительно уменьшились после ГСМ.

Данные, приведенные в этой главе, ранее были изложены нами в статье, опубликованной в специализированном журнале [1].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кочарян Г. С. Биологическая терапия больных с гиперсексуальностью // Здоровье мужчины. – 2019. – №3 (70). – С. 43–46. DOI: <https://doi.org/10.30841/2307-5090.3.2019.185357>
2. Никитина А. В., Федорова Н. В. Импульсивно-компульсивный синдром при болезни Паркинсона // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Спецвыпуски (Выпуск 2. Неврология и психиатрия пожилого возраста). – 2013. – 113 (7). – Р. 32–38.
3. Нормотимики. – URL: [https://ru.wikipedia.org/wiki/ Нормотимики](https://ru.wikipedia.org/wiki/Нормотимики) (дата обращения: 23.08.2019).
4. Прогестогены. – URL: [https://ru.wikipedia.org/wiki/ Прогестогены](https://ru.wikipedia.org/wiki/Прогестогены) (дата обращения: 19.08.2019).
5. Alkhalil C., Tanvir F., Alkhalil B., Lowenthal D. T. Treatment of sexual disinhibition in dementia: case reports and review of the literature // Am J Ther. – 2004. – 11 (3). – P. 231–235.
6. Asiff M., Sidi H., Masiran R., Kumar J., Das S., Hatta N. H., Alfonso C. Hypersexuality As a Neuropsychiatric Disorder: The Neurobiology and Treatment Options // Curr Drug Targets. – 2018. – 19 (12). – P. 1391–1401. DOI: 10.2174/1389450118666170321144931.
7. Black D. W., Kehrberg L. L., Flumerfelt D. L., Schlosser S. S. Haracteristics of 36 subjects reporting compulsive sexual behavior // American Journal of Psychiatry. – 1997. – 154 (2). – P. 243–249. DOI: 10.1176/ajp.154.2.243
8. Bostwick J. M., Bucci J. A. Internet sex addiction treated with naltrexone // Mayo Clin Proc. – 2008. – 83 (2). – P. 226–230.
9. Briken P., Habermann N., Berner W., Hill A. Diagnosis and treatment of sexual addiction: A survey among German sex therapists // Sex Addict Compulsivity. – 2007. – 14. – P. 131–143.
10. Briken P., Hill A., Berner W. Pharmacotherapy of paraphilias with long-acting agonists of luteinizing hormone-releasing

- hormone: a systematic review // *J Clin Psychiatry*. – 2003. – 64 (8). – P. 890–897.
11. Britton K. R. Medroxyprogesterone in the treatment of aggressive hypersexual behavior in traumatic brain injury // *Brain Inj*. – 1998. – 12 (8). – P. 703–707.
 12. Canevelli M., Talarico G., Tosto G., Troili F., Lenzi G. L., Bruno G. Rivastigmine in the Treatment of Hypersexuality in Alzheimer Disease // *Alzheimer Dis Assoc Disord*. – 2013. – 27 (3). – P. 287–288. DOI: 10.1097/WAD.0b013e31825c85ae.
 13. Cheon E., Koo B. H., Seo S. S., Lee J. Y. Two Cases of Hypersexuality Probably Associated with Aripiprazole // *Psychiatry Investig*. – 2013. – 10 (2). – P. 200–202. DOI: 10.4306/pi.2013.10.2.200.
 14. Chughtai B., Sciallo D., Khan S. A., Rehman H., Mohan E., Rehman J. Etiology, diagnosis & management of hypersexuality: a review // *The Internet Journal of Urology*. – 2010 – 6 (2). DOI: 10.5580/1231
 15. Coleman Eli, Dickenson Janna A., Girard Abby, Nicole Rider G., Candelario-Pérez Leonardo E., Becker-Warner Rachel, Kovic Alexander G., Munns Rosemary. An Integrative Biopsychosocial and Sex Positive Model of Understanding and Treatment of Impulsive/Compulsive Sexual Behavior // *Sexual Addiction & Compulsivity*. – 2018. – 25 (2–3). – P. 125–152. DOI: 10.1080/10720162.2018.1515050
 16. Djamshidan A., Cardoso F., Grosset D., Bowden-Jones H., Lees A. J. Pathological gambling in Parkinson's disease – a review of a literature // *Mov Disord*. – 2011. – 26 (11). – P. 1976–1984.
 17. Ferrara J. M., Stacy M. Impulsive control disorders and Parkinson's disease // *CNS Spectr*. – 2008. – 13 (8). – P. 690–698.
 18. 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.
 19. Hardy J., Cowburn R., Barton A., Reynolds G., Dodd P., Wester P., O'Carroll A. M., Lofdahl E., Winblad B. A disorder

- of cortical GABAergic innervation in Alzheimer's disease // *Neurosci Lett.* – 1987. – 73 (2). – P. 192–196.
20. Haussermann P., Goecker D., Beier K., Schroeder S. Low-dose cyproterone acetate treatment of sexual acting out in men with dementia // *International Psychogeriatrics.* – 2003. – 15 (2). – P. 181–186.
 21. Herrmann N., Lanctôt K., Myszak M. Effectiveness of gabapentin for the treatment of behavioral disorders in dementia // *J Clin Psychopharmacol.* – 2000. – 20 (1). – P. 90–93.
 22. Jefferson J. W. Lithium encyclopedia for clinical practice. 2nd ed. – Washington, DC: American Psychiatric Press, 1987.
 23. Kafka M. P., Prentky R. A. Compulsive sexual behavior characteristics // *American Journal of Psychiatry.* – 1997. – 154 (11). – P. 1632. DOI: 10.1176/ajp.154.11.1632
 24. Kaplan M. S., Krueger R. B. Diagnosis, assessment, and treatment of hypersexuality // *J Sex Res.* – 2010. – 47 (2). – P. 181–198.
 25. Kraus Shane W., Voon Valerie, Potenza Marc N. Should compulsive sexual behavior be considered an addiction? // *Addiction.* – 2016. – 111 (12). – P. 2097–2106.
 26. Kyomen H. H., Nobel K. W., Wei J. Y. The use of estrogen to decrease aggressive physical behavior in elderly men with dementia // *J Am Geriatr Soc.* – 1991. – 39 (11). – P. 1110–1112.
 27. Lardinois C. K., Mazzaferri E. L. Cimetidine blocks testosterone synthesis // *Arch Intern Med.* – 1985. – 145 (5). – P. 920–922.
 28. Lesser J. M., Hughes S. V., Jemelka J. R., Griffith J. Sexually inappropriate behaviors. Assessment necessitates careful medical and psychological evaluation and sensitivity // *Geriatrics.* – 2005. – 60 (1). – P. 34, 36–37.
 29. Levitsky A. M., Owens N. J. Pharmacologic treatment of hypersexuality and paraphilias in nursing home residents // *J Am Geriatr Soc.* – 1999. – 47 (2). – P. 231–234.
 30. Lothstein L. M., Fogg-Waberski J., Reynolds P. Risk management and treatment of sexual disinhibition in geriatric patients // *Conn Med.* – 1997. – 61 (9). – P. 609–618.

31. Miller L. J. Gabapentin for treatment of behavioral and psychological symptoms of dementia // *Annals of Pharmacotherapy*. – 2001. – 35. – P. 427–431.
32. Ott B. R. Leuprolide treatment of sexual aggression in a patient with dementia and the Klüver-Bucy syndrome // *Clin Neuropharmacol*. – 1995. – 18 (5). – P. 443–447.
33. Raja M., Bentivoglio A. R. Impulsive and compulsive behaviors during dopamine replacement treatment in Parkinson's Disease and other disorders // *Curr Drug Saf*. – 2012. – 7 (1). – P. 63–75.
34. Rasroussen S. A. Lithium and tryptophan augmentation in clomipramine-resistant obsessive-compulsive disorder // *American Journal of Psychiatry*. – 1984. – 141 (10). – P. 1283–1285.
35. Raymond N. C., Coleman E., Miner M. Psychiatric comorbidity and compulsive/impulsive traits in compulsive sexual behavior // *Comprehensive Psychiatry*. – 2003. – 44 (5). – P. 370–380. DOI:10.1016/S0010-440X(03)00110-X)
36. Raymond N. C., Grant J. E., Coleman E. Augmentation with naltrexone to treat compulsive sexual behavior: a case series // *Ann Clin Psychiatry* – 2010. – 22 (1). – P. 56–62.
37. Regan W. M., Gordon S. M. Gabapentin for behavioral agitation in Alzheimer's disease // *J Clin Psychopharmacol*. – 1997. – 17 (1). – P. 59–60.
38. Rich S. S., Ovsiew F. Leuprolide acetate for exhibitionism in Huntington's disease // *Mov Disord*. – 1994. – 9 (3). – P. 353–357.
39. Roane D. M., Feinberg T. E., Meckler L., Miner C. R., Scicutella A., Rosenthal R. N. Treatment of dementia-associated agitation with gabapentin // *J Neuropsychiatry Clin Neurosci*. – 2000. – 12 (1). – P. 40–43.
40. Semanchuk M. R., Labiner D. M. Gabapentin and lamotrigine: prescribing guidelines for psychiatry // *Journal of Practical Psychiatry and Behavioral Health*. – 1997. – 3. – P. 334–342.
41. Series Hugh, Dégano Pilar. Hypersexuality in dementia // *Advances in Psychiatric Treatment*. – 2005. – 11 (6). – P. 424–431. <https://doi.org/10.1192/apt.11.6.424>

42. Sex Addiction Symptoms, Causes and Effects. – URL: <https://www.psychguides.com/guides/sex-addiction-symptoms-causes-and-effects/> (the date of the reference: 02.04.2019).
43. Siegel M., Milligan B., Robbins D., Prentice G. Electroconvulsive therapy in an adolescent with autism and bipolar I disorder // J ECT. – 2012. – 28 (4). – P. 252–255. DOI: 10.1097/YCT.0b013e31825cec86.
44. Volpe F. M., Tavares A. Cyproterone for hypersexuality in a psychotic patient with Wilson's disease // Aust N Z J Psychiatry. – 2000. – 34 (5). – P. 878-879.
45. Wainberg M. L., Muench F., Morgenstern J., Hollander E., Irwin T. W., Parsons J. T., Allen A., O'Leary A. A double-blind study of citalopram versus placebo in the treatment of compulsive sexual behaviors in gay and bisexual men // The Journal of clinical psychiatry. – 2006. – 67 (12). – P. 1968–1973.
46. Wiseman S. V., McAuley J. W., Freidenberg G. R., Freidenberg D. L. Hypersexuality in patients with dementia: possible response to cimetidine // Neurology. – 2000. – 54 (10). – P. 2024.

ГЛАВА 6

ПСИХОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРСЕКСУАЛЬНОСТЬЮ

Для лечения больных с гиперсексуальностью используются различные методы психотерапии: когнитивно-поведенческая, психодинамическая, парная, семейная, групповая [23] и др.

При работе с порноаддикцией рекомендуют использовать **мотивационное интервьюирование (МИ)**, которое работает на «встречу с пациентом, где бы он не находился» в своей текущей зависимости, и помогает принять ему собственное решение, если он готов внести изменения в свою жизнь [31]. МИ – это техника консультирования, в которой консультант становится помощником в процессе изменения поведения. Она объединяет самые эффективные и в то же время простые приемы ведения беседы (вопросы, слушание, подведение итогов и поддержка). МИ – это процесс совместного с консультантом рассмотрения стимулов, побуждающих человека к принятию решения и действию или бездействию по отношению к какой-либо ситуации [10]. МИ может оказать мощное драматическое и продолжительное влияние на поведение человека [31]. «МИ как способ помощи возникло тогда, когда для специалистов стало очевидно, что обычное принуждение к действиям или объяснение, что и как надо делать, не оказывались эффективными в попытке поддержать человека в трудном процессе изменения собственной жизни» [1].

Важную роль в терапии сексуально зависимых играет **психообразование**. Психотерапевт может объяснить пациенту как возникает и развивается сексуальная аддикция, а также какими факторами поддерживается. Помимо этого, больному необходимо порекомендовать литературу, которая может быть ему полезна. Важно, чтобы клиент как можно больше узнал о своей зависимости и основополагающих убеждениях, которые привели к искаженному и деструктивному мышлению и, как следствие, к навязчивому сексуально

ориентированному когнитивному состоянию и возникновению ритуалов, усиливающих желание следовать своим деструктивным пристрастиям [14].

Пациенты с сексуальной аддикцией перед началом лечения и в его процессе должны подвергаться массивной **когнитивной интервенции**, направленной на разъяснение различных негативных последствий сексуальной зависимости (общее и сексуальное здоровье, взаимоотношения с супругой и состояние ее здоровья, работоспособность и др.). Правда следует отметить, что когда за помощью по собственной инициативе обращается сам аддикт, то он уже достаточно хорошо информирован о таких негативных последствиях, которые испытал на самом себе, что и послужило причиной его обращения за медицинской помощью.

Сообщалось, что **когнитивно-поведенческая терапия (КПТ)** успешна в лечении сексуальной зависимости. В ее фокусе находится идея, что наши мысли, эмоции и поведение взаимосвязаны, а ее целью является изменение негативных мыслей на позитивные. Она помогает пациентам распознавать ситуации, в которых они с наибольшей вероятностью могут участвовать в саморазрушительном поведении, избегать их и справляться с ними. КПТ часто сосредоточивается на негативных мыслях о себе, других и мире (например, «Я никогда не перестану смотреть порно») и изменяет их на более позитивные или функциональные мысли (например, «Если бы я работал над этим, я был бы в состоянии перестать смотреть порно») [31].

КПТ предоставляет различные подходы, помогающие человеку изменить свое поведение, избежать рецидивов и перепрограммировать деструктивное сексуальное поведение. Она обеспечивает принятие рационального подхода и закона энтропии, неприятных и болезненных эмоций, опроса, а также использование определенных методов преодоления [27].

Отмечается, что программы КПТ повышают самооценку и уверенность в себе. Тем самым они уменьшают беспокойство и другие возможные сопутствующие зависимости. Навыки совладания, приобретенные и усвоенные во время

КПТ, кроме того, снижают риск рецидива в будущем. Сеансы КПТ предоставляют сексуальным аддиктам возможность более умело управлять своими реакциями на ситуации, хотя могут занимать много времени [15].

Сообщается [15], что КПТ сексуально зависимых лиц используется для обуздания иррациональных мыслей и основных дисфункциональных убеждений, усиливающих зависимость сексуальных аддиктов. Она является основой для лечения сексуальной зависимости и может проводиться как при индивидуальной, так и при групповой терапии [17].

КПТ включает усилия, направленные на подавление в краткосрочной перспективе поведения, вызывающего привыкание, прежде чем сосредоточиться на других долгосрочных вопросах. Эти воздействия направлены на решение и поиск путей смягчения проблем, которые вызывают эмоциональный дискомфорт, с последующим возникновением желания пациентов уйти от компульсивной сексуальной активности. С этой целью могут использоваться ролевые игры, ведение журналов, общение с поддерживающим другом в процессе выздоровления или, например, участие в домашних делах [27].

Кроме того, КПТ аддиктов направлена на оказание им помощи в принятии здорового мышления, что помогает им понять свои побуждения, предотвратить рецидив, отказаться от фантазий и другого зависимого поведения, делая или практикуя что-то еще [17; 27]. Эта стратегия дает пациенту возможность избежать рецидивов и перепрограммировать свое деструктивное сексуальное поведение.

Сеансы терапии направлены на то, чтобы инициировать стадию предварительного размышления путем информирования аддикта о последствиях зависимого поведения и вызвать мысли о здоровых действиях. Предложения об участии в других мероприятиях и здоровом поведении (таком, как ведение журнала), а также акцент на этом направлены на подготовку аддикта к действиям или изменение его поведения (стадия подготовки). Кроме того, аддикт призван осуществлять изменения (стадия действия), практикуя предложенное здоровое поведение. Для обеспечения устойчивых

изменений поведения и поощрения к продолжению нового здорового поведения дома в регулярно проводимые последующие сеансы также включается стадия поддержки [15].

J. Hallberg и соавт. [21] в своей статье сообщают о результатах контролируемого рандомизированного исследования эффективности лечения гиперсексуальных мужчин с использованием группового варианта КСП. Всего в исследовании приняли участие 137 лиц мужского пола. Из них у 70 чел. использовалась КПТ, а 67 чел. вошли в контрольный список ожидания (начали получать лечение спустя 8 недель). Программа терапии состояла из следующих 7 модулей, которые реализовались на групповых сессиях в течение 7 недель посредством лекций и письменных материалов:

1. Введение в текущее исследование и предоставление основ сведений относительно КПТ и гиперсексуального расстройства.

2. Предоставление сведений об «излишках и недостатках» поведения, базовый поведенческий / функциональный анализ и стимулирование мотивации.

3. Побуждение к занятию техниками и идентификации ценностей.

4. Поведенческая активизация в соответствии с установленными значениями и расширенный поведенческий / функциональный анализ.

5. Предоставление сведений о влиянии дисфункциональных мыслей и убеждений, чтобы подвигнуть их сомнению, разработка и реализация поведенческих экспериментов, которые должны быть выполнены между сессиями, использование методов когнитивной реструктуризации и решения проблем.

6. Межличностная активация через навык самоуверенности; обучение, управление конфликтами, идентификация и вовлечение межличностных целей.

7. Краткое описание лечения, разработка и реализация программы сопровождения личности.

Каждый модуль содержал в среднем 18 страниц текста, визуальный материал и домашние задания / упражнения.

Каждый групповой сеанс длился 2,5 часа. Групповую терапию проводили 2 лицензированных психолога и лицензированный психотерапевт, имеющие опыт в использовании КСП и в сексологии / медицинской сексологии.

На основании полученных результатов, авторы пришли к заключению, что использование КПТ привело к значительному ослаблению гиперсексуальности и психиатрических симптомов. По их мнению, программа КПТ может служить в качестве первой линии лечения таких пациентов в клинических условиях.

В нашей практической работе у больных с сексуальной аддикцией мы применяли следующий **поведенческий подход**. Пациенту предлагали определиться с тем, какие звуковые воздействия являются для него наиболее неприятными и даже непереносимыми (например, звуки работающей болгарки, трение пенопласта о стекло и др.). Затем он записывал их на смартфон. Продолжительность этого звукового материала составляла от 5 мин. до 15 мин. Также использовались возможности воздействия этих звуков меньшей продолжительности. Данные звуки рекомендовалось использовать при появлении аддиктивных побуждений, что вело к их ослаблению и даже исчезновению. Однако следует отметить, что при характеризуемой патологии, а также при расстройствах сексуального предпочтения (парафилиях) пациенты склонны уклоняться от применения таких авersive воздействий.

Один из наших больных с целью ослабления аддиктивных побуждений читал литературу историко-религиозного содержания, что давало эффект. Однако основным методом в его лечении была гипносуггестивная терапия.

Осуществляя поведенческий подход, можно прибегнуть к **«ресимволизации»** помещения, в котором осуществлялись аддиктивные акты. Так, М. А. Ярхауз, Э. С. Н. Тэн (M. A. Yarhouse, E. S. N. Tan) [14] сообщают, что один из их клиентов по просьбе своей жены перенес свой кабинет в другую комнату в их доме. В своем прежнем кабинете он просматривал в Интернете порнографию, а также общался в чатах на сексуальные темы. Когда же он перенес кабинет

в другую комнату, то это позволило его ресимволизировать. Авторы подчеркивают, что, однако, важно не забывать о влиянии таких шагов на эмоциональное состояние клиента. Отказываясь от некоторых предметов (или доступа к ним), он тем самым лишается прежнего источника комфорта и получаемого «поглаживания». Поэтому психотерапевт должен быть готов к возникновению и проявлению негативных эмоций: сожаления, вины, чувства утраты, гнева, замешательства и депрессии.

Цитируемые авторы описывают возможности формирования определенных ритуалов, которые обусловлены четкой поведенческой фиксацией, что следует учитывать при проведении психотерапии. Они сообщают об одном из своих больных, который «придавался своему пристрастию только со своими партнерами по Интернет-чату. Для связи с ними он использовал свой ноутбук во время деловых поездок. Его ритуал выглядел так: договориться о деловой встрече, прибыть в гостиницу, позвонить жене и детям, «уложить их спать» по телефону, а затем включить ноутбук и назначить встречу с женщиной для интимного контакта. Он никогда не договаривался о сексе, используя другой компьютер, телефон и т. д., поскольку повторяющийся особый ритуал усиливал его сексуальные переживания» [14, с. 280–281].

Поведенческий подход, который помогает пациенту справиться с негативными эмоциями, предполагает подсказывание ему альтернативных способов удовлетворения своих эмоциональных потребностей. Это здоровые виды социализации, способствующие выздоровлению (физические нагрузки, беседы с другом, молитва, участие в церковной службе, ведение дневника, чтение и др.) [14].

Ведение дневника помогает больным в анализе своего состояния, фиксации достигнутых ими успехов и откатов от полученных результатов. Записи в дневнике служат подспорьем в определении ситуаций, способствующих или, напротив, препятствующих аддиктивным проявлениям, а также являются важной диагностической помощью для терапевта, так как позволяют отслеживать происходящие с пациентом изменения в динамике. Эти записи могут стать

предметом обсуждения с терапевтом. Лучше заполнять дневник вечером, подводя итоги прошедшего дня.

М. А. Ярхауз, Э. С. Н. Тэн (M. A. Yarhouse, E. S. N. Tan) [14, с. 280] обращают внимание на следующее: «Дополнительный плюс ведения дневника состоит в том, что записывание своих переживаний человеком, поглощенным сексуальными мыслями, прерывает их обычный ход (рационализацию, отрицание зависимости) и, как правило, уберегает его от разрушительного поведения. Дневник помогает клиенту увидеть, как он осмысливает происходящие события и как он может ошибочно оправдывать свои действия, препятствующие успешной терапии».

Сертифицированные специалисты по сексуальной зависимости (Certified Sex Addiction Therapists; CSAT) – группа профессионалов в области сексуальной зависимости, сертифицированная Международным институтом специалистов по травмам и наркомании (the International Institute for Trauma and Addiction Professionals) – предлагают специализированную поведенческую терапию, разработанную для сексуальной аддикции [34].

Обсуждая терапию пожилых больных с деменцией, Hugh Series и Pilar Dégano [32] в 2005 г. сообщили, что они не смогли найти опубликованных данных, в которых бы описывались специфические методы поведенческой терапии таких пациентов. Прежде чем применять какую-либо технику поведенческой терапии, отмечают авторы, необходимо тщательно оценить поведение больного, а затем составить лечебный план, согласовав его с персоналом и другими заинтересованными сторонами, например, с семьей подопечного. Важно организовать консультации для персонала. Если эти шаги окажутся неэффективными, необходимо рассмотреть возможность перевода пациента в другое учреждение.

Существуют современные технические средства помощи людям с сексуальной зависимостью, в том числе и порнографической: фильтры для веб-сайтов и другие подобные ресурсы, а также программы для смартфонов, которые помогают больным контролировать себя в небезопасные

периоды, создавать для себя упражнения или другие стратегии, способствующие более здоровым проявлениям сексуальности [14].

Отмечается, что для лечения порнозависимых лиц используется относимая к когнитивному (когнитивно-поведенческому) ряду **терапия, основанная на осознанности**. В качестве ее ключевого компонента фигурирует «внимательность». Это предусматривает развитие внимания, сфокусированного на настоящем и не осуждающего. Подходы, основанные на осознанности, помогают людям лучше понять свои мысли, эмоции, телесные ощущения, поведение и относиться к ним по-другому. Это позволяет данным «временным» и «мимолетным» переживаниям расти и исчезать, вместо того чтобы позволить им контролировать поведение человека. Примеры основанной на осознанности терапии включают в себя: снижение стресса на основе осознанности (Mindfulness-Based Stress Reduction; MBSR); диалектическую поведенческую терапию (Dialectical Behavioral Therapy; DBT); терапию принятия и ответственности (Acceptance and Commitment Therapy; АСТ); практики, основанные на сострадании, такие как терапия, сфокусированная на сострадании (Compassion-Focused Therapy) [31].

Приводится следующая характеристика когнитивной терапии, основанной на осознанности, разработанная на базе программы снижения стресса. Она объединяет осознанность с идеями когнитивной психологии и используется для решения психологических проблем пациентов. Основная ее цель состоит в освобождении человека от склонности автоматически реагировать на мысли, эмоции и события жизни. Данный подход доказал свою эффективность при депрессиях, повышенной тревожности, биполярном аффективном расстройстве, синдроме хронической усталости, бессоннице, нарушениях пищевого поведения. Главным в характеризуемом подходе является освоение навыка осознанности путем медитации (mindfulness meditation) [7].

Терапия принятия и ответственности (Acceptance Commitment Therapy; АСТ), которая была упомянута нами

выше, – одно из новейших направлений поведенческой (когнитивно-поведенческой) терапии. В отличие от представлений о «здоровой нормальности», характерных для западной психологии, АСТ допускает, что психологические процессы в сознании нормального, «здорового» человека часто деструктивны и создают психологическое страдание. Избавление от симптомов или их ослабление не является целью АСТ. В этом подходе считается, что зачастую именно постоянные попытки избавиться от «симптомов» приводят к психическим расстройствам. Цель АСТ состоит в преобразовании взаимодействия пациента с неприятными мыслями и ощущениями. Он больше не должен воспринимать их как «симптомы» и учится воспринимать их как безобидные, пусть и дискомфортные, но преходящие психологические события. В результате этого симптомы ослабляются, что является побочным, а не основным эффектом лечения. В этом подходе акцент делается на том, что чем больше времени и сил тратится на избегание нежелательных субъективных переживаний или избавление от них, тем более выраженное психологическое страдание можно получить в долгосрочной перспективе. Чем более важным человек считает избавление от беспокойства, тем больше он «беспокоится об этом беспокойстве». Таким образом он усугубляет его. Данный порочный круг находится в основе любых психических расстройств, которые связаны с тревогой [8; 12].

В АСТ не предпринимается никаких попыток сократить, изменить, избежать, подавить или контролировать субъективные переживания. Пациенты учатся снижать влияние нежелательных мыслей и чувств через эффективное использование осознанности. Они учатся прекращать вражду со своими переживаниями, открываться для них, предоставлять им пространство и позволять им приходить и уходить без борьбы. Теперь (для изменения жизни к лучшему) время, энергию и деньги, которые раньше расходовались на попытки контроля своих чувств, можно вкладывать в совершение эффективных действий, продиктованных собственными ценностями [8; 12].

В АСТ выделяют шесть ключевых принципов [9; 12].

1. Разделение (не-слияние). В состоянии когнитивного слияния люди являются заложниками. Они воспринимают мысли как истину в последней инстанции или как правила, подлежащие соблюдению, или как важные события, требующие полного внимания, или как угрозу, от которой необходимо избавиться. Когда человек находится в состоянии слияния со своими мыслями, они имеют огромное влияние на его поведение. «Когнитивное разделение означает, что мы можем сделать как бы «шаг назад» и наблюдать за мыслями со стороны. Мы можем заметить, что наши мысли – не больше и не меньше, чем скоротечные субъективные переживания, постоянно меняющийся поток слов, звуков и картинок. Как только мы отделяемся от мыслей, их способность воздействовать на нас резко снижается».

2. Принятие. Оно состоит в предоставлении пространства неприятным ощущениям, чувствам, желаниям и другим субъективным переживаниям. Человек позволяет им приходить и уходить без борьбы. Он не убегает от них и не уделяет им чрезмерного внимания.

3. Контакт с настоящим. Необходимо с открытостью, интересом и восприимчивостью сосредоточиваться на том, что происходит здесь и сейчас; фокусироваться и полностью вовлекаться в то, чем в этот момент занимаешься.

4. Позиция наблюдателя. «Получаем доступ к трансцендентному самоощущению – непрерывному, неизменному, вечному и неуязвимому». Пребывание в этой позиции дает возможность прочувствовать человеку, что он не есть его мысли, чувства, воспоминания, желания, ощущения, образы, роли или физическое тело. Все эти явления постоянно меняются, они являются его второстепенными характеристиками, но не его сутью.

5. Ценности. Пациент проясняет для себя то, что для него является важным и что находится в глубине его сердца. Каким человеком он хочет быть? Что, по его мнению, значимо и наделено смыслом? За что в этой жизни он готов бороться?

6. Проактивность. (действия, основанные на приверженности ценностям). Человек ставит цели, руководствуясь собственными ценностями, и совершает эффективные действия для их достижения.

В АСТ существуют различные техники, которые позволяют реализовать эти принципы.

S. Lantheaume [29] в своей статье, ссылаясь на теоретическую и практическую модель R. Harris (Р. Харриса) (2012), предлагает использовать АСТ в лечении сексуальной зависимости. Аддиктивное поведение начинается и может поддерживаться отказом от неприятных эмоциональных состояний. То есть аддикты склонны бороться с отрицательными эмоциями или избегать их, в конечном итоге заменяя болезненные или иные неприятные состояния поведением, обеспечивающим удовольствие. Целью же АСТ является достижение соответствия как союзника в лечении аддиктивного поведения в том смысле, что ее целью является соответствие между поведением пациентов и их ценностями (вместо избегания неприятных состояний). В клиническом наблюдении пациента, страдающего сексуальной зависимостью, автор показывает, что использование АСТ помогает снизить интенсивность сексуальной зависимости, развить психологическую гибкость и уменьшить тревожные и депрессивные симптомы у пациента. Более того, пациент осознает, что чувствует себя находящимся здесь и сейчас, а также выполняет действия, связанные с его собственными ценностями. Таким образом, заключает автор, АСТ, по-видимому, является полезной при лечении сексуальной зависимости.

Представленный подход к лечению является интересным, однако когнитивно-поведенческие методы, нацеленные на прямую ликвидацию патогенных мыслей и побуждений, которые использовались ранее, также обладают большим терапевтическим потенциалом. Так, нами для лечения пациентов с различными фобиями с успехом использовалась когнитивно-поведенческая техника остановки мысли, которая заключается в том, что после прямого приказа об остановке мысли образовавшаяся пустота замеща-

ли позитивными мыслями-установками [6; 16; 38]. Данная техника является высокоэффективной.

Нами для лечения больных с гиперсексуальностью (сексуальной аддикцией) применялась **гипносуггестивная терапия (ГСТ)**. Вначале выявлялись возможные причины патологии и осуществлялась работа, направленная на акцентирование ее негативных последствий, которая проводилась и в процессе дальнейшего ведения больного. При проведении сеансов ГСТ осуществлялись внушения, направленные на уменьшение тревоги и беспокойства, насыщение организма покоем и подчеркивание его лечебного действия, нормализующего деятельность нервной системы, психики, оптимизирующего нервные процессы головного мозга. Также проводилась суггестия, направленная на избавление организма от тяги (желания) мастурбировать и смотреть порно, усиление воли, позволяющее контролировать аддиктивные побуждения, усиление полового влечения к реальным женщинам в реальной жизни и улучшение настроения. Если речь не шла об одиноких пациентах, то также делались внушения, направленные на усиление полового влечения непосредственно к сексуальному партнеру. Дополнительно к этому давались рекомендации, что в том случае, если будет осуществляться мастурбация, следует исключать порно и использовать фантазии («порно в кровать не возмешь»). Если пациент все же не мог удержаться при мастурбации без просмотра порно, то ему давались рекомендации, чтобы оно было сугубо нормативным. По нашим наблюдениям, гипносуггестивная терапия является высокоэффективным методом лечения больных с сексуальной аддикцией.

Приведем наше клиническое наблюдение [4], которое, на наш взгляд, коррелируется с моделью гиперсексуальности как сексуальной аддикции (порноаддикции), хотя при сравнении критериев сексуальной аддикции и компульсивного расстройства сексуального поведения, вошедшего в проект МКБ-11 [28], можно сделать вывод об их соответствии.

Больной Ц., 32 года, холост, сексуальной партнерши нет, образование – высшее техническое (заочное), работа-

ет оператором станка с числовым программным управлением. Живет с мамой в трехкомнатной квартире. Обратился за лечебной помощью 27.09.2019 г.

Жалобы и анамнез. Предъявил жалобы на порнозависимость, а также на то, что не может завести отношения с женщинами (трудно познакомиться и поддерживать общение). Также его беспокоят постоянные мысли о сексе, ему трудно сдерживать сексуальные импульсы, которые он реализует при мастурбации, в 80 % случаев сочетающейся с интернет-порно. Смотрит ролики с различными гетеросексуальными сюжетами (вагинальные и оральные половые акты), садомазохистской и лейсбийской тематикой, а также ролики, где женщина осуществляет половой акт с собакой. Когда смотрит секс с животными, то это приводит к возникновению депрессии, поэтому пытается себя ограничить в просмотре таких сюжетов. В роликах гетеросексуального содержания фигурируют женщины любого телосложения в возрасте от 20 до 40 лет. Мастурбирует под порно ежедневно или через день главным образом на работе, так как на своем рабочем месте находится один, и у него много свободного времени. В домашних условиях мастурбирует 1 раз в неделю с привлечением сексуальных фантазий. Дома специально отключил Интернет, чтобы было легче себя контролировать, хотя иногда его включает. Порнозависимость и вообще сексуальная аддикция его угнетают, что проявляется «депрессией». Отмечает, что эта проблема возникла у него в 18 лет, когда в его жизни появился Интернет. С того же времени стал негативно относиться к своей зависимости.

Отмечает постоянное чувство депрессии с 22 лет, что связывает с сексуальной аддикцией и тем, что не может познакомиться с девушкой. Сон нормальный, после сна чувствует себя отдохнувшим. Спокойный, уравновешенный, чувства тревоги нет.

Мастурбирует с 7 лет. Сначала мастурбировал 1 раз в месяц. Такая частота имела место до 18 лет. Потом стал мастурбировать с частотой 1 раз в 3 дня. Затем частота мастурбации зависела от того, как ему удавалось контроли-

ровать свои сексуальные импульсы. Пытался довести частоту мастурбации до 1 раза в месяц, но это ему редко удавалось. Один раз удерживался от мастурбации в течение 45 дней. До того как перешел на последнюю работу (приблизительно чуть больше месяца назад), мастурбировал реже, так как на работе не было таких возможностей. Мастурбирует от 15 мин. до 30 мин. Через 5–10 мин. наступает первый сухой оргазм (в 25 лет научился получать оргазм без эякуляции). За весь период мастурбации получает 1–2 таких оргазма. Но при желании может эякулировать, что полностью зависит от него. Позволяет себе эякулировать 1 раз в 0,5 года (прочитал в интернете, что не заканчивать – не вредно). Не эякулирует, так как, по его мнению, при эякуляции теряется много энергии, а если мастурбирует на работе, то это дополнительно создает проблемы со сбором спермы. Сухому оргазму научился, прочитав соответствующую литературу. В момент оргазма сокращает лобково-копчиковые мышцы, и семяизвержение не наступает. При мастурбации эрекция средняя, в подростковом возрасте была лучше. Чем больше воздерживается, тем лучше эрекция, может быть даже полной.

Ночные поллюции с подросткового возраста.

Первая эякуляция в 9 лет при мастурбации, тогда, «наверно, и возник первый оргазм».

Платоническое либидо пробудилось в 8 лет. Тогда влюбился в девочку, но так ей в этом и не признался. В 12 лет попытался это сделать, но так и не сделал. Сказал ей: «Давай дружить», но дальше этого не пошло. С ней не встречался.

Эротическое либидо. Точно не может сказать, когда оно появилось.

Сексуальное либидо. Лет с 16 начали возникать фантазии о проведении полового акта.

Эротические сновидения. За всю жизнь помнит три таких сновидений. Когда они возникли впервые не помнит. В 25 лет приснился сон: «Ночь, кладбище, луна, могила, и в могиле лежит молодая женщина (не мертвая, и не живая). Позади нее крест. Она поднимается (садится) и

спрашивает его: «Почему ты не обращаешь на меня никакого внимания?». Затем начинает биться спиной о крест, а потом ее тело разрывается на две части на уровне пояса-ницы». На этой женщине (в возрасте от 20 до 30 лет) было средневековое платье. Это сновидение хорошо запомнилось. После 25 лет не помнит вообще никаких снов.

В 14 лет попытался познакомиться с девушкой с сомнительным результатом. Никакого продолжения отношений не было. В 18 лет в течение 2 мес. встречался с девушкой. Целовались, обнимались, но половых актов не было. В этом же возрасте попытался провести половой акт с другой девушкой его возраста, что не увенчалось успехом из-за отсутствия эрекции. Тогда не был выпившим и/или уставшим, девушка нравилась. Расстроился, но не сильно. Девушка его успокаивала и подбадривала. У нее было раньше много сексуальных контактов. В 25 лет познакомился с женщиной на 7 лет старше себя. Встречался с ней 5 мес. За это время было приблизительно 10 нормальных половых актов. В 27 и в 29 лет несколько раз пытался знакомиться с девушками. Благополучными были попытки, которые происходили в компаниях, но тогда попыток провести половой акт не было. Последний половой акт имел место в 25 лет.

Объясняет отсутствие половой жизни тем, что ему трудно знакомиться с девушками / женщинами: «Я не знаю, что им сказать, трудно переводить чувства в слова, не решаюсь подойти к ним, потому что не знаю как себя вести».

Много раз пытался знакомиться через сайты знакомств. Раз 10 встречался с девушками / женщинами, но до полового акта так и не дошло. 1 раз познакомился с девушкой из другого города. Он ездил к ней, она приезжала к нему, но половых актов не было.

В настоящее время не курит. С 8 до 16 лет то курил, то бросал. До 12 лет курил не в затяжку. Вначале выкуривал по 3 сигареты в день, а с 13–14 лет – по 5. Два последних года алкоголь вообще не употребляет. Ранее алкоголь употреблял в средних дозах и не часто. С 18 до 30 лет курил коноплю приблизительно 1 раз в месяц, что расслаб-

ляло, вызывало у него полет фантазии, более яркие ощущения при сексуальном фантазировании.

В школе и техникуме учился на 3–4 балла, в университете практически не занимался.

У матери с отцом всегда были плохие отношения, они часто ругались. У отца со своим отцом (его дедушкой) тоже были плохие отношения. Дедушка издевался над его отцом, и отец однажды сказал, что если тот будет продолжать в том же духе, то он его убьет. В 15 лет отец ушел из семьи. Дедушка был в немецком плену. Находился ли после этого в местах заключения, не знает. Через большой промежуток времени отец и дед помирились. Отец сидел 2–3 года в тюрьме «за какую-то мелочь». Он покончил с собой в 2016 г. (в 73 года). Отец чувствовал себя отверженным матерью пациента и неудачником. «Его характер колебался от психологической жестокости (физических воздействий себе не позволял) до крайне отвратительной сентиментальности». Над своим сыном (нашим пациентом) психологически издевался, они ругались. С матерью у пациента были хорошие отношения.

Хронические заболевания у себя отрицает, черепно-мозговых травм не было.

Объективные данные. Рост – 175 см, масса тела – 68 кг, нормостеник, оволосение на лобке – 6 баллов (по шкале векторного определения половой конституции по Г. С. Васильченко). Член и яички нормальных размеров, головка свободно открывается. Складчатость и пигментация мошонки достаточная. При пальпации придатки яичек безболезненны, не уплотнены.

Рекомендована гипносуггестивная и поведенческая (использование неприятных звуков при возникновении аддиктивных побуждений) терапия.

3.08.2019 г. За время, прошедшее после первичного обследования, смотрел порнографию, но не мастурбировал. Обсуждены вопросы о том, как нужно знакомиться с женщинами. Дополнительно были получены следующие сведения. При его рождении отцу было 43 года, матери 36 лет, использовалось кесарево сечение, но каких-то осложнений

при родах не было. Родился здоровым. Отец и другие ближайшие родственники у психиатров не наблюдались (напомним, однако, что отец больного покончил жизнь самоубийством).

3.08.2019 г. Проведен 1-й сеанс гипносуггестивной терапии. Были сделаны внушения, направленные на уменьшения и ликвидацию тяги к мастурбации и порно (особенно к его ненормативным вариантам); усиление сексуального влечения к реальным женщинам в реальной жизни, что побуждает к ласкам и поцелуям и совершению с ними полового акта; усиление возможности контроля сексуальных аддиктивных импульсов; улучшение настроения; легкость общения с женщинами.

10.08.2019 г. Через день после первого сеанса гипноза (5.08.2019 г.) был аддиктивный срыв: мастурбировал под порно, но использовал нормативные гетеросексуальные ролики. Желание заниматься мастурбацией под порно возникало каждый день, но оно было слабое. Отметил, что интенсивность желания зависит от периода воздержания. Неприятные звуки (файл «Десять часов непрерывного ремонта») слабо помогают, хотя слушал их по 10–15 мин. Однако сообщает, что хорошо помогает чтение книг историко-религиозного характера. Этой тематикой давно увлекается. После первого сеанса гипноза стало несколько легче контролировать свои сексуальные аддиктивные импульсы. Рекомендовано позволять себе заниматься мастурбацией 1 раз в неделю, и, в конце концов, хотя бы на второй раз (после сухого оргазма) эякулировать. При мастурбации рекомендовано использовать нормативные гетеросексуальные сюжеты-фантазии, а не порно, так как его «в кровать с собой не возьмешь». Это предложение не вызвало положительного отклика пациента, так как он хочет вообще исключить мастурбацию, хотя сексуальных партнерш у него нет. Для отвлечения от сексуальных аддиктивных импульсов также рекомендовано чтение книг, которые ему в этом помогают, а, кроме того, использование наиболее неприятных звуков, а не всех звуков из файла «Десять часов непрерывного ремонта».

10.08.2019 г. Проведен 2-й сеанс гипносуггестивной терапии. Проводились такие же внушения, как и на первом ее сеансе.

17.08.2019 г. Отмечает, что за прошедшую неделю 1 раз эякулировал при мастурбации (мастурбировал дома). Использовал гетеросексуальные фантазии. Второй раз мастурбировал на работе (не сдержался) под гетеросексуальное порно, и не было ни оргазма, ни эякуляции (не довел себя до оргазма). Сказал, что после начала лечения стало легче сдерживать свои сексуальные импульсы, и это привело к урежению мастурбаторных актов.

17.08.2019 г. Проведен 3-й сеанс гипносуггестивной терапии. Внушения были направлены на устранение влечения к мастурбации и использованию порно; приобретение контроля над сексуальными импульсами; улучшение настроения; легкость общения с женщинами, сочетающуюся с уверенностью и чувством комфорта. Акцентировалась потребность людей в общении, от которого они испытывают удовольствие.

24.08.2019 г. В понедельник (19.08.2019 г.) смотрел нормативное гетеросексуальное порно, но не мастурбировал (это было на работе). Сегодня мастурбировал в душе под нормативные гетеросексуальные фантазии. На этой неделе сексуальные побуждения к мастурбации приходили реже и были менее интенсивными. Его все же не устраивает то, что он занимается мастурбацией 1 раз в неделю, хотя я ему сказал, что это нормально. Хочет довести частоту мастурбации до 1 раза в 2 недели.

24.08.2019 г. Проведен 4-й сеанс гипносуггестивной терапии. Проводились внушения на устранение влечения к мастурбации и просмотру порноматериалов; приобретение контроля над сексуальными аддиктивными импульсами, усиление воли, что делает это возможным; улучшение настроения; легкость общения с женщинами, в том числе и с теми, которых рассматривает в качестве потенциальных сексуальных партнеров; уверенность в том, что он достоин их и способен донести до них это в общении.

31.08.2019 г. За прошедшую неделю только 1 раз смотрел классическое гетеросексуальное порно на работе, но ни разу не мастурбировал. Отмечает, что сексуальные импульсы возникают реже, меньше по интенсивности и в значительной степени контролируются. После нашей беседы о возможном вреде тотального блокирования наступления семяизвержения при мастурбации, и что вполне допустимо мастурбировать 1 раз в неделю, так как половых актов с женщинами нет, пациент вновь сказал, что для него допустимо мастурбировать с наступлением семяизвержения не чаще, чем 1 раз в 2 недели.

31.08.2019 г. Проведен 5-й сеанс гипносуггестивной терапии. Проводились такие же внушения, как и на предыдущем сеансе.

7.09.2019 г. За прошедшую неделю не было ни одного аддиктивного срыва. Не мастурбировал. 2 раза были легкие аддиктивные импульсы, но относительно легко с ними справился. Порно не смотрел. Отмечает, что ухудшился сон. Это связано с тем, что работодатель не хочет платить за него налоги и поэтому не оформляет его официально, хотя и предлагает направить его на курсы по программированию (без отрыва от работы), а также оплатить его обучение, которое дорого стоит. Пациент сообщил о своих больших коммунальных платежах. Он недоволен тем, что сейчас не получает субсидию, так как официально не оформлен на работе. Раньше, когда работал в других организациях, субсидию получал. Тогда его официально оформляли.

7.09.2019 г. Проведен 6-й сеанс гипносуггестивной терапии. Делались такие же внушения, как и на предыдущем сеансе, но, кроме того, к ним была добавлена суггестия, направленная на избавление от тревоги и беспокойства, насыщение организма покоем, оказывающим лечебное действие и нормализацию ночного сна.

14.09.2019 г. За прошедшую неделю 8.09.2019 г. один раз мастурбировал под гетеросексуальные нормативные фантазии, а 10.09.2019 г. смотрел нормативное гетеросексуальное порно, но не мастурбировал. С ситуацией на работе, о которой речь шла ранее, смирился. Сон несколько

улучшился, так как, помимо сделанных на прошлом сеансе гипноза внушений, по нашей рекомендации начал принимать по 2 таблетки валерианы на ночь.

14.09.2019 г. Проведен 7-й сеанс гипносуггестивной терапии. Делались такие же внушения, как и на четвертом сеансе, а также осуществлялась суггестия, направленная на насыщение организма покоем, с фиксацией его лечебного воздействия на организм и нормализацию ночного сна. Помимо этого, внушалось, что при общении с женщинами, которых рассматривает в качестве возможных сексуальных партнеров, спокоен, уверен в себе, чувствует себя комфортно.

28.09.2019 г. Разговор по телефону. За прошедшие 2 недели «был срыв» в форме мастурбации с использованием нормативного гетеросексуального порно. Произошло семяизвержение. Это было неделю назад. Также однажды за период после 14.09.2019 г. дополнительно был однократный просмотр такого же порно, который не сопровождался мастурбацией. Отмечает, что аддиктивные импульсы усиливаются спустя неделю после сеанса гипносуггестивной терапии, но их выраженность гораздо меньше, чем до начала лечения, и он может их контролировать. Сообщил, что по объективным причинам не может продолжать посещать врача.

30.10.2019 г. Разговор по телефону. За прошедший месяц дважды мастурбировал, что заканчивалось эякуляцией. Периодически возникают сексуальные «аддиктивные» побуждения, но легко их преодолевает. Говорит, что «аддикция» идет на спад.

Таким образом, у пациента имела место порноаддикция, которая поддерживалась трудностью установления им контакта с лицами женского пола. Данная аддикция хорошо купировалась с помощью гипносуггестивной терапии (основной метод лечения), что дополнялось чтением литературы историко-религиозного содержания, позволявшей ослаблять аддиктивные побуждения путем переключения внимания (вспомогательное терапевтическое воздействие). Установка пациента на необходимость соблюдения практически полного воздержания, которое, по его мнению, явля-

ется полезным для организма, привела к тому, что сексуальные побуждения и их реализация, которые стали возникать у него гораздо реже, чем до лечения, и более чем «укладывались в нормативный ряд», воспринимались им как аддиктивные, хотя на самом деле таковыми уже и не являлись. В связи с недостаточной продолжительностью лечения нельзя исключить возможность постепенного «сползания» пациента в сексуальную аддикцию (порноаддикцию), что диктует необходимость контроля его состояния.

Представляет собой интерес и следующий тяжелый случай сексуальной аддикции из нашей клинической практики, где, в частности, представлены терапевтические возможности гипносуггестии.

Больной А., 42 года, женат 17 лет, имеет двоих детей (девочки 15-ти и 3-х лет). Получил высшее техническое образование, работает радиотехником в частной фирме. Жене 41 год, имеет высшее гуманитарное образование, работает преподавателем музыки в частной школе. Живут всей семьей в половине частного дома (собственность жены), где есть две жилые комнаты. Дата первичного обращения 7.06.2019 г.

Жалобы и анамнез. Предъявляет жалобы на очень частую мастурбацию с использованием текстов сексуального характера (переписка через Интернет с различными женщинами) и просмотров порнографических аудиовидеоматериалов. В основном это порно гетеросексуального характера, но речь идет не о классике, а о садомазохистских сюжетах, сюжетах «раб – госпожа». В указанных материалах речь идет о женщинах, которые на 5–10 лет старше его. Мастурбирует гораздо чаще ежедневно по 3–4 часа (может начать в 11 часов вечера и закончить в 2 часа ночи и позже). Редко удается уменьшить частоту мастурбации и заниматься ею через два дня на третий. Данное снижение ритма обусловлено тем, что пациент считает то, чем он занимается, ненормальным и тем, что плохо сказывается на здоровье из-за малой продолжительности сна (4–5 часов). Это, в свою очередь, обуславливает общую слабость, что негативно отражается на работе: плохое внимание, сниже-

ние продуктивности, нежелание что-либо делать. Но начальство на этом особо не фиксируется, так как хотя и с задержкой работа в конце концов все-таки выполняется. Из-за усталости плохо справляется с работой по дому.

В последние 4 года эрекция при мастурбации слабая (очень слабая, бывает даже отсутствует). При половом акте 1,5 года назад эрекция была выражена на 4 балла из 5-ти. В настоящее время проводит половые акты после приема эротона (дженерик виагры) из-за неуверенности в своих сексуальных возможностях, так как при мастурбации эрекция ослаблена. В течение всей половой жизни приятные ощущения при фрикциях снижены из-за того, что крайняя плоть узкая. При мастурбации он может оказывать на головку более сильное давление.

В том, что с ним происходит в сексуальной сфере, обвиняет жену, так как она, по его мнению, не обладает способностью выражать сексуальные мысли и чувства вне секса. Жена открыто сексуальных претензий к нему не предъявляет. Она симпатичная, физически нравится пациенту. Живет с ней половой жизнью 1 раз в 2 месяца.

10 лет назад случайно попробовал общаться в чате с женщиной, и это ему понравилось, так как удостоверился, что некоторые женщины могут откровенно разговаривать на сексуальные темы.

Платоническое либидо пробудилось в 15 лет. Тогда впервые понравилась девушка.

Эротическое либидо пробудилось в 17 лет: появилось желание обнять, поцеловать девушку, что и было реализовано в 18 лет.

Сексуальное либидо. Когда впервые появилось желание совершить половой акт не помнит.

Первый половой акт состоялся в 23 года со своей будущей женой до женитьбы.

Мастурбация с 16 лет. Эякуляция впервые наступила через 3 недели после ее начала. Частота мастурбации была 1 раз в 4–5 дней. При мастурбации фантазировал, предварительно нарисовав на листике женскую фигуру. Первое семяизвержение произошло скорее всего при мастурбации.

В настоящее время за все время мастурбации (3-4 часа) эякулирует только один раз в самом конце, а до этого просто не доводит себя до семяизвержения (уменьшает давление на член при фрикциях). Мастурбация осуществляется давлением на верхнюю часть головки члена снизу вверх (дезадаптивная техника).

Эротические сны с 16 лет. Снятся ласки, поцелуи с женщинами, но сам половой акт не снится. Один раз приснился сон, что у него возникла эрекция, и что его половой член «по своей длине» больше, чем окружность земного шара. Вначале эротические сны снились 1 раз в 2 недели, а сейчас – 1 раз в 2–3 месяца.

За все время с момента женитьбы было 20 однократных половых контактов с разными женщинами.

Из других жалоб имеет место изжога из-за рефлюкса, боль в грудной части позвоночника (специальные исследования не проводились). В течение многих лет беспокоят боли в промежности, что он связывает с многочасовой мастурбацией.

Страдает хроническим ринитом, имеет место грыжа пищевода (делали эндоскопию). Дважды на УЗИ была выявлена гиперплазия предстательной железы начальной степени (в 2012 г. и 2 года назад).

Не курит, алкоголь (150 мл водки) употребляет редко (по праздникам). Наркотики не употребляет.

Объективно: рост – 178 см, масса тела – 82 кг. Член и яички нормальных размеров. Мошонка достаточной складчатости и пигментации. Головка оголяется, но при эрекции крайняя плоть может немного сжимать головку, что создает некоторые препятствия для достижения полного напряжения полового члена. Волосы от лобка полным фронтом поднимаются до уровня, отстоящего кверху от пупка на 10 см. Имеет место умеренное количество волос на пространстве между сосками грудных желез. Много волос на ногах, на руках их умеренное количество.

Диагноз: Гиперсексуальность в форме сексуальной аддикции, усугубленная резким снижением либидо (к жене) и гипо-анэрекцией. В проекте Международной классификации

болезней 11-го пересмотра (МКБ-11) соответствует шифру «компульсивное расстройство сексуального поведения».

Рекомендации и лечение:

1. Проведена разъяснительная беседа, направленная на объяснение негативного влияния сексуальной аддикции на общее и сексуальное здоровье, а также на производительность труда и качество жизни.
2. Назначен прием гитазепама в дозе 0,05 вечером за 1,5 часа до того времени, когда он обычно реализует свои аддиктивные импульсы.
3. Рекомендовано использование записанных на телефон неприятных звуков, которые необходимо прослушать в течение 5–10 мин. при возникновении аддиктивных побуждений.
4. Рекомендована гипносуггестивна терапия.

По моей просьбе пациент по электронной почте выслал информацию о себе:

«Мне 40 лет. В непрерывном браке 15 лет. У меня 2-е детей, старшая дочь заканчивает школу, а младшая ходит в детский сад. Моя сексуальная зависимость возникла лет 10 назад. Далее, чтобы меньше писать, я приведу последовательность происходивших событий по годам.

1-й год. Увлёкся общением с женщинами через сайт знакомств. Это общение – просто переписка через сайт знакомств: набираешь текст, отправляешь и получаешь текстовый ответ от собеседницы. В то время на это уходило минут 40 в день. И общался я так один или два раза в неделю. Спустя время я был зарегистрирован на двух-трех сайтах. Во время общения я часто мастурбировал, когда читал ответ женщины. Но не всегда. Через несколько месяцев при таком общении я уже часто пытался побыстрее вывести разговор с очередной собеседницей на откровенные темы. В общем-то, это уже было не общение, а виртуальный секс. Все это было только посредством отправки текстовых сообщений. Иногда женщины присылали свои фотографии неинтимного плана.

Со 2-го по 5-й год. При знакомстве с новой собеседницей через чат я пытался после нескольких вводных фраз переводить разговор на интимную тему. Большая часть женщин прекращала общаться. Но некоторые продолжали такое текстовое общение. Во время всех этих общений я мастурбировал и меня возбуждали ответы собеседниц, если эти ответы были интимными. В этих чатах можно разделять собеседников по группам. И я стал перекладывать аккаунты наиболее «откровенных» собеседниц в группу «Избранные». В итоге я мог в любое время зайти на сайт, открыть эту группу, и если кто-то из этой группы есть онлайн, то начать общаться. Причем сразу на откровенные темы. При этом я мог даже не помнить имени собеседницы и не помнить то, о чем мы общались в предыдущие разы. Это был обмен текстами сексуального содержания. При этом мастурбировал. Только 5–10 раз за все 10 лет было голое общение.

Где-то в этот период у меня начались реальные встречи с собеседницами из чатов. В среднем одна встреча раз в три месяца. Обычно это происходило на съемной квартире днем. Со временем при общении в чате уже не хватало разговоров о классическом сексе. Мне хотелось чего-то более изощренного.

С 5-го по 10-й год. На 5-м и 6-м году хотел сам доминировать, а с 6-го по 10-й год желал, чтобы доминировали женщины (хотел быть рабом). И в основном только эта тема стала меня возбуждать в разговорах. Сейчас я практически каждый день общаюсь в чате «Мамба» или в мессенджере «Вайбер». Я по-прежнему пользуюсь текстовыми сообщениями. Во время переписки мастурбирую и могу смотреть порно. Мне интересна только тема доминирования женщины над мужчиной. Причем в жесткой форме. В этой переписке я представляю себя рабом, который должен удовлетворять собеседницу только орально. И чтобы женщина указывала мне, что я не мужчина. При этом мне хочется, чтобы женщина называла меня «сучкой» или «шлюшкой» и заставляла вести себя как женщина. Кроме того, мне хочется, чтобы женщина сообщала, что у нее есть

любовник, с которым она занимается сексом, а я как сучка должен (должна) удовлетворять женщину орально. Очень часто мне хочется, чтобы женщина в переписке заставляла меня заниматься сексом с мужчиной, являясь пассивным партнером. В принципе все сводится к тому, чтобы женщина меня максимально унижала. В последнее время я приобрел секс-игрушки для анальной стимуляции. И в переписке жду от женщин, чтобы они заставили меня применять эти игрушки. Четыре раза было текстовое общение в чате с мужчинами. При этом мастурбировал в течение 1 часа (т. е. не пытался пролонгировать мастурбацию до 3–4 часов, как с женщиной, а может, и вообще не кончал). Общение с мужчинами доставляло такое же удовольствие, как и с женщинами, но считал это «чёрти чем», воспринимал как унижение. Считал это ненормальным, и не хотел опускаться до этого. В реальной жизни половое влечение к мужчинам не испытываю.

Сейчас на такую переписку я могу тратить по 3–4 часа в день. Из-за этого сплю по 4 часа в сутки или даже меньше. У меня ухудшилась эрекция и снизился интерес к жене. Поэтому принимаю эротон. Последние 2–3 года у нас секс не чаще, чем раз в два месяца. Мне кажется, что я мог бы стать пассивным гомосексуалистом, хотя контактов с мужчинами у меня не было, и в реальности мне это должно быть неприятно. Кроме того, я чувствую постоянную боль в области простаты. Я был несколько раз на приеме у андрологов. Мне ставили диагноз хронический простатит. Мое мнение, что эта боль может быть вызвана каждодневной длительной (по 3–4 часа) мастурбацией, из-за чего простата находится постоянно в работе. За эти 3–4 часа мастурбации заканчиваю только 1 раз в самом конце, а до этого пытаюсь продлить удовольствие. Половой акт с женой продолжается минут пять.

Моя жена ничего не знает о моей сексуальной зависимости. Мне не хочется ее «нагружать» и травмировать ее психику. Кроме того, она, скорее всего, не сможет меня простить. В реальности мне интересны девушки и нравится с ними общаться. Они вызывают у меня сексуальный интерес.

Моя мечта – вернуться к нормальной, обычной половой жизни, так как эта зависимость разрушает мою семейную жизнь, забирает силы, что отражается на работе. И я теряю уверенность в себе. Становлюсь закомплексованным и робким».

Пациент также предоставил материалы переписки сексуального характера. В разделе «Приложение» нами приведен один из ее фрагментов.

12.06.2019 г. Проведен 1-й сеанс гипносуггестивной терапии. Делались внушения, направленные на избавление от тревоги и беспокойства, общее успокоение, нормализацию ночного сна, освобождение от желания мастурбировать, смотреть порно и вести с женщинами переписку сексуального характера через Интернет. Также делались внушения на усиление полового влечения к жене, побуждающего его к ласкам и поцелуям и совершению с ней полового акта.

14.06.2019 г. После первого сеанса гипноза проявлений сексуальной аддикции не было. 12.06.2019 г. вечером принял 0,05 г. гдазепамы, а на следующий день его не принимал, так как выпил 50 мл коньяку и 1,5 литра пива. Запись неприятных звуков на телефон не сделал.

14.06.2019 г. Проведен 2-й сеанс гипносуггестивной терапии. Делались такие же внушения, как и на первом сеансе.

17.06.2019 г. Отмечает прогресс. За дни, прошедшие после второго сеанса гипноза, эпизодов аддикции не было. Вчера был оральный секс с женой (эрекция для вагинального коитуса была недостаточной). До начала гипнотерапии влечение к жене по 10-балльной системе было 0 баллов, а вчера – 3,5 балла. Жена любит оральный секс. Он проводил ей мануальную стимуляцию клитора, но недостаточно по времени, и поэтому оргазм у нее не наступил.

Последний аддиктивный эпизод был 11.06.2019 г. (т. е. еще до начала лечения), но продолжался он всего 40 мин. Все ограничилось мастурбацией под порно, и не было переписки сексуального характера через Интернет, что всегда приводило к увеличению аддиктивного эпизода до 3–4 ча-

сов. Всего на сегодняшний день принял 2 таблетки гдазепама, так как 3 дня выпивал, а в остальные дни решил положиться на силу воли. Тяги к аддиктивным проявлениям после первого сеанса гипноза нет, но есть страх их появления, беспокойство, что не удержится («будет жалко, что не получилось»).

17.06.2019 г. Проведен 3-й сеанс гипносуггестивной терапии. Проводились такие же внушения, как и на первом сеансе. Дополнительно к этому были сделаны внушения на нормализацию эрекции при половом акте.

19.06.2019 г. В понедельник (17.06.2019 г.) был интравлагинальный контакт с женой, но семяизвержение не наступило. Продолжительность полового акта составила 2 мин, усталость превысила желание продолжить половой акт до его завершения. Скорее всего, желание было не таким сильным. Во вторник (18.06.2019 г.) были взаимные ласки с женой. Она слегка стимулировала его половой член, и он не кончил. В понедельник половое влечение к жене было на четыре с минусом, а во вторник на 4 (по пятибалльной шкале). Вагинального полового акта не было, так как у жены начались месячные. За это время не было аддиктивных побуждений и проявлений. Отмечает, что 1 раз в день или через день возникает боязнь возможного аддиктивного срыва в вечернее время. Гдазепам за это время не принимал. Аудиозапись с неприятными звуками так и не сделал.

19.06.2019 г. Проведен 4-й сеанс гипносуггестивной терапии. Проводились такие же внушения, как и на первом сеансе гипноза, но в конце было проведено программирование нормально протекающего полового акта (как предварительного, так и основного его периодов).

21.06.2019 г. Аддиктивных побуждений и срывов после четвертого сеанса гипноза не было. Гдазепам не принимал. Запись с неприятными звуками не сделал. Сексуальных отношений с женой не было. Боязнь, что может сорваться, за это время не возникала. «Мне не верится, что произошло излечение. Я вижу, что излечение произошло, но мне не верится, что это так» – заявил пациент.

21.06.2019 г. Проведен 5-й сеанс гипносуггестивной терапии. Делались такие же внушения, как и во время четвертого сеанса гипноза.

24.06.2019 г. В субботу вечером (22.06.2019 г.) был половой акт с женой. Вначале был минет, потом он сам простимулировал свой половой член (минуты 2–3), а после этого провел вагинальный половой акт, который продолжался примерно в течение 1 мин. и завершился семяизвержением. Напряжение члена по 5-балльной системе было между четырьмя с минусом и тремя с плюсом. Жена получила удовольствие, но оргазм у нее не наступил.

Сегодня днем случайно в своем телефоне (в Вайбере) наткнулся на свою сексуальную переписку. Возникло сексуальное возбуждение и одновременно отвращение и страх в связи с тем, что оно возникло. В течение 15–20 сек. прочел 5-6 сообщений сексуального характера одной женщины, с которой ранее переписывался.

Гидазепам так и не принимал, и не сделал аудиозапись с неприятными звуками.

24.06.2019 г. Проведен 6-й сеанс гипносуггестивной терапии. Внушения были прежними.

26.06.2019 г. После шестого сеанса гипноза никаких аддиктивных проявлений не было. 25.06.2019 г. в 4 или в 5 часов утра был вагинальный секс с женой, который не завершился семяизвержением. Связывает это с тем, что сильно скрипела кровать, и это оказывало тормозящее воздействие. Помимо этого, боялся, что происходящее могут услышать дети. Тогда сразу подумал о том, «что я за муждобытчик, который не может купить нормальную кровать». Эта мысль также оказывала затормаживающий эффект. Ласки были очень непродолжительные, так как это было «спросонья». Половой акт продолжался 2 мин. от момента начала фрикций. Жена была довольна. Вначале сексуальное желание было, потом в процессе полового акта уменьшилось, а затем пропало. Отмечает, что половое влечение к жене сейчас соответствует 6 баллам по 10-балльной системе, а до начала лечения составляло 0 баллов. Если в

прошлый раз половой акт был по инициативе жены, то теперь – по его собственной.

26.06.2019 г. Проведен 7-й сеанс гипносуггестивной терапии. Делались те же внушения, что и раньше. Помимо этого, суггестировалось, что половое влечение сильное на протяжении всего полового акта, который завершается семяизвержением.

29.06.2019 г. 26.06.2019 г. был аддиктивный срыв из-за того, что начал удалять на работе с сайта переписку сексуального характера и прочитал некоторые сообщения женщин и ответил им. Когда пришел домой, то в течение 1,5 часов мастурбировал под переписку сексуального характера в Интернете. 27.06.2019 г. мастурбировал под переписку сексуального характера уже 2,5 часа. Не принимал гитазепам, аудиозапись с неприятными звуками так и не сделал. Половых актов за это время не было. Половое влечение к жене выражено на 6 баллов из 10. Этот срыв можно объяснить тем, что пациент начал пытаться удалять аккаунты по моей просьбе, и это послужило триггером. Отмечает, что на сайте были фотографии его жены, которые он разместил по просьбе женщины, с которой состоял в сексуальной переписке.

29.06.2019 г. В моем присутствии пациент удалил три своих аккаунта в Интернете и начал удалять номера телефонов женщин, с которыми он переписывался по телефону, но все номера удалить не смог.

29.06.2019 г. Проведен 8-й сеанс гипносуггестивной терапии. Осуществлялись такие же внушения, как и на седьмом сеансе.

1.07.2019 г. 29.06. 2019 г. был вагинальный половой акт с женой. По 10-балльной системе половое влечение составило 7-8 баллов, а эрекция 8-9 баллов. Тогда перед половым актом принял 25 мг эротона. Длительность полового акта, который закончился семяизвержением, составила приблизительно 4 мин.

30.06.2019 г. возникли небольшие аддиктивные побуждения. Появилось желание открыть сайт соответствующего характера (ранее он использовал 3 таких сайта). Аддиктив-

ные побуждения были выражены на 4 балла по 10-балльной шкале. Связывает это с тем, что был длительный общий перерыв в их реализации. Это было днем, но потом он отвлекся на домашние дела, и это прошло, и аддиктивная реализация не случилась.

Пациент отмечает, что, так как при общении с женщинами через Интернет посредством сексуальной переписки он мастурбировал правой рукой, а левой рукой вел переписку, то в настоящее время он пишет левой рукой ничем не хуже, чем правой.

2.07.2019 г. Проведен 9-й сеанс гипносуггестивной терапии. Использовалась такая же суггестия, как и на восьмом сеансе.

4.07.2019 г. Половых актов после девятого сеанса гипноза не было. Также не было аддиктивных побуждений и их реализации. Половое влечение к жене выражено на 7-8 баллов. Сегодня утром сделал запись трения металла о стекло. Просит не использовать при проведении гипноза внушения, направленные на усиление полового влечения к женщинам вообще, так как оно усилилось после моих гипнотических внушений, и оставить только суггестию, ориентированную на усиление полового влечения к жене. Отмечает, что в результате лечения полностью восстановился сон, работоспособность и повысилось сексуальное влечение к жене. Рассказывает, что до начала лечения мог, придя на работу, осознать, что он вообще не сможет выполнить необходимое задание. Был назначен прием пароксетина по 20 мг в сутки.

4.07.2019 г. Проведен 10-й сеанс гипносуггестивной терапии. Осуществлялись такие же внушения, как и на девятом сеансе, но по просьбе пациента были исключены внушения, направленные на усиление полового влечения к женщинам вообще.

15.08.2019 г. Сообщает, что за то время, когда не общался со мной, всё постепенно вернулось на круги своя. Только теперь аддиктивные эпизоды длятся не 3-4 часа, а 2. Этому способствовал тот факт, что в данный период времени его жена отдыхала с младшей дочкой на Азовском

море. Меня тоже в течение 14 дней в Харькове не было. После перерыва в лечении аддиктивные побуждения и их реализация имели место ежедневно / через день (чаще через день).

15.08.2019 г. Проведен 11-й сеанс гипносуггестивной терапии. Проводились внушения, направленные на:

1. Насыщение организма покоем и подчеркивание его оздоровительного эффекта.
2. Избавление от тяги к мастурбации.
3. Освобождение от тяги к порнографии и переписке сексуального характера.
4. Усиление воли и способности контролировать свои аддиктивные побуждения, перенаправление сексуальной энергии в нормальное русло.
5. Усиление полового влечения к жене.
6. Программирование нормально протекающего полового акта с ней.

22.08.2019. После 11 сеанса гипноза было 2 аддиктивных срыва и один успешный половой акт с женой 17.08.2019 г. Перед его проведением принял 12,5 мг эротона.

22.08.2019. Проведен 12-й сеанс гипносуггестивной терапии. Были сделаны такие же внушения, как и на одиннадцатом сеансе гипноза.

30.08.2019 г. После последнего сеанса гипноза было 2 аддиктивных срыва продолжительностью по 2 часа (вчера и позавчера). Также за это время было 2 половых акта, при которых произошло семяизвержение (один вагинальный, другой оральный) и 2 половых акта (вагинальный и оральный), которые не завершились семяизвержением (берег силы). Половое влечение к жене было выражено на 70 %. За 11–12 дней после назначения пароксетина принял только 5 его таблеток. Мотивирует это тем, что забывает его принимать и разными другими обстоятельствами: 3 дня был с женой на даче и думал, что аддиктивный срыв не может произойти. Также не использовал запись неприятных звуков.

30.08.2019 г. Проведен 13-й сеанс гипносуггестивной терапии. Осуществлялась такая же суггестия, как и на предыдущем гипнотическом сеансе.

4.09.2019 г. Был один аддиктивный срыв 2.09.2019 г. Продолжался 1,5 часа. За это время половых актов с женой не было. Отмечает, что аддиктивные побуждения стали меньше по выраженности и частоте, но бороться с ними нелегко. Но вообще аддиктивная практика сама по себе уже надоела. Пароксетин принимает, но неприятные звуки не использует. Находится в процессе удаления сексуальных аккаунтов.

4.09.2019 г. Проведен 14-й сеанс гипносуггестивной терапии. Делались такие же внушения, как и на предыдущем сеансе.

18.09.2019 г. За время, прошедшее после последнего сеанса гипноза, было 3 аддиктивных срыва продолжительностью в среднем по 2 часа. Половых актов не было, так как половое влечение к жене отсутствовало. Пароксетин не принимал. За все время принял 9 его таблеток.

31.10.2010. С момента назначения пароксетина принял 14 его таблеток. Сейчас аддиктивные срывы бывают ежедневно, но их длительность составляет не 4 часа, как раньше, а 1,5–2 часа. С женой половой жизнью не живет. Половое влечение к ней отсутствует. К тому же, 6 дней назад они поссорились на бытовой почве. Из-за уменьшения длительности аддиктивных срывов, ночной сон в среднем составляет 6,5 часов. Просыпается практически выспавшимся, и на работе чувствует себя трудоспособным. Считает, что пароксетин дает не тот эффект, на который рассчитывали, а просто оказывает успокаивающее действие.

17.12. 2019 г. Разговор по телефону. Аддиктивные побуждения и их реализация имеют место через 1 или 2 дня (с равной частотой). Их длительность составляет 1,5–2 часа. С начала сентября половой жизнью с женой не живут после того, как поссорились с ней на бытовой почве. Половое влечение к ней выражено на (15–20) %.

Анализ этого случая позволяет думать, что способствовать развитию сексуальной зависимости у пациента могло следующее обстоятельство. Как отмечалось нами ранее, его жена не обладает способностью выражать сексуальные мысли и чувства вне секса, в чем он нуждается. Необходимо

подчеркнуть, что имела место хорошая реакция больного на проводимую гипносуггестивную терапию. С самого начала ее проведения в течение более 10 дней (проведено 4 сеанса гипноза) аддиктивные побуждения вообще не возникали. Они появились только после 5-го сеанса, когда пациент случайно в телефоне (в Вайбере) наткнулся на свою сексуальную переписку. Тогда возникло сексуальное возбуждение и одновременно в связи с этим отвращение и страх. В течение 15–20 секунд прочел 5–6 сообщений сексуального характера одной женщины, с которой переписывался. После 6-го сеанса гипносуггестивной терапии никаких аддиктивных побуждений не было. На следующий день и через день после 7-го сеанса гипноза были выраженные аддиктивные срывы продолжительностью в 1,5 и 2 часа соответственно. Это произошло из-за того, что начал удалять свою переписку сексуального характера. На следующий день после 8-го сеанса гипноза возникли небольшие аддиктивные побуждения, однако их реализация не случилась. После 9-го сеанса гипносуггестивной терапии аддиктивных побуждений не было. За весь характеризуемый период времени значительно усилилось половое влечение к супруге, которое до начала лечения практически отсутствовало, а также значительно участились половые контакты с ней, которые до лечения были очень редкими. После 10-го гипнотического сеанса был длительный перерыв в лечении, который составил 41 день (отпускной период, другие объективные обстоятельства). В течение 2-х недель этого периода жена находилась на отдыхе в другом городе. За это время состояние здоровья пациента значительно ухудшилось. Оно отличалось от того, которое было до начала лечения тем, что если раньше продолжительность аддиктивных эпизодов составляла 3–4 часа, то теперь 2. Было проведено еще 4 сеанса гипноза. Они осуществлялись более редко (с перерывом от 4 до 14 дней, а не 2-3 раза в неделю, как раньше). После каждого из этих сеансов были аддиктивные срывы. Однако следует отметить, что частота аддиктивных эпизодов была гораздо меньше, чем до начала лечения. Так, между 11 и 12 сеансом гипноза (интервал – 7 дней) было 2 аддиктивных сры-

ва, между 12 и 13 (интервал – 8 дней) – 2, между 13 и 14 (интервал – 4 дня) – 1. После 14-го сеанса гипнотерапии в течение 2-х недель было 3 аддиктивных срыва. До начала же лечения, как отмечалось нами ранее, аддиктивные эпизоды имели место практически ежедневно. Затем лечение прекратилось, так как пациент не смог его продолжить по объективным причинам. В конечном счете положительный эффект лечения выразился в том, что из-за уменьшения продолжительности аддиктивных эпизодов, длительность ночного сна пациента увеличилась до 6,5 часов, что выразилось в повышении трудоспособности. Также положительным результатом следует считать уменьшение частоты этих эпизодов. Трудности в лечении были обусловлены тем, что пациент практически не принимал назначенные ему лекарственные препараты, а также отказывался от использования поведенческих терапевтических техник. Большую негативную роль сыграл длительный перерыв в лечении, что сочеталась с двухнедельным раздельным проживанием супругов. Весьма значимым фактором стала недостаточная продолжительность лечения, которое было прервано больным по объективным причинам. В заключение следует отметить, что рассмотрение этого случая позволяет утверждать, что гипносуггестивная терапия обладает выраженным терапевтическим потенциалом в лечении больных с виртуальной сексуальной аддикцией. Продолжительность лечения таких пациентов должна определяться выраженностью данной патологии и длительностью ее существования. После получения ожидаемых результатов необходимо динамическое наблюдение за пациентами, чтобы не пропустить возникновения рецидива. В процессе лечения этой патологии целесообразно создавать группы взаимоподдержки сексуальных аддиктов, руководимые специалистами, что может быть существенным фактором в достижении терапевтических результатов.

Быстрый положительный результат был получен нами при использовании гипносуггестии молодой женщине, страдавшей гиперсексуальностью, обусловленной поражением гипоталамической области (хронический арахноэнцефалит

травматического генеза) [3, с. 54]. Половое возбуждение не покидало пациентку в течение всего дня, вследствие чего она не могла нормально работать. Во время интимной близости пациентка требовала от мужа трех-четырёх сношений, которые не удовлетворяли ее полностью, несмотря на возникающий при каждом половом акте оргазм. Это стало одной из причин нарастающих семейных конфликтов, так как до возникновения заболевания для полного взаимного удовлетворения супругов было вполне достаточно одного сношения. Во время первого гипнотического сеанса (2–3-я стадия гипноза) больной производились внушения, направленные на ликвидацию возбуждения в неадекватной обстановке («Успокаиваются участки головного мозга, ответственные за возникновение полового возбуждения... Они затормаживаются... Половое возбуждение покидает Вас, уходит, рассеивается... В течение всего дня Вы совершенно спокойны... Можете успешно выполнять свою работу» и т. п.). Также производилась 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 снижал уровень полового возбуждения. Интерес приводимого наблюдения состоит и в том, что поведение пациентки во время интимной близости полностью соответствовало сделанным внушениям. Одновременно ей был назначен сонапакс и рекомендовано лечение у невропатолога. Учитывая значительные различия 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 возникало очень редко и не было интенсивным, мы лишний раз убедились в результативности гипносуггестивных воздействий на синдромы органического генеза [3, с. 54].

В. И. Здравомыслов и соавт. [2, 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».

Сообщается об использовании при гиперсексуальности (сексуальной зависимости) **экзистенциальной терапии**. D. N. Watter [36] изучал связь между экзистенциальным феноменом смертельной тревоги и гиперсексуальностью (сексуальной аддикцией) и представил парадигму оценки и лечения, основанную на экзистенциальной психотерапии.

Автор сообщает, что хотя «сексуальная медицина» и традиционные методы сексуальной терапии часто могут облегчить сексуальные страдания, бывают случаи, когда необходима более глубокая психотерапия для выяснения первопричины и окончательного устранения имеющихся сексуальных симптомов. Он отмечает, что экзистенциальная психотерапия является одной из таких форм лечения. Она позволяет клиницистам исследовать подземные глубины человеческой психики и определять смысл своего сексуального поведения и его причуд. В заключение цитируемый автор подчеркивает, что хотя, конечно, не все случаи гиперсексуальности вызваны столкновением со смертностью и смертью, есть случаи, в которых секс пронизан значением как противоядие от страха смерти. Экзистенциальная терапия – это форма лечения, которая может быть особенно эффективной во многих из этих случаев.

Сюсса Giacomo и соавт. [20], обсуждая статью D. N. Watter [36], отмечают наличие оснований полагать, что большая часть постфрейдистской мысли основана на противопоставлении Эроса (влечения к жизни, инстинкта жизни) и Танатоса (влечения к смерти, инстинкта смерти). *(Как известно, З. Фрейд считал, что либидо – энергетический потенциал Эроса, энергия всех сексуальных влечений. – Примечание ГСК.)* Цитируемые авторы подчеркивают, что исходя из этого, гиперсексуальные люди пытаются противодействовать депрессивным состояниям и смертельной тревоге посредством сексуальных действий, хотя и нерегулируемым образом. Следовательно, гиперсексуальное поведение может считаться защитным поведением от смертельной тревоги. Гиперсексуальные пациенты сопротивляются сильным внутренним страданиям посредством высокой частоты сексуальных действий. Это может быть частично связано с наличием у них латентных форм тяжелой депрессии, тревоги или других психопатологических синдромов. По мнению этих авторов, профессионалы, которые оказывают помощь гиперсексуальным пациентам, не должны ограничиваться лечением гиперсексуального пове-

дения, но, когда и где это возможно, определять его интрапсихические и межличностные корни.

В американском руководстве по сексуальной аддикции, в частности, приводятся данные о некоторых психотерапевтических подходах и методах, используемых для коррекции сексуальных аддиктов [33]. Так, сообщается об **индивидуальной терапии**, где речь идет о занятиях продолжительностью в 30–60 мин. с сертифицированным специалистом по психическому здоровью, сфокусированных на сексуальном компульсивном поведении и любых сопутствующих расстройствах; **когнитивно-поведенческой терапии (КПТ)**, которая сосредоточена на идее, что поведение, эмоции и мысли людей взаимосвязаны, целью которой является изменить негативные мысли на позитивные. **Психодинамическая терапия** основана на предположении, что бессознательные воспоминания и конфликты влияют на наше поведение. Она раскрывает влияние на детей раннего детства их привычек, а также нынешних факторов, способствующих существующей сексуальной зависимости. **Диалектико-поведенческая терапия (ДПТ)**, которая также рекомендуется в этих случаях, включает четыре компонента: группу обучения навыкам, индивидуальное лечение, телефонный коучинг и консультационную группу. Данные компоненты предназначены для обучения четырем навыкам: внимательности, терпимости к стрессу, эффективности межличностного общения и регуляции эмоций. Также сообщается о **групповой терапии**, которая проводится под руководством квалифицированных терапевтов. Она призвана заменить негативное и вредное поведение на просоциальное и позитивное, что дает аддикту уверенность в том, что он или она не одиноки в своем опыте. Групповая терапия включает групповые дискуссии по темам зависимости. Также отмечается большая польза **консультирования пары** или **брачного консультирования**, что может помочь улучшить коммуникативные навыки, усилить доверие и способствовать здоровому сексуальному функционированию в партнерстве. В качестве метода помощи сексу-

альным аддиктам называется и **12-ступенчатое восстановление**, о котором подробно речь пойдет позже.

В американском руководстве по порноаддикции [31] также говорится о целесообразности использования психодинамической терапии. Отмечается, что она основана на предположении, что бессознательные побуждения, конфликты и воспоминания влияют на поведение людей. В данном подходе традиционно исследуют события раннего детства и их вклад в формирование привычек или поведенческих моделей. Кроме того, эта терапия также может помочь пациентам определить, что в настоящее время удерживает их «застрявшими» в определенном поведении, в данном случае в порноаддикции.

Сообщается о терапии, которая проводится в стационарных центрах восстановления лиц с сексуальной (порно) зависимостью. Пациенты находятся в реабилитационном центре в течение всего периода лечения, чтобы иметь возможность сосредоточиться на процессе выздоровления без отвлечений и соблазнов повседневной жизни [33].

Речь может идти и об амбулаторном лечении. В этих случаях программы варьируются от интенсивных (рассчитанных на полный день и длящихся несколько недель) до таких, которые предусматривают еженедельную терапию в обстановке личного кабинета [30]. Отмечается существование «роскошных» лечебных программ. Это стационарные или интенсивные амбулаторные программы. В дополнение к традиционному лечению они предлагают высококачественные услуги, включающие высококомфортное проживание, бассейн, спа, массаж, йогу, иглоукалывание и другие процедуры [30].

В терапии сексуальной аддикции, как отмечалось нами ранее, используются **12-шаговая восстановительная программа** [Twelve (12) steps recovery programme]. Такая программа была разработана организациями Sex Self-Help (SSHO), которые предлагают участникам безопасную среду для определения коренных причин расстройства и проводят работу по избавлению от навязчивого сексуального поведения [37]. На встречи SSHO время от времени пригла-

шают докладчиков, чтобы они поделились своими мыслями и личными историями о выздоровлении и опыте [15].

Данная программа была заимствована у Alcohol Anonymous (анонимных алкоголиков) и адаптирована для сексуальных аддиктов в конце 1970-х годов. Р Carnes [18] сообщил, что в программу было внесено несколько изменений, связанных со спецификой сексуальной зависимости, но были сохранены все этапы, используемые во многих других группах аддикций.

Программа 12-шагового восстановления, направленная на когнитивные и поведенческие изменения, включает:

- Признание неспособности преодолеть или контролировать аддиктивное сексуальное поведение.
- Уверенность в том, что нормальное сексуальное поведение может быть восстановлено высшей силой.
- Принятие решения о приглашении в жизнь сексуального аддикта высшей силы.
- Оценку характера, глубины и степени сексуальной аддикции.
- Допущение существования сексуальной аддикции для всех.
- Принятие и готовность к вмешательству высшей силы.
- Обращение за помощью в процессе восстановления к высшей силе.
- Составление списка жертв компульсивного сексуального поведения.
- Осуществление возмещения этим жертвам.
- Непрерывную самооценку в течение периода восстановления.
- Развитие улучшенных отношений с «несущей жизнь» высшей силой.
- Опыт духовного пробуждения и впоследствии помощь другим в процессе восстановления.

На одном из российских сайтов Анонимных сексоголиков (АС) также приводится программа 12-шагового восстановления сексуальных аддиктов [13]:

1. Мы признали свое бессилие перед похотью и то, что наша жизнь стала неуправляемой.
2. Пришли к убеждению, что только Сила, более могущественная, чем мы, может вернуть нам здравомыслие.
3. Приняли решение препоручить нашу волю и жизнь заботе Бога, как мы Его понимаем.
4. Глубоко и бесстрашно оценили себя и свою жизнь с нравственной точки зрения.
5. Признали перед Богом, собой и каким-либо другим человеком истинную природу наших заблуждений.
6. Были полностью готовы к тому, чтобы Бог избавил нас от всех этих дефектов характера.
7. Смиренно просили Его устранить наши изъяны.
8. Составили список всех тех людей, кому мы причинили зло, и преисполнились желанием возместить им причиненный ущерб.
9. Лично возмещали причиненный этим людям ущерб где только возможно, кроме тех случаев, когда это могло повредить им или кому-либо другому.
10. Продолжали самоанализ и, когда допускали ошибки, сразу признавали это.
11. Стремилась путем молитвы и размышления углубить сознательный контакт с Богом, как мы Его понимаем, молясь лишь о знании Его воли, которую нам надлежит исполнить, и о даровании силы для этого.
12. Получив духовное пробуждение, к которому привели эти шаги, мы старались донести эту весть до других сексоголиков и применять эти принципы во всех наших делах.

В приводимой публикации отмечается, что программа восстановления АС является духовной, а не религиозной. Она говорит о «Высшей Силе» и о «Боге, как мы Его понимаем». Подчеркивается, что вера в Бога не является условием для членства, а атеисты и агностики находят

множество людей с такими же, как у них, убеждениями в 12-шаговых программах выздоровления.

Также в цитируемой публикации сообщается о 12-ти традициях АС [13]:

1. Наше общее благополучие должно стоять на первом месте; личное выздоровление зависит от единства АС.
2. В делах нашей группы есть лишь один высший авторитет – любящий Бог, воспринимаемый нами в том виде, в котором Он может выразить Себя через наше «сознание группы». Наши руководители – всего лишь облеченные доверием служители, они не властвуют.
3. Единственное условие для того, чтобы стать членом АС, – это желание остановить похоть и обрести сексуальную чистоту.
4. Каждая группа должна быть вполне самостоятельной, за исключением дел, затрагивающих другие группы или АС в целом.
5. У каждой группы есть лишь одна главная цель – донести наше послание до тех сексоголиков, которые все еще страдают.
6. Группе АС никогда не следует поддерживать, финансировать или предоставлять имя АС для использования какой-либо родственной организацией или посторонней компанией, чтобы проблемы, связанные с деньгами, собственностью и престижем не отвлекали нас от нашей главной цели.
7. Каждой группе АС следует полностью опираться на собственные силы, отказываясь от помощи извне.
8. Сообщество анонимных сексоголиков должно всегда оставаться непрофессиональным объединением, однако наши службы могут нанимать работников, обладающих определенной квалификацией.
9. Сообществу АС никогда не следует обзаводиться жесткой системой управления, однако мы можем создавать службы или комитеты, непосредственно подчиненные тем, кого они обслуживают.

10. Сообщество анонимных сексоголиков не придерживается какого-либо мнения по вопросам, не относящимся к его деятельности, поэтому название сообщества не следует использовать в каких-либо общественных дискуссиях.
11. Наша политика во взаимоотношениях с общественностью основывается на привлекательности наших идей, а не на пропаганде; мы должны всегда сохранять анонимность во всех наших контактах с прессой, радио, кино и телевидением.
12. Анонимность – духовная основа всех наших традиций, постоянно напоминающая нам о том, что главным являются принципы, а не личности.

Drew A. Kingston [26] в своей статье о сексуальной аддикции отмечает, что некоторые исследователи критикуют полезность 12-ступенчатого подхода как при зависимости от веществ, так и при других зависимостях [25; 35]. В частности, они ссылаются на предложение Е. Coleman [19] и Н. Keane [24], что проблемы, выявленные в рамках 12-ступенчатого подхода к лечению сексуальных аддиктов, свидетельствуют о неправильной адаптации модели зависимости к гиперсексуальному расстройству. В качестве одной из существенных проблем в адаптированном 12-ступенчатом подходе к проблемной гиперсексуальности называют отказ от личного контроля. Эта точка зрения диаметрально противоположна эмпирически подтвержденным результатам когнитивно-поведенческой терапии (в целом) и конкретным моделям реабилитации (в частности). Этим самым подчеркивается идея принятия роли личного выбора и ответственности, а также более глубокого понимания значения познаний и эмоций в изменениях поведения.

Также есть и другие замечания к существующим рекомендациям по терапии сексоголиков. Так, Е. Coleman [19] обращает внимание на опасность абстинентной модели лечения. Он заявляет, что хотя сексуальное воздержание не является заявленной целью подхода Р. Carnes (П. Карнеса) к лечению, в качестве важной начальной его стратегии ре-

комендуется «безбрачие». Терапевт просит клиента находиться «в периоде безбрачия» обычно продолжительностью в двенадцать недель. П. Карнес определяет безбрачие как «... нет секса с супругом и нет мастурбации».

М. А. Ярхауз, Э. С. Н. Тэн (M. A. Yarhouse, E. S. N. Tan) [14, с. 282–283] в связи с этим сообщают, что «группы самопомощи часто помогают своим участникам воздерживаться от своих пристрастий в период активной фазы работы над своей зависимостью. Это означает, что клиент воздерживается от сексуальной активности на протяжении нескольких недель (или дольше). Это касается мастурбации, интимных контактов с женой, просмотра порнографии, определения и избегания ситуаций, провоцирующих девиантное поведение, и т. д. Так клиент приходит к пониманию, что способен какое-то время прожить без секса, и это не смертельно».

По нашему мнению, нельзя приравнивать между собой отказ от алкоголя у алкоголиков и отказ от сексуальной активности у сексоголиков, так как потребность в сексуальной реализации имманентно присуща любому здоровому человеку. Если речь идет о порнозависимости и мастурбаторной активности, то частоту мастурбации нужно резко ограничивать, а не полностью исключать (оставлять «предохранительный клапан»), так как усиливающаяся при полном воздержании сексуальная потребность, по-видимому, не будет работать против избавления от аддикции. Однако использование порнографии должно быть запрещено, и при мастурбации пациенту следует рекомендовать прибегать к нормативным сексуальным фантазиям. Если же речь идет о мужчинах, имеющих сексуальных партнерш, или о тех пациентах, которые могут их найти, то необходимо стараться усилить их влечение к реальным женщинам в реальной жизни и активизировать их сексуальные отношения в паре. То есть избавление от сексуальной аддикции должно происходить не путем уничтожения любых сексуальных побуждений, а путем трансформации патологической зависимости в здоровую сексуальную потребность. Естественно, что осуществление такой тактики требует участия профессио-

налов, которые могут оказывать соответствующее психотерапевтическое воздействие. Большим подспорьем в этом плане может стать гипносуггестивная терапия.

В США существуют различные группы самопомощи лиц, которые страдают сексуальной зависимостью, использующие 12-шаговые программы восстановления: «Анонимные сексуальные аддикты» («Sex Addicts Anonymous»), «Анонимные сексоголики» («Sexaholics Anonymous»), «Сексуально-компульсивные анонимы» («Sexual Compulsives Anonymous»), «Сексуальные и любовные анонимные аддикты» («Sex and Love Addicts Anonymous») [15]. Отмечается, что участие в этих программах помогает аддикту учиться, развивать подлинные отношения, навыки межличностного общения и ответственности. Организации самопомощи также предлагают лечение сексуальным аддиктам. Во время его проведения они живут в учреждении и получают уход и психотерапию [37].

М. А. Ярхауз, Э. С. Н. Тэн (M. A. Yarhouse, E. S. N. Tan) [14, с. 284] подчеркивают, что в процессе психотерапии зависимостей возникает и вопрос об ответственности. Они часто рекомендуют клиентам выбрать себе «партнера по ответственности». «Это должен быть человек, отношения с которым позволяют клиенту детально обсуждать с ним трудные вопросы, а также рискованные решения, которые могут повысить риск рецидива. Как правило, это не должна быть супруга, поскольку ей предстоит другая задача ...».

Существуют онлайн группы поддержки сексуальных аддиктов. NoFar – это интернет-сообщество, основанное в 2011 году. Оно служит в качестве группы поддержки тем, кто желает избежать использования порнографии, мастурбации и/или половых актов [34].

Высказывается мнение, что группы поддержки могут быть полезны для незастрахованных или недостаточно застрахованных лиц, а также в качестве дополнения к профессиональному лечению. Кроме того, они могут быть полезны в местах, где профессиональная помощь перегружена (т. е. новые пациенты не принимаются), скудна или отсутствует, или когда существуют листы ожидания, чтобы

получить данную помощь. Группы поддержки могут быть полезны и тем пациентам, которые не хотят тратить деньги на профессиональное лечение [34].

Существуют следующие горячие линии США, которые могут помочь найти программы лечения, терапевтов и другие ресурсы для поведенческих зависимостей и расстройств психического здоровья, таких как депрессия, тревожность и посттравматическое стрессовое расстройство: Национальная линия спасения от самоубийств (National Suicide Prevention Lifeline); программа Кризисный чат «Мост жизни» (Chat: Lifeline Crisis Chat Program); Национальная телефонная линия Управления по борьбе со злоупотреблением психоактивными веществами и наркотическими средствами (Substance Abuse and Mental Health Services Administration's [SAMHSA] National Helpline); Телефон доверия Национального альянса по психическим заболеваниям (National Alliance on Mental Illness [NAMI] Helpline); Boys Town National Hotline; Кризисная текстовая линия (Crisis Text Line) [30].

В столице России действует несколько реабилитационных центров, где людям готовы предоставить квалифицированную помощь. Это такие учреждения, как Центр психологической помощи Psystatus, реабилитационный центр Ренессанс и ряд других крупных клиник столицы. Как правило, такие клиники занимаются борьбой с разными видами зависимостей, но опытные специалисты помогут избавиться от мастурбаторной зависимости и любовной аддикции, а также прочих проблем подобного рода. В ряде клиник Санкт-Петербурга пациентам также помогут с лечением сексомании. Это, к примеру, центр «Династия», центр доктора Голубева и т. д. Здесь пациентов научат и тому, как избавиться от любовной аддикции [11].

В нескольких городах Украины, в том числе и в Киеве, существуют группы анонимных сексоголиков (АС), где осуществляется 12-шаговая программа восстановления.

Стоимость лечения сексуальной зависимости в разных странах значительно отличается. Если в США месячный курс лечения обходится в районе 30 тысяч долларов, то в

Москве и Санкт-Петербурге составляет примерно от 20 тысяч рублей. В клиниках Израиля стоимость выше, чем в России, однако ниже, чем в США и ряде стран Европы с развитой медициной (Германия, Швейцария и т. д.) [11].

Для порнозависимых подростков существуют следующие варианты лечения [31]:

1. Амбулаторная терапия, которая позволяет жить дома, посещать школу и участвовать в любых других мероприятиях.
2. Жилые лечебные центры, где подросток может находиться и в ночное время. В этих центрах он может избежать реализации своих повседневных сексуальных привычных действий и сосредоточиться на развитии более позитивного поведения.
3. Группы поддержки сверстников, создающие безопасную и целительную среду, в которой подросток может открыто выражать себя.

Приводятся рекомендации по предотвращению развития у подростка сексуальной аддикции [31], согласно которым родители должны поддерживать открытое общение с ребенком и не избегать ответов на темы, связанные с сексуальным развитием и сексуальными отношениями. При этом называют следующие важные условия, которые могут оградить ребенка от развития порноаддикции: необходимость поддерживать честные отношения между родителями и детьми; предоставление ребенку возможности получения сексуального образования и рекомендаций по использованию им соответствующих ресурсов; осуществление родительского контроля за использованием детьми Интернета; необходимость подавать ребенку собственный пример по ограничению его использования.

Существуют специальные рекомендации для жен, чьи мужья страдают сексуальной аддикцией [22]. Подчеркивается необходимость оказания им скорой помощи, которая заключается в рекомендациях о правильном питании, достаточном сне, занятии спортом и медитацией; в обращении к молитве и церковным советам; в свободе выражения сво-

их чувств здоровым образом. Подчеркивается, что ни одно чувство не является неправильным или неуместным, а единственная ошибка, которую можно совершить, – это сдерживать свои чувства. Также не рекомендуется оставаться в изоляции и найти нескольких доверенных лиц (близкие друзья, группы поддержки, терапевты или церковные лидеры). Жены сексуальных аддиктов должны создать наилучшие условия для своего лечения и освободить себя от лишних обязанностей. Им необходимо использовать все свои ресурсы, чтобы адекватно понимать проблему.

Существуют следующие варианты помощи женам сексуальных аддиктов: консультации и рекомендации квалифицированных психотерапевтов, специализирующихся в области сексуальной зависимости и измены; помощь тех, у кого был такой опыт. Созависимым женам сексуальных аддиктов следует знать, что они не одиноки в своем страдании. Тысячи других женщин проходят через то же, что и они. Связь с этими женщинами для них имеет решающее значение. Жена может винить себя за пристрастие супруга к порнографии, но ей следует знать, что его зависимость не ее вина. Это не связано с ее привлекательностью или любовью к ней мужа.

По нашему мнению, утверждение, что сексуальная аддикция мужа никогда не связана с потерей привлекательности жены или ее отсутствием, скорее выполняет психопротективную функцию для женщин и не всегда соответствует реальной действительности.

Данные, представленные в этой главе, были ранее отражены в нашей статье [5].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Громыхова Ю. Что такое мотивационное интервью? – URL: <https://www.b17.ru/article/45191/> (дата обращения: 17.11.2019).
2. Здравомыслов В. И., Анисимова З. Е., Либих С. С. Функциональная женская сексопатология. – Алма-Ата: Казахстан, 1985. – 272 с.

3. Кочарян Г. С. Глава 5. Гипносуггестивная терапия // Кочарян Г. С., Кочарян А. С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. – М.: Медицина, 1994. – С. 47–66.
4. (Кочарян Г. С.) Kocharyan Garnik S. Hypersexuality in the form of porno addiction: clinical observation // Psychological Counseling and Psychotherapy. – 2020. – Issue 12. – P. 70–76. DOI: 10.26565/2410-1249-2019-12-08
5. Кочарян Г. С. Психотерапия больных с гиперсексуальностью // Здоровье мужчины. – 2019. – №4 (71). – С. 44–51. DOI: <https://doi.org/10.30841/2307-5090.4.2019.195262>
6. Кочарян Г. С. Современная сексология. – К.: Ника-Центр, 2007. – 400 с.
7. МВСТ – Основанная на осознанности когнитивная терапия. – URL: <http://realmindfulness.ru/2011/12/mvst-osnovannaya-na-osoznannosti-kognitivnaya-terapiya/> (дата обращения: 06.11.2019).
8. Принимая собственных демонов: обзор терапии принятия и ответственности. Часть 1. 18 февраля 2017 г. Расс Хэррис. Перевод: Константин Федоров. Журнал «Эрос и Космос». – URL: <http://eroskosmos.org/embracing-demons-act-1/> (дата обращения: 04.11.2019).
9. Принимая собственных демонов: обзор терапии принятия и ответственности. Часть 2. 10 апреля 2017 г. Расс Хэррис. Перевод: Константин Федоров. Журнал «Эрос и Космос». – URL: <http://eroskosmos.org/embracing-demons-act-2/> (дата обращения: 04.11.2019).
10. Тренинг. Мотивационное интервьюирование. Руководство для тренера. СПИД. Фонд Восток Запад. – Душанбе, 2011. – 68 с. – URL: <https://www.цсу27.пф/upload/iblock/854/854109dafd42d49e44e76ff15d23f2e7.pdf> (дата обращения: 06.11.2019).
11. Узнайте про особенности лечения сексуальной зависимости в ведущих клиниках. – URL: <https://renaissance-clinics.com/dependence-treatment/sex-addiction-treatment> (дата обращения: 03.11.2019).

12. Хэррис Расс. Ловушка счастья. Перестаем переживать – начинаем жить. – М.: Эксмо, 2014. – 480 с.
13. Что такое Анонимные Сексоголики? – URL: <http://samoscow.ru/profs.html> (дата обращения: 30.09.2019).
14. Ярхауз М. А., Тэн Э. С. Н. (Yarhouse M. A., Tan E. S. N.) Сексуальность и психотерапия сексуальных расстройств: Пер. с англ. – Черкассы: Коллоквиум, 2016. – 371 с.
15. Ajegena B. K., Victor O. B., Usman B. A. Sex and Sexual Addiction in the United States of America: An Overview of Its Epidemiology, Management and Prevention Strategies // J Addict Res Ther. – 2018. – 9 (5). – P. 366. DOI:10.4172/2155-6105.1000366
16. Bain J. A. Thought control in everyday life. – New York, 1966.
17. Briken P., Habermann N., Berner W., Hill A. Diagnosis and treatment of sexual addiction: A survey among German sex therapists // Sex Addict Compulsivity. – 2007. – 14 (2). – P. 131–143.
18. Carnes P. Out of the shadows: Understanding Sexual addiction. Third edition. – Minnesota: Hazelden Publishing, 2001. – 240 p.
19. Coleman E. The obsessive-compulsive model for describing compulsive sexual behavior // Am J Prev Psych Neurol. – 1990. – 2 (3). – P. 9–14.
20. Giacomo Ciocca, Erika Limoncin, Vittorio Lingiardi, Andrea Burri, Emmanuele A. Jannini. Response Regarding Existential Issues in Sexual Medicine: The Relation Between Death Anxiety and Hypersexuality // Sexual Medicine Reviews. – 2018. – 6 (2). – P. 335–336. DOI: 10.1016/j.sxmr.2018.02.002. – URL: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2050052118300167?via%3Dihub>
21. Hallberg J., Kaldo V., Arver S., Dhejne C., Jokinen J., Öberg K. G. A Randomized Controlled Study of Group-Administered Cognitive Behavioral Therapy for Hypersexual Disorder in Men // J Sex Med. – 2019. – 16 (5). – P. 733–745. DOI: 10.1016/j.jsxm.2019.03.005.
22. Is My Husband Addicted to Porn? – URL: <https://www.psychguides.com/guides/is-my-husband-addicted-to-porn/> (the date of the reference: 10.03.2019).

23. Kaplan M. S., Krueger R. B. Diagnosis, assessment, and treatment of hypersexuality // *J Sex Res.* – 2010. – 47 (2). – P. 181–198.
24. Keane H. Disorders of desire: addiction and problems of intimacy // *J Med Humani.* – 2004. – 25 (3). – P. 189–204.
25. Kingston D. A., Firestone P. Problematic hypersexuality: a review of conceptualization and diagnosis // *Sex Addict Compulsivity.* – 2008. – 15 (4). – P. 284–310.
26. Kingston Drew A. Debating the Conceptualization of Sex as an Addictive Disorder // *Curr Addict Rep* – 2015. – 2. – P. 195–201. DOI: 10.1007/s40429-015-0059-6
27. Kouimtsidis C., Daris P., Reynolds M., Drummond C., Tarner N. Cognitive-behavioural therapy in the treatment of addiction. – Hoboken: John Wiley and Sons LTD, 2007.
28. Kraus Shane W., Krueger Richard B., Briken Peer, First Michael B., Stein Dan J., Kaplan Meg S., Voon Valerie, Abdo Carmita H. N., Grant Jon E., Atalla Elham, Reed Geoffrey M. Compulsive sexual behaviour disorder in the ICD-11 // *World Psychiatry.* – 2018. – 17 (1). – P. 109–110. DOI: 10.1002/wps.20499
29. Lantheaume S. [ACT in the treatment of sexual addiction: About a clinical case]. [Article in French] // *Encephale.* – 2018. – 44 (4). – P. 387–391. DOI: 10.1016/j.encep.2017.06.001
30. Porn addiction hotline. – URL: <https://www.psychguides.com/guides/porn-addiction-hotline/> (the date of the reference: 11.03.2019).
31. Porn Addiction. – URL: <https://www.psychguides.com/guides/porn-addiction/> (the date of the reference: 10.03.2019).
32. Series Hugh, Dégano Pilar. Hypersexuality in dementia // *Advances in Psychiatric Treatment.* – 2005. – 11 (6). – P. 424–431. – URL: <https://doi.org/10.1192/apt.11.6.424>
33. Sex Addiction Symptoms, Causes and Effects. – URL: <https://www.psychguides.com/behavioral-disorders/sex-addiction/> (the date of the reference: 02.11.2019).
34. Sexual addiction. – URL: https://en.wikipedia.org/wiki/sexual_addiction (the date of the reference: 03.03.2019).

35. Walters G. D. Twelve reasons why we need to find alternatives to alcoholics anonymous // *Addict Disord Their Treat.* – 2012. – 1 (2). – P. 53–59.
36. Watter D. N. Existential Issues in Sexual Medicine: The Relation Between Death Anxiety and Hypersexuality // *Sex Med Rev.* – 2018 – 6 (1). – P. 3–10. DOI: 10.1016/j.sxmr.2017.10.004.
37. Weiss R. Treating sex addiction: A practical guide to diagnosis and treatment. – New Jersey: John Wiley and Sons, 2004.
38. Wolpe J. Psychotherapy by Reciprocal Inhibition. – Stanford, Calif.: Stanford University Press, 1958.

ГЛАВА 7

РАССТРОЙСТВО В ФОРМЕ ПОСТОЯННОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ, СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ: РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ, КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ

Синдром постоянного сексуального возбуждения (Persistent Sexual Arousal Syndrome [PSAS]), который затем называли расстройством в форме постоянного генитального возбуждения (Persistent Genital Arousal Disorder [PGAD]), был впервые описан в медицинской литературе в 2001 г. S. R. Leiblum и S. G. Nathan [23; 27]. Вместе с тем отмечается, что подобная клиническая картина у женщины была описана в Великобритании за несколько лет до этого A. Riley [36], и вполне возможно, что Soranus of Ephesus (Соран Эфесский) ссылаясь на это состояние в «Midwifery and diseases of women» («Акушерство и болезни женщин») во втором веке нашей эры [21]. Когда впервые, кем и где была описана симптоматика, характерная для этого расстройства, по-видимому, сказать сложно, так как, на самом деле, она описывалась разными авторами в различных странах под диагнозом гиперсексуальности (повышенного полового влечения). По нашему мнению, в переводе на русский язык для обозначения данной патологии целесообразно использовать предлагаемый нами вышеприведенный термин «расстройство в форме постоянного генитального возбуждения», а не встречающийся в русскоязычной литературе термин «стойкое расстройство полового / генитального возбуждения», так как последний, представляющий собой кальку с английского языка, не дает возможность понять, идет ли речь о повышении этого возбуждения, его снижении или даже отсутствии.

История возникновения названий этой патологии и их смены такова. После 2001 г., когда S. R. Leiblum и S. G. Nathan [23; 27] описали её под названием PSAS у 5 женщин, в 2004 г. этот синдром был признан как клиническая суц-

ность Международным комитетом по дефинициям (International Definitions Committee) [16]. Впоследствии данная патология была переименована S. R. Leiblum в PGAD. PGAD не признавалось в качестве расстройства DSM-IV-TR (предпоследняя американская классификация психических расстройств) и не признается как таковое МКБ-10. На веб-сайте International Society for Sexual Medicine (Международного общества сексуальной медицины) сообщается [20], что рабочая группа по сексуальным расстройствам и расстройствам гендерной идентичности (The DSM Work Group on Sexual and Gender Identity Disorders) американской классификации психических расстройств (DSM) не предложила включение PGAD в последнюю американскую классификацию психических расстройств, что отражено в Пятом издании диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (Fifth Edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM-5]), которое было издано 18 мая 2013 г. [19]. Тем не менее на сегодняшний день диагноз «PGAD» получил достаточно широкое распространение.

Доктор Дэвид Голдмейер (D. Goldmeier) в своем интервью заявляет, что PSAS, вероятно, не является новым заболеванием, но раньше он был «нераспознанным». Он также отмечает: «Я подозреваю, что он намного менее распространен, чем, например, слабое сексуальное желание у женщин, которое является более частой жалобой» [8]. Несмотря на то что эта мысль высказывается в виде предположения, не вызывает никакого сомнения, что она полностью соответствует действительности. В публикации нидерландских ученых 2008 г. отмечается, что до сих пор описано только 22 случая этого расстройства [34]. Тали Розенбаум, которая принимает своих пациентов в частной клинике Тель-Авива, сообщает, что в связи с данным расстройством к ней обращается до 5 чел. в год [1]. Тем не менее недавнее исследование его распространенности дает возможность предположить, что оно имеет место у 1 % молодых женщин (L. Garvey, личное общение) [21].

В некоторых источниках его называют «тихой эпидемией» из-за того, что действительное количество страдающих от этого тяжелого нарушения неизвестно, так как больные стыдятся его и стараются как можно дольше его скрывать [1]. В одной публикации сообщается, что в мире известно всего несколько десятков случаев этого расстройства, но эксперты в области сексологии справедливо предполагают, что на самом деле их гораздо больше, так как большинство больных с данной патологией просто не рассказывают о своих проблемах [6].

Высказывается мнение, согласно которому частота этого расстройства предположительно гораздо больше. Так, в англоязычной версии Википедии сообщается, что распространенность PGAD неизвестна, но, по крайней мере, во всем мире существует 7000 его случаев [33].

В одной публикации отмечается, что хотя точную цифру больных с этой патологией назвать невозможно, это состояние может иметь место у значительно большего числа женщин, чем считалось ранее, о чем свидетельствует тот факт, что сотни женщин по всему миру, страдающие PSAS, заполнили сложные всеобъемлющие анкеты, размещенные на различных медицинских веб-сайтах [12]. PGAD диагностируют как у женщин, так и у мужчин, но у женщин оно встречается намного чаще. Его описывали и у детей.

D. Goldmeier и соавт. [21] приводят следующие диагностические критерии PGAD, которые включают:

1. Симптомы, характерные для сексуального возбуждения (набухание гениталий и их чувствительность с набуханием сосков или без него), которые сохраняются в течение длительного периода времени (часы или дни) и самостоятельно полностью не утихают.
2. Симптомы физиологического возбуждения, которые не проходят при обычном оргазме, и могут потребоваться множественные оргазмы на протяжении часов или дней для уменьшения этого возбуждения.
3. Симптомы возбуждения, как правило, не воспринимаются как связанные с каким-либо субъективным ощущением сексуального возбуждения или желания.

4. Стойкое генитальное возбуждение может быть вызвано не только посредством сексуальной активности, но, видимо, также несексуальными раздражителями или вообще без видимых стимулов.
5. Симптомы воспринимаются как неуместные, навязчивые и нежелательные.
6. Эти симптомы вызывают у женщины по крайней мере умеренную степень дистресса.

Отмечается, что, находясь в состоянии предоргазма, женщины с данной патологией не имеют при этом ни малейшего желания сексуальных отношений. Это состояние не только не приносит им удовольствия, но, более того, похоже на боль в гениталиях, которая сопровождается неприятными переживаниями. Эти женщины постоянно возбуждены даже при отсутствии какого-либо сексуального стимула и сексуального влечения. Данное состояние не всегда завершается оргазмом, но даже при его возникновении облегчение у больных не возникает. Оргазм может случиться у этих женщин в любое время, в любом месте и при любых обстоятельствах (в магазине, на работе, в кафе и т. п.). Таким образом их жизнь превращается в трагедию [6].

Вместе с тем сообщается, что оргазм способен иногда обеспечить временное облегчение, но симптомы могут вернуться в течение нескольких часов. Возобновление симптомов, за исключением тех случаев, когда речь идет о воздействии известных триггеров, внезапно и непредсказуемо. Если не принимаются меры по их облегчению или они неудачны, это может приводить к волнам спонтанных оргазмов у женщин и спонтанных эякуляций у мужчин [33].

Согласно данным интернет-опроса, женщины, у которых имел место полный набор жалоб, характерных для PGAD, сообщили о следующих генитальных симптомах: покалывании в области клитора (86 %), вагинальной конгестии (80 %), влажности влагалища (77 %), сокращении влагалища (71 %) и покалывании в области влагалища (71 %). О боли в клиторе сообщили 20 % женщин [29].

Исследования показали, что женщины, которые соответствовали всем критериям PGAD, чаще, чем женщины, у которых фиксировались лишь некоторые его критерии, сообщали о депрессии, тревоге, приступах паники и некоторых обсессивно-компульсивных симптомах [30].

Эти женщины не только часто страдают от депрессии, тревоги, приступов беспокойства и паники, но и испытывают чувство вины, растерянности и неудовлетворенности [12]. S. Leiblum и соавт. [30] провели интернет-опрос женщин. Из 156 женщин, участвовавших в нем, у 76 были выявлены все признаки PGAD (PGAD группа), а у 48 – только некоторые из этих признаков (не-PGAD группа). Сопоставление этих групп показало, что женщины в PGAD группе по сравнению с женщинами, вошедшими в не-PGAD группу, были значительно более подвержены депрессии (55 % против 38 %) и паническим атакам (31,6 % против 14,6 %). Также у женщин PGAD группы чаще отмечалась тревога и некоторые обсессивно-компульсивные симптомы, такие как контроль испытываемых ими физических ощущений. Помимо этого, они гораздо чаще указывали на сексуальное домогательство.

PGAD может осложняться социальными проблемами, так как постоянное возбуждение мешает сосредоточиться на какой-либо деятельности в повседневной жизни. В некоторых ситуациях, например, при вождении транспорта, оно может представлять большую опасность [13]. Езда в автомобиле или поезде, вибрация от мобильных телефонов и даже поход в туалет могут только усугубить проявления данной патологии. Некоторые больные говорят, что они избегают сексуальных отношений, которые для них являются болезненным опытом. Это состояние может длиться в течение многих лет и быть настолько сильным, что способно привести не только к депрессии, но и к самоубийству [33].

D. Goldmeier и соавт. [21] отмечают, что по данным интернет-опросов [28; 29; 30] триггерами, которые ведут к проявлению PGAD, являются сексуальная стимуляция (53 %), мастурбация (36 %), стресс (46 %) и тревога (34 %). Факторами экацербации были: давление на половые орга-

ны (67 %), «что-то сексуальное, что вы видите» (59 %), вибрация при езде на автомобиле или мотоцикле (57 %), стимуляция партнера (55 %) и половой акт (46 %). Наиболее часто сообщалось о таком факторе экацербации, как путешествие в автомобиле или на поезде [22; 26; 37; 44; 45].

Большинство женщин испытывали симптомы PGAD в начале менопаузы [40], а некоторые сообщили о них во время беременности или в предменструальный период [39].

J. Carvalho и соавт. [17] обследовали 43 женщины с PGAD и 42 женщины контрольной группы. Это исследование (интернет-опрос) носило кросс-культурный характер и включало респондентов со всего мира, которым было более 18 лет. Использовались следующие опросники: Sexual Dysfunctional Beliefs Questionnaire, Sexual Modes Questionnaire, Positive and Negative Affect Schedule, Brief Symptom Inventory. Кроме того, участники ответили на перечень контрольных вопросов, оценивающих наличие и частоту симптомов PGAD. После учета социально-демографических характеристик и психической патологии, выявленные результаты показали, что у женщин с PGAD имеют место значительно более дисфункциональные сексуальные убеждения (например, сексуальный консерватизм и восприятие сексуального желания как греха) и более негативные мысли (например, мысли о сексуальном насилии и недостатке любви партнера), а также дисфункциональные аффективные состояния во время сексуальной активности по сравнению с лицами контрольной группы. Это является обоснованием для применения когнитивно-поведенческой терапии, направленной на коррекцию неадекватных сексуальных убеждений и мыслей, а также негативных аффективных состояний, обусловленных дисфункциональным когнитивным стилем по отношению к сексуальности.

Известно, что есть женщины, которые постоянно испытывают половое возбуждение, однако считают, что это вполне нормально, а вовсе не мучительно. Поэтому возник интерес сравнить женщин, которые соответствовали всем диагностическим критериям PGAD (PGAD группа) и тех, у которых отмечались лишь некоторые из этих признаков (не-

PGAD группа). Был проведен анонимный онлайн опрос 388 женщин, из которых 206 составили PGAD группу, а 176 – не-PGAD группу. Эти группы были схожи по возрасту и семейному положению. Результаты проведенного исследования показали, что уровень дистресса был значительно больше в PGAD группе, чем в не-PGAD группе (7,9 против 4,7 по шкале из 10 пунктов). 48 % женщин из PGAD группы по сравнению с 27 % женщин из не-PGAD группы сообщили о постоянном возбуждении. Значительно больше женщин из PGAD группы по сравнению с женщинами из не-PGAD группы негативно относились к половому возбуждению. Женщины из PGAD группы сообщали о более низком желании, меньшем сексуальном удовлетворении, более сильной боли. У них отмечалось снижение общих баллов по Индексу сексуальной функции женщин (the Female Sexual Function Index [FSFI]) [29].

Самыми значимыми предикторами (предвестниками) дистресса, который отмечается при характеризуемой патологии, были: навязчивое и нежелательное чувство генитального возбуждения ($P < 0,0001$); непрерывно существующие симптомы ($P < 0,001$); чувство несчастья ($P < 0,03$); стыд ($P = 0,0001$); беспокойство ($P = 0,01$); снижение сексуального удовлетворения ($P < 0,004$); наличие симптомов в течение какого-то времени ($P = 0,01$); семейное положение ($P < 0,004$) [28].

Существует и другое исследование, направленное на оценку психологических предикторов дистресса, связанного с симптомами постоянного генитального возбуждения, а также психологических модераторов, влияющих на условия, при которых постоянное генитальное возбуждение вызывает стресс. Всего обследовано 117 женщин с данными симптомами (он-лайн опрос с использованием опросников), у которых определялись их личностные черты, сексуальные убеждения и диадическая (двухкомпонентная) установка. Также женщины давали ответы на вопросы о частоте / тяжести симптомов постоянного генитального возбуждения и тяжести дистресса / ухудшения, обусловленного этими симптомами. Результаты данного исследования показали,

что нейротизм, низкая открытость, сексуальный консерватизм и диадическая установка были значительными предикторами дистресса, связанного с генитальными симптомами. Кроме того, был выявлен сексуальный консерватизм, который, кажется, является ключевым отличительным фактором, влияющим на психологические состояния, при которых женщины могут сообщать о более высоких уровнях дистресса, вызванного стойким генитальным возбуждением. Авторы этого исследования отмечают следующее. В связи с тем, что данные выводы относятся к дистрессу, обусловленному симптомами генитального возбуждения, а не к PGAD как клинической сущности, рассматриваемые результаты могут характеризовать или не характеризовать формально женщин, относимых к диагностической категории PGAD [18].

Отмечается, что PGAD может присутствовать на протяжении всей жизни человека (первичное PGAD) или развиться в любом возрасте (вторичное PGAD) [25]. Очевидно, что эта патология не может иметь место с момента рождения.

Подчеркивается, что хотя термином, используемый многими врачами, является PSAS, однако страдающие этим расстройством утверждают, что их возбуждение далеко от сексуального и может быть очень болезненным, раздражающим и неутолимым. Таким образом, при описании данного расстройства они отвергают его сексуальную природу [35]. В связи с этим необходимо лишний раз указать, что при распознавании PSAS/PGAD, в частности, следует четко ориентироваться на следующие вышеуказанные его критерии: ***симптомы возбуждения, как правило, воспринимаются как не связанные с каким-либо субъективным ощущением сексуального возбуждения или желания; симптомы воспринимаются как неуместные, навязчивые и нежелательные.***

Когда PSAS/PGAD сочетается с синдромом беспокойных ног (Restless Legs Syndrome [RLS]) и/или с синдромом гиперактивного мочевого пузыря (Overactive Bladder Syndrome [OABS]), и/или с гиперчувствительностью мочеиспускатель-

ного канала (hypersensitivity of the urethra), его называют синдромом раздраженных половых органов (Restless Genital Syndrome [ReGS]) [38; 39; 40; 41; 42]. По мнению М. D. Waldinger, ReGS является генитальной формой RLS. Как известно, RLS – состояние, характеризующееся неприятными ощущениями в нижних конечностях, которые появляются в покое (чаще в вечернее и ночное время), вынуждают больного совершать ослабляющие их движения и часто приводят к нарушению сна [3; 10; 11; 15; 24].

М. D. Waldinger, основываясь на клинических наблюдениях, постулировал мнение, что странные (причудливые) генитальные ощущения подобны ощущениям, относящимся к RLS. «Для того чтобы подчеркнуть эту эквивалентность, мы решили переименовать PSAS в Restless Genital Syndrome (ReGS)» – объясняет Waldinger. Он также добавляет: «Результаты нашего исследования противоречат идее, что жалобы имеют психологическую причину», и «дальнейшие исследования могут способствовать адекватному лечению этого тяжелого, недавно ставшего известным синдрома, который может быть более распространен, чем известно в настоящее время» [34].

Диагноз ReGS ставят на основании наличия следующих 7 критериев [38]:

- 1) нежелательные и неприятные беспокоящие генитальные ощущения при отсутствии сексуального желания или сексуальных фантазий;
- 2) нежелательные неприятные спонтанные оргазмы при отсутствии сексуального желания или сексуальных фантазий;
- 3) жалобы, характерные для синдрома беспокойных ног;
- 4) жалобы, характерные для синдрома гиперактивного мочевого пузыря;
- 5) усиление нежелательных неприятных беспокоящих генитальных ощущений в положении сидя;
- 6) постоянная механическая гиперестезия генитальной области при сенсорном тестировании (пальпации);

- 7) появление нежелательных и неприятных генитальных ощущений при мануальном обследовании нижней ветви лобковой кости.

Сообщается, что существенным проявлением этого синдрома является ощущение приближения нежелательного непроизвольного оргазма у женщин, что его симптомы вызывают страдания, существуют длительное время и не проходят после одного или более оргазмов [7].

Для того чтобы поставить диагноз ReGS, вовсе не обязательно наличие всех вышеприведенных критериев. Например, при отсутствии жалоб, характерных для синдрома беспокойных ног, могут иметь место проявления гиперактивного мочевого пузыря, или наоборот.

Во многих публикациях сообщается о наличии при ReGS нежелательных и неприятных ощущений в гениталиях [43], что и стало одним из его диагностических критериев. Большинство женщин испытывают трудности при описании генитальных ощущений, которые могут быть диагностированы как дизестезии и парестезии. *(Дизестезия – извращение чувствительности. Например, холод воспринимается как тепло и т. п. – Примечание ГСК.)* Их интенсивность была наиболее тяжелой в положении сидя. Большинство женщин сообщают о предсуществующих или существующих при рассматриваемой патологии проявлениях синдрома беспокойных ног и гиперактивного мочевого пузыря [39].

В одной публикации отмечается, что при данной патологии симптомы беспокойных ног появляются задолго до генитальных жалоб, а половые акты и мастурбация, как правило, не приносят облегчения этим больным. Более того, сообщается, что сексуальный контакт не только не приводит к уменьшению симптомов, но даже усиливает их. Также подчеркивается, что женщины с ReGS постоянно находятся на грани оргазма [34].

Приведем несколько клинических примеров, являющихся яркой демонстрацией PGAD.

Дейл Декер (Dale Decker), 37-летний американец из Ту Риверс, штат Висконсин (Two Rivers, Wisconsin), в сентябре 2012 г. упал со стула, в результате чего произошло смещение межпозвонкового диска, что привело к развитию постоянного генитального возбуждения [4; 31]. После травмы он направился в больницу и по дороге испытал сразу пять оргазмов. С тех пор постоянно страдает от неконтролируемых многократных оргазмов и просто боится выходить из дома, опасаясь испытать оргазм прямо на публике. Дейл испытывает до 100 оргазмов в день. Он рисует отчаянную картину и говорит, что эти эпизоды изолировали его от семьи и общества из-за страха, что один из этих оргазмов произойдет на публике. О характеризующей патологии никогда не слышал до 2012 г. Один из наиболее неприятных и болезненных моментов он пережил, когда умер его отец. Дейл говорит: «Представьте себе, что вы стоите на коленях перед гробом на похоронах вашего отца, чтобы проститься с ним, и вдруг прямо там у вас случается девять оргазмов. В это время вся ваша семья стоит позади вас. Такая картина заставляет вас пожелать того, чтобы до конца дней у вас больше не было оргазма. В этом нет ничего приятного, потому что даже при том, что вы можете чувствовать себя хорошо физически, вы испытываете полное отвращение к тому, что происходит». Он добавляет: «Если вы в общественном месте, если перед вами стоят дети, то это просто омерзительно. Это может вас реально быстро сломать... Это случалось со мной в продуктовом магазине, а когда все было закончено, прямо на меня таранилось 150 человек. Как выходить из дома, когда может случиться нечто подобное?»

Дейл женат, у него двое сыновей. В то время как он страдает от 100 оргазмов в день, это никак не связано с его женой Эйприл (April), 33 лет, которая пытается его поддерживать. Однако она признается, что ей очень тяжело. Она говорит: «Сейчас, когда он не может работать и кормить семью, мы действительно боремся изо всех сил, и я чувствую себя так, словно все легло на мои плечи. Это реально огорчает. Мы не делаем того, что должны делать муж и же-

на, и мы уже спорим о тех вещах, которые и не должны бы нас беспокоить. Из-за того, что временами «вспышки» у Декера случаются по ночам, мы приняли решение спать в разных кроватях». Эйприл продолжает: «Я очень скучаю по старому Дейлу. В нашей жизни по обыкновению было много радости, и я надеюсь, что в один прекрасный момент он вернется ко мне. Может быть, доктора найдут лекарство от этого. Я не знаю... Я просто очень надеюсь, что они сделают это». Однако пока Дейл может рассчитывать только на медитацию, упражнения для мышц тазового дна и обезболивающие препараты. Супруги откровенно признались, что практически перестали заниматься сексом. Теперь Декер также не способен быть прежним и для своих сыновей. Он старается быть хорошим отцом, но не может вместе с ними потренироваться, поиграть в мяч, и они, скорее всего, не понимают почему».

Дена Харрис (Dena Harris), гинеколог из Нью-Йорка, которая больше работала с женщинами, страдавшими от постоянного генитального возбуждения, говорит: «Это же очевидно, что Дейл мучается, и я уверена, что найдутся такие люди, которые скажут, что все это просто у него в голове. Но это не так. Это серьезное заболевание, и я очень надеюсь, что он получит помощь, в которой так отчаянно нуждается. Испытывать половое возбуждение – это замечательно, но здесь речь о другом, не о сексуальном возбуждении. Это ужасающие спазмы, и это может быть очень болезненно. Все выглядит так, что Дейл страдает не только эмоционально, но и физически». По ее мнению, если Декер в ближайшем будущем не получит помощь, то это грозит большим риском, так как когда человек страдает от такого состояния, то начинает думать о самоубийстве, потому что чувствует, что у него нет иного выхода, чтобы разрешить ситуацию [4].

Существуют данные о том, что количество испытываемых спонтанных оргазмов может достигать 500 в день. Речь идет о 30-летней домработнице, британке Заре Ричардсон из графства Хэмпшир, у которой имеет место PGAD. Этот диагноз впервые был поставлен ей в 2010 г. [2; 14].

Существующее в течение длительного времени PGAD может привести к суициду. Внимания заслуживает следующее сообщение [5]. В американском городе Спринг-Хилл (штат Флорида) совершила самоубийство 39-летняя Гретхен Моланнен, страдавшая постоянным генитальным возбуждением. Нервное напряжение, в котором женщина находилась по этой причине на протяжении последних 16 лет, заставило ее в итоге свести счеты с жизнью – тело американки было найдено в ее доме. Как именно женщина совершила суицид, неизвестно. Всего за две недели до этого в свой профиль в Facebook Гретхен выложила пугающий снимок, где изображена женщина в голубой футболке, голова которой плотно закрыта брезентом, а сверху на ткань надет противогаз, ее руки заведены за спину. Гретхен Моланнен страдала от изнурительного генитального возбуждения, снять которое можно было только многочасовой мастурбацией. Облегчение длилось всего несколько минут, потом неудержимое возбуждение снова стремительно нарастало. Она жаловалась, что получает подряд по 50 неконтролируемых оргазмов. Такая физическая и нервная нагрузка тяжело отражалась на здоровье и психологическом состоянии женщины.

Проблемы с сексуальным возбуждением начались у Моланнен в возрасте 23 лет. Первые десять лет она не понимала, что с ней происходит, не знала, к кому обратиться за помощью, и страдала молча. Гретхен пыталась работать переводчиком, но ей сложно было сосредоточиться на выполняемой работе из-за своего расстройства. После 1999 г. она жила в Спринг-Хилле и постоянной работы не имела. У нее был бойфренд, но за год они занимались с ним сексом всего четыре раза, потому что расплатой за соитие для Гретхен были последующие многочасовые мучения. Около пяти лет назад Моланнен увидела по телевизору женщину, которая рассказала о похожих ощущениях. Только тогда она обратилась к врачам. Ей прописали антидепрессанты, которые лишь частично снижали сексуальное возбуждение. Дважды она предпринимала попытки получить инвалидность, но ей отказывали. Состояние женщины было на-

столько тяжелым, что в прошлом году она пыталась покончить с собой по крайней мере трижды [5].

Недавно она решила рассказать журналистам свою печальную историю. Американка объяснила им, что хочет рассказать о своем расстройстве, чтобы люди поняли, что это серьезное отклонение от нормы, требующее врачебного вмешательства, а страдающие им женщины имели мужество обратиться за помощью. Гретхен подробно рассказывала о своих страданиях на протяжении 10 часов. На следующий день после появления в Сети статьи она покончила с собой [5].

Следует отметить, что степень выраженности PGAD может быть различной, и поэтому это расстройство по-разному переживается пациентами. В этом плане интерес представляет следующее наблюдение [32]. Одна британская девушка из Манчестера по имени Аманда Флауэрс, работница в сфере общественного питания, занимаясь у себя дома на Wii Fit, упала на пол и повредила нерв, отвечающий за передачу сексуальных ощущений. С тех пор любой намек на секс, вибрация телефона или работа кухонного комбайна возбуждают ее так, что ей каждый раз приходится тратить немало времени и сил, чтобы успокоиться. Однако 24-летняя Аманда не расстраивается по этому поводу, резонно замечая, что ей еще повезло, поскольку другие люди, падая с Wii Fit, ломают себе руки и ноги, а она получает по десять оргазмов в день. Аманда также выражает надежду, что однажды встретит такого парня, который смог бы удовлетворять ее внезапно возросшие сексуальные потребности так часто, как это будет нужно.

Приведем также фрагменты 2 историй болезни, представленных M. D. Waldinger и соавт. [43], где был поставлен диагноз ReGS. Обследование 2 пациентов мужского пола с таким диагнозом выявило следующее. Одному мужчине (пациент А), которому на момент обращения было 74 года, в 73 года была проведена радикальная простатэктомия в связи с карциномой простаты. После операции воздержание стало нормой, проблем с мочеиспусканием не было, эякуляция исчезла, но оргастические ощущения остались.

Ранее существовавшие у него проблемы с эрекцией усугубились (речь идет об ее отсутствии). Через семь месяцев после операции пациент начал ощущать все увеличивающееся и неприятное половое возбуждение (как если бы он находился на грани получения оргазма) при отсутствии осознанного желания или фантазий о сексе. Такие ощущения воспринимаются как вид беспокойства в области гениталий. Эти ощущения вызывали тревогу и отчаяние, были нежелательными и сделали пациента беспокойным и раздражительным. Хотя пациент и его жена смирились с утратой эрекции и воздерживались от сексуальной активности, после простатэктомии он попытался заниматься мастурбацией, чтобы избавиться от генитальных ощущений. Однако после этих попыток данные нежелательные ощущения возобновлялись в течение 15 мин. против его желания. Они усиливались в сидячем положении и уменьшались при ходьбе и в положении лежа. С начала возникновения неприятных генитальных ощущений пациент зафиксировал у себя усилившиеся безотлагательные позывы к мочеиспусканию, но только малым количеством мочи. Он не сообщал о проявлениях синдрома беспокойных ног. После простатэктомии, как отмечалось ранее, у него имеет место полное отсутствие эрекции и анэякуляция. До простатэктомии частота половых актов составляла 1 раз в неделю, а продолжительность полового акта была приблизительно 10 мин. После возникновения неприятных генитальных ощущений оргазм возникает у него через 20–60 сек после начала мастурбации. Причудливые ощущения описываются как покалывание и локализуются выше лобковой кости, а также в члене и яичках. Они вызываются при соприкосновении головки полового члена с одеждой (аллодиния), при сидении, а также после дефекации. *(Аллодиния – боль вследствие воздействия раздражителей, обычно её не вызывающих. – Примечание ГСК.)* В анамнезе больного не было выявлено в прошлом принуждения его к сексуальным отношениям, сексуального насилия, расстройства настроения, тревожного расстройства, обсессивно-компульсивного расстройства, травматического сексуального опыта. Он не

жаловался на ощущение тяжести, тянущую или ноющую боль в мошонке. Исследование состояния щитовидной железы, гормональные исследования, ЭЭГ и МРТ головного мозга не обнаружили никаких отклонений. УЗИ и МРТ органов малого таза выявили варикоцеле в паховом канале с двух сторон, главным образом слева, и вокруг семенных канатиков. Пальпация генитальной области обнаружила значительное число точек гиперестезии с двух сторон от лобковой кости и выше полового члена в срамном дерматоме (pudendal dermatome) (рис. 1А). Пальпация нижней ветви лобковой кости и, в частности, по ходу дорсального нерва пениса вызвала ощущение неизбежности эякуляции и раздражение в ранее упомянутых триггерных точках.

Второй больной с данной патологией (пациент В) – 38-летний женатый мужчина, который имеет 2 детей. Кроме стерилизации в возрасте 36 лет, история его болезни ничем не примечательна. Он сообщил о спонтанной эякуляции, которая случилась, когда ему было 34 года. Эти спонтанные эякуляции происходили, когда он сидел за своим письменным столом на работе, вел машину или занимался спортом при отсутствии сексуального возбуждения или эрекции. С того времени как у него стали происходить эти спонтанные эякуляции, он чувствовал усилившиеся безотлагательные позывы к мочеиспусканию, но только малым количеством мочи. Спонтанные эякуляции происходят от 1 до 3 раз в день и сопровождаются неприятными беспокоящими генитальными ощущениями. Они возникают в положении сидя, при дефекации, мочеиспускании и при охлаждении. Следует отметить, что спонтанные эякуляции не сопровождаются эрекцией и/или оргазмом. После эякуляции чувство неизбежности эякуляции возобновляется через 1–1,5 ч. Пациент не сообщает о боли и чувстве онемения в генитальной области, а также об ощущениях, свойственных синдрому раздраженных ног. При сексуальной активности он не испытывает трудности с эрекцией, сексуальным желанием и эякуляцией. В его истории болезни отсутствуют указания на предшествующие имеющему у него место расстройству сексуальные домогательства и сексуальное на-

силие, расстройство настроения и тревожное расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство, травматический сексуальный опыт. Цистоскопия и исследование простаты и спермы патологии не выявили. Также не было обнаружено отклонений при исследовании щитовидной железы и гормональных исследованиях. Эхография яичек, ЭЭГ и МРТ головного мозга и органов малого таза не выявили каких-либо патологических отклонений. Определение чувствительности генитальной области обнаружило несколько точек гиперестезии на левой и правой стороне лобковой кости и слева над пенисом в срамном дерматоме (рис. 1В). Пальпация нижней ветви лобковой кости и, в частности, по ходу дорсального нерва пениса выявила возникновение ощущения неизбежности семяизвержения [43].

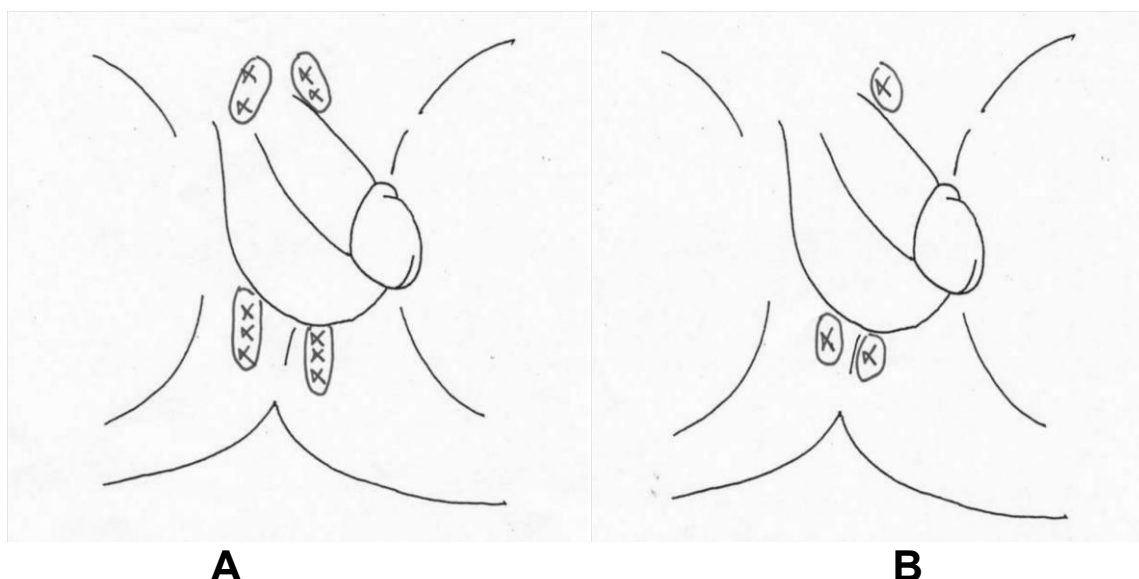


Рисунок 1. Точки гиперестезии в срамном дерматоме и триггерные точки нежелательных генитальных ощущений вдоль нижней ветви лобковой кости у пациента А (рисунок 1А) и пациента В (рисунок 1В) [43]

В заключение следует отметить, что приведенные в данной главе сведения, которые ранее нашли отражение в нашей статье [9], будут полезны врачам различных специальностей, так как повысят их диагностические возможности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. «Тихая эпидемия» или синдром постоянного сексуального возбуждения. Что говорят ученые? – URL: <http://nnm.me/blogs/prikol200/tihaya-epidemiya-ili-sindrom-postoyannogo-seksualnogo-vozbuzhdeniya-cto-govoryat-uchenye/> (дата обращения: 22.12.2014).
2. 30-летняя британка испытывает по 500 оргазмов в день (ФОТО). – URL: <http://mediadrom.info/socium/2071-30-letnyaya-britanka-zara-richardson-ispytyvaet-500-orgazmov-v-den> (дата обращения: 09.03.2015).
3. Аверьянов Ю. Н., Подчуфарова Е. В. Синдром беспокойных ног // Неврологический журнал. – 1997. – № 3. – С. 12–16.
4. Булатов А. 100 оргазмов каждый день. Сайт: «Знаменитости». – URL: http://www.peoples.ru/state/citizen/dale_decker/ (дата обращения: 21.12.2014).
5. В США покончила с собой женщина, доведенная до отчаяния неутолимým сексуальным возбуждением. 5 декабря 2012 г. – URL: <http://www.newsru.com/world/05dec2012/molannen.html> (дата обращения: 14.12.2014).
6. Васильева Т. Синдром постоянного сексуального возбуждения – это трагедия. – URL: <http://www.medicus.ru/sexopatology/specialist/sindrom-postoyannogo-seksualnogo-vozbuzhdeniya-eto-tragediya-33501.phtml> (дата обращения: 22.12.2014).
7. Гузов И. И. Синдром беспокойных гениталий – выяснена причина загадочного диагноза. – URL: <http://www.cironline.ru/board/index.php?action=viewmessage&id=83305> (дата обращения: 22.12.2014).
8. Загадочное женское заболевание – синдром постоянного сексуального возбуждения. – URL: <http://www.eurolab.ua/sexual-health/2527/2530/19009/> (дата обращения: 22.12.2014).
9. Кочарян Г. С. Расстройство в форме постоянного генитального возбуждения, синдром раздраженных половых органов: распространенность, диагностические критерии, клинические проявления (часть I) // Здоровье мужчины. – 2015. – №2 (53). – С. 69–74.

10. Левин О. С. Синдром беспокойных ног // Диагностика и лечение экстрапирамидных расстройств / Под ред. В. Н. Штока. – М., 2000. – С. 124–138.
11. Синдром беспокойных ног. Материал из Википедии – свободной энциклопедии. – URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/%D1%E8%ED%E4%F0%EE%EC_%E1%E5%F1%EF%EE%EA%EE%E9%ED%FB%F5_%ED%EE%E3 (дата обращения: 01.02.2015).
12. Синдром постоянного сексуального возбуждения портит женщинам жизнь. – URL: <http://globalscience.ru/article/read/117/> (дата обращения: 22.12.2014).
13. Синдром постоянного сексуального возбуждения у женщин. Posted by admin on July 7, 2012. – URL: <http://healthyjournal.ru/zdorovie-i-krasota/sindrom-postoyannogo-seksualnogo-vozbuzhdeniya-u-zhenshhin/> (дата обращения: 22.12.2014).
14. Состояние перманентного оргазма – 500 раз в день. – URL: <http://www.yaplakal.com/forum7/topic491013.html> (дата обращения: 09.03.2015).
15. Allen R. P. Contraversies and challenges in defining etiology and pathophysiology of restless legs syndrome // *Am J Med.* – 2007. – 120 (1 Suppl 1). – P. 13–21.
16. Basson R., Leiblum S., Brotto L., Derogatis L., Fourcroy J., Fugl-Meyer K., Graziottin A., Heiman J. R., Laan E., Meston C., Schover L., van Lankveld J., Schultz W. W. Revised definitions of women's sexual dysfunction // *J Sex Med.* – 2004. – 1 (1). – P. 40–48.
17. Carvalho J., Veríssimo A., Nobre P. J. Cognitive and emotional determinants characterizing women with persistent genital arousal disorder // *J Sex Med.* – 2013. – 10 (6). – P. 1549–1558.
18. Carvalho J., Veríssimo A., Nobre P. J. Psychological factors predicting the distress to female persistent genital arousal symptoms // *Journal of sex & marital therapy* – 2015. – 41 (1). – P. 11–24.
19. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. – United States: American Psychiatric Association, 2013. – 947 p.

20. Giraldi A., Rellini A. H., Pfaus J., Laan E. Female Sexual Arousal Disorders. – URL: <http://www.issm.info/news/research-highlights/research-summaries/female-sexual-arousal-disorders> (the date of the reference: 26.04.2015).
21. Goldmeier D., Mears A., Hiller J., Crowley T.; BASHH Special Interest Group for Sexual Dysfunction. Persistent genital arousal disorder: a review of the literature and recommendations for management // *Int J STD AIDS*. – 2009. – 20 (6). – P. 373–377.
22. Goldmeier D., Leiblum S. Interaction of organic and psychological factors in persistent genital arousal disorder in women: a report of six cases // *Int J AIDS STD*. – 2008. – 19 (7). – P. 488–490.
23. Goldmeier D., Leiblum S. R. Persistent genital arousal in women – a new syndrome entity // *Int J STD AIDS*. – 2006. – 17. – P. 215–216.
24. Happe S., Klösch G., Saletu B., Zeitlhofer J. Treatment of idiopathic restless legs syndrome (RLS) with gabapentin // *Neurology*. – 2001. – 57 (9). – P. 1717–1719.
25. Kamatchi R., Ashley-Smith A. Persistent genital arousal disorder in a male: a case report and analysis of the cause // *BJMP*. – 2013. – 6 (1): a605. – P. 30–31.
26. Leiblum S. R., Goldmeier D. Persistent genital arousal disorder in women: case reports of association with antidepressant usage and withdrawal // *J Sex Marital Ther*. – 2008. – 34 (2). – P. 150–159.
27. Leiblum S. R., Nathan S. G. Persistent sexual arousal syndrome: A newly discovered pattern of female sexuality // *J Sex Marital Ther*. – 2001. – 27 (4). – P. 365–380.
28. Leiblum S., Brown C., Wan J., Rawlinson L. Persistent sexual arousal syndrome: a descriptive study // *J Sex Med*. – 2005. – 2 (3). – P. 331–337.
29. Leiblum S., Seehuus M., Brown C. Persistent genital arousal: disordered or normative aspect of female sexual response? // *J Sex Med*. – 2007. – 4 (3). – P. 680–687.
30. Leiblum S., Seehuus M., Goldmeier D., Brown C. Psychological, medical and pharmacological correlates of persistent genital arousal disorder // *J Sex Med*. – 2007. – 4 (5). – P. 1358–1366.

31. Man has 100 orgasms a day, the consequences are devastating.
– URL: <http://www.inquisitr.com/1494044/man-has-100-orgasms-a-day-the-consequences-are-devastating/> (the date of the reference: 21.12.2014).
32. Nintendo Wii может сделать вас секс-маньяком (или маньячкой). – URL: <http://www.upweek.ru/nintendo-wii-mozhet-sdelat-vas-seks-manyakom-ili-manyachkoj.html> (the date of the reference: 11.05.2015).
33. Persistent genital arousal disorder. From Wikipedia, the free encyclopedia. – URL: http://en.wikipedia.org/wiki/Persistent_genital_arousal_disorder (the date of the reference: 22.12.2014).
34. Persistent imminent orgasms in women are associated with restless legs. December 17, 2008. – URL: <http://www.sciencedaily.com/releases/2008/12/081216115010.htm> (the date of the reference: 21.12.2014).
35. PGAD: Revisited with newer studies. Friday, August 9, 2013 – Steps to Authentic Happiness via Positive Psychology by Paul Mountjoy. – URL: <http://communities.washingtontimes.com/neighborhood/steps-authentic-happiness-positive-psychology/2013/aug/9/pgad-revisited-newer-atudues/> (the date of the reference: 30.12.2014).
36. Riley A. Premenstrual hypersexuality // Sex Marital Ther. – 1994. – 9 (1). – P. 87–93.
37. Thorne C., Stuckey B. Pelvic congestion syndrome presenting as persistent genital arousal: a case report // J Sex Med. – 2008. – 5 (2). – P. 504–508.
38. Waldinger M. D., de Lint G. J., Venema P. L., van Gils A. P., Schweitzer D. H. Successful transcutaneous electrical nerve stimulation in two women with restless genital syndrome: The role of A-delta and C-nerve fibers // J Sex Med. – 2010. – 7 (3). – P. 1190–1199.
39. Waldinger M. D., Schweitzer D. H. Persistent genital arousal disorder in 18 Dutch women: Part II. A syndrome clustered with restless legs and overactive bladder // J Sex Med. – 2009. – 6 (2). – P. 482–497.
40. Waldinger M. D., van Gils A. P. G., Ottervanger H. P., Vandenbroucke W. V. A., Tavy D. L. J. Persistent genital

arousal disorder in 18 Dutch women: Part 1. MRI, EEG and transvaginal ultrasonography investigations // *J Sex Med.* – 2009. – 6. – P. 474–481.

41. Waldinger M. D., Venema P. L., van Gils A. P. G., Schutter E. M. J., Schweitzer D. H. Restless genital syndrome before and after clitoridectomy for spontaneous orgasms: A case report // *J Sex Med.* – 2010. – 7 (2 Pt 2). – P. 1029–1034.
42. Waldinger M. D., Venema P. L., van Gils A. P. G., Schweitzer D. H. New insights into restless genital syndrome: Static mechanical hyperesthesia and neuropathy of the nervus dorsalis clitoridis // *J Sex Med.* – 2009. – 6 (10). – P. 2778–2787.
43. Waldinger M. D., Venema P. L., van Gils A. P. G., de Lint G. J., Schweitzer D. H. Stronger evidence for small fiber sensory neuropathy in restless genital syndrome: two case reports in males // *J Sex Med.* – 2011. – 8 (1). – P. 325–330.
44. Wylie K., Levin R., Hallam-Jones R., Goddard A. Sleep exacerbation of persistent sexual arousal syndrome in a postmenopausal woman // *J Sex Med.* – 2006. – 3 (2). – P. 296–302.
45. Yero S. A., McKinney T., Petrides G., Goldstein I., Kellner C. H. Successful use of electroconvulsive therapy in 2 cases of persistent sexual arousal syndrome and bipolar disorder // *J ECT.* – 2006. – 22 (4). – P. 274–275.

ГЛАВА 8

РАССТРОЙСТВО В ФОРМЕ ПОСТОЯННОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ, СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ: ФОРМИРОВАНИЕ

Изучение формирования расстройства в форме постоянного генитального возбуждения (Persistent Genital Arousal Disorder [PGAD]) и синдрома раздраженных половых органов (Restless Genital Syndrome [ReGS]) свидетельствует о многообразии факторов, которые, как полагают или предполагают, участвуют в формировании этих патологических состояний. В данной главе также приводится термин «синдром постоянного сексуального возбуждения» («Persistent Sexual Arousal Syndrome» [PSAS]), который позже был переименован в PGAD. Представим данные различных авторов, указывающие на те или иные факторы, которые могут участвовать в генезисе PGAD/PSAS и ReGS.

Так, R. Kamatchi, A. Ashley-Smith [20] сообщают, что в одном случае PGAD продолжительностью в 2 года, имевшего место у 54-летнего мужчины, было установлено, что изначально его симптомы манифестировали, когда он «просматривал» интернет и случайно попал на порнографические сайты. Позже эти симптомы были постоянными и появлялись без каких-либо сексуальных стимулов. У этого пациента не было обнаружено никаких органических причин, которые бы обуславливали данные симптомы. Возникновению этой патологии не предшествовали депрессивное или тревожное расстройство. Авторы высказали мнение, что ее симптомы могут быть вызваны тревогой, которая усугубляется тем, что больной сосредоточен на половом возбуждении и достижении кульминации, чтобы облегчить боль. Его лечили диазепамом (транквилизатор) и прегабалином (противосудорожным и анальгезирующим средством), что привело к снижению интенсивности симптомов. В ходе дальнейшего обсуждения этого клинического наблюдения цитируемые авторы все же приходят к выводу, что в данном случае органическая причина не может быть

исключена полностью, так как у этого пациента была нейропатическая боль после вазэктомии. (*Вазэктомия – хирургическая операция, при которой производится перевязка или удаление фрагмента семявыносящих протоков. – Примечание ГСК.*) Кроме того, применение прегабалина эффективно как при генерализованной тревоге, так и при нейропатической боли. Поэтому исследователи пришли к выводу, что существующие у больного симптомы PGAD могут быть результатом взаимодействия физических и психологических факторов, и это расстройство может быть психосоматическим состоянием [20].

По мнению M. D. Waldinger [29], результаты проведенного им и его коллегами исследования противоречат идее, что жалобы при данной патологии имеют психологическую причину. Жертвы этого расстройства, многие исследователи и практикующие врачи отвергают идею, что PGAD обусловлен влиянием психологических факторов. Существовала обеспокоенность планируемым и вполне вероятным включением этого диагноза в новое американское Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам пятого пересмотра (DSM-V), но это так и не произошло. Различные названия этого феномена являются показателем того, насколько разделены исследователи и медицинское сообщество относительно согласования, что именно представляет собой данный синдром [30].

В литературе приводятся данные о возможности развития PGAD у больных с биполярным расстройством [22; 36; 37]. F. Anzellotti и соавт. [10] отмечали связь PGAD с эпилепсией.

Одно исследование обнаружило у женщин с PGAD кисты Тарлова в нижней части позвоночника. Впервые удалось найти связь между ними и постоянным генитальным возбуждением. Барри Комисарук (Barry Komisaruk) обнаружил эту связь, когда была обследована жена его коллеги, которая страдала от такого возбуждения. При магнитно-резонансной томографии (МРТ) в нижней части позвоночника у нее нашли кисту Тарлова. Barry R. Komisaruk, Huey-Jen Lee [21] провели специальные исследования с по-

мощью МРТ у 18 женщин с PGAD. У 12 (66,7 %) из них в спинальной области были обнаружены кисты Тарлова (уровни S_2 и S_3 , редко – S_1). У пяти пациенток МРТ выявила одну кисту, у шести – две кисты, а у одной пациентки – три кисты. Кисты сфероидальной формы варьировали в максимальном диаметре от 3 до 20 мм с групповым средним максимальным диаметром $9,6 \text{ мм} \pm 5,1 \text{ (sd)}$. У 13-й женщины кисты Тарлова не были обнаружены, но у нее был диагностирован спондилолистез, т. е. позвонок L_5 был смещен вперед относительно позвонка S_1 на 25 % и искривлял корешки спинномозговых нервов конского хвоста. У 14-й женщины был выраженный стеноз в L_{2-3} , сжимающий конский хвост. У остальных 4 женщин при МРТ патологии выявлено не было. Для сравнения, в общей популяции распространенность кист Тарлова составляет от 1,2 % до 9,0 %. Эти данные основаны на случайных обнаружениях кист в тысячах случаев и в различных условиях, когда проводилась МРТ пояснично-крестцового отдела позвоночника [8; 23].

В качестве гипотезы Barry R. Komisaruk, Huey-Jen Lee [21] высказывают мнение, что кисты Тарлова могут генерировать симптомы PGAD. Некоторые случаи PGAD могут быть связаны с патологией задних спинальных корешков, которые могли бы генерировать аномальные беспокоящие генитальные ощущения. Отмечается, что кисты Тарлова имеют свои собственные нервы и тонкие стенки и их очень трудно удалить. Такие кисты могут возникать в результате хирургических процедур [30].

Александра Милспо (Alexandra Milspaw), исполнительный директор the Institute for Women in Pain (Институт для женщин, страдающих болью) (Вифлеем, штат Пенсильвания, США), занимающаяся проблемой постоянного сексуального возбуждения, считает, что при любых нарушениях сексуального возбуждения у больных чаще всего обнаруживают, что в прошлом их секс был связан с болью или дискомфортом. Также опыт сексуальной жизни таких людей мог начаться с ряда травм или несчастных случаев, связанных с занятием спортом [по 27].

PGAD также связывают с поражением чувствительных нервов, отвечающих за транспортировку сигнала от раздражителя в ЦНС. Отмечается, что возникновению этого синдрома подвержены женщины любого возраста, но особенно уязвимыми считаются женщины в постменопаузе и лица с нарушением гормонального фона [7]. В одной публикации отмечается, что в настоящее время точно определить причину PGAD не представляется возможным, но также как и в предыдущей публикации сообщается о связи данного расстройства, по мнению ряда исследователей, с поражением чувствительных нервов, а также о его тенденции поражать постменопаузальных женщин или тех женщин, которые подверглись гормональному лечению [28].

Некоторые полагают, что постоянные оргазмы могут быть обусловлены повреждением дорсального нерва клитора. Если вызвать «онемение» этого нерва, то это может принести временное облегчение [4]. S. Bedell и соавт. [14] сообщают о женщине в постменопаузе, у которой в течение 6 мес. имело место неукротимое генитальное возбуждение и боль в области клитора, которая не была связана с сексуальными стимулами. Тщательное обследование выявило небольшую твердую подвижную периклиторальную массу, которая сдавливала дорсальный нерв клитора. Ее удаление привело к полной ликвидации симптомов в течение нескольких недель.

Сообщается, что ранее ReGS рассматривался как один из вариантов сексуальной дисфункции. Также отмечается, что данный синдром является патологическим состоянием, связанным с развитием периферической нейропатии, чаще всего сенсорной нейропатии дорсального нерва клитора. Таким образом, ReGS является не функциональным, а соматическим заболеванием [2].

M. D. Waldinger и соавт. [35] обследовали женщин, которые соответствовали всем диагностическим критериям PGAD. Проводились глубинные интервью, обычные (рутинные) и гормональные исследования, ЭЭГ и МРТ головного мозга и малого таза. Локализация генитальных ощущений устанавливалась посредством физикального обследования

нижней ветви лобковой кости и сенсорного тестирования кожи в области гениталий с помощью ватного тампона (тест генитального тактильного картирования). Из 23 женщин, включенных в исследование, соответственно 18 (78 %), 16 (69 %) и 12 (52 %) сообщили о синдроме беспокойных ног, синдроме гиперактивного мочевого пузыря и гиперчувствительности мочеиспускательного канала. О непереносимости облегающей одежды и нижнего белья (аллодиния или гиперпатия) сообщило 19 (83 %) женщин. (*Сенсорная гиперпатия – резкое усиление интенсивности ощущений при воздействии слабых раздражителей. – Примечание ГСК.*) У всех женщин был диагностирован ReGS. Сидение обостряло ReGS у 20 (87 %) обследованных. У всех женщин MPT выявила варикоз различной степени во влагалище (91 %), малых и/или больших половых губах (35 %) и матке (30 %). Пальцевое сенсорное исследование дорсального нерва клитора вдоль нижней ветви лобковой кости провоцировало проявления ReGS у всех женщин. Сенсорное тестирование обнаружило одностороннюю и двустороннюю гиперестезию в различных триггерных точках в дерматоме срамного нерва, особенно в части, иннервируемой дорсальным нервом клитора, включая тазовую кость. У трех женщин сенсорное тестирование индуцировало оргазм во время физикального обследования. В результате проведенного исследования авторы пришли к заключению, что ReGS в значительной степени ассоциируется с варикозно-расширенными венами таза, сенсорной нейропатией срамного нерва и дорсального нерва клитора, что наводит на мысль о невропатии мелких волокон. Физикальное тестирование гиперестезии, считают исследователи, является диагностическим тестом для ReGS и рекомендуется всем пациентам с жалобами на постоянное беспокоящее генитальное возбуждение, у которых отсутствует сексуальное желание [35].

В одной публикации также сообщается, что у женщин с PGAD выявляют высокую распространенность варикоза органов малого таза [34]. MPT органов малого таза выявила его у 55 % женщин. Трансвагинальное УЗИ (transvaginal

ultrasonography) подтвердило существование варикозно-расширенных вен малого таза у девяти из 18 женщин, которые приняли участие в исследовании. Это была легкая, умеренная и тяжелая степень варикоза у двух, трех и четырех женщин, соответственно. У трех из последних четырех пациенток дополнительное МРТ с гадолиниевым контрастом выявила дилатацию яичниковых вен от легкой до умеренной степени. У 39 % женщин было диагностировано варикозное расширение вен в одной или обеих ногах.

В результате проведенного исследования авторы пришли к заключению, что оно не выявило явную патологию, которая может быть причиной развития ощущений, имеющих место при PGAD. Так как варикоз является частой находкой у взрослых женщин, то полученные данные не позволяют сделать вывод, что существует причинно-следственная связь между PGAD и варикозом органов малого таза. Тем не менее высокая распространенность такого варикоза и варикозно расширенных вен конечностей в данной группе женщин требует дальнейшего исследования их роли в развитии PGAD [34].

Отмечается, что в некоторых случаях PGAD вызвано тазовой артериовенозной мальформацией артериальных ветвей к пенису или клитору или может привести к ней. (*Мальформация – патологическая связь между венами и артериями. – Примечание ГСК.*) В этом случае эффективным было хирургическое лечение. Выявлено, что симптомы PGAD могут быть связаны с пудендонейропатией. Местные блокады нерва и реже хирургическое вмешательство в большинстве случаев продемонстрировали разную степень успеха. Однако какие-либо доказательства долгосрочной эффективности хирургического вмешательства отсутствуют [28]. Причиной PGAD могут быть генитальные пролапсы и дерматозы [16].

C. Battaglia, S. Venturoli [13] описали возникновение симптомов PGAD после лечения антидепрессантом тразодоном. Речь идет о молодой 29-летней женщине с нормально протекающим менструальным циклом (его продолжительность > 25 и < 35 дней), которая страдала от неже-

лательного полового возбуждения и неконтролируемых оргазмов. При проведении исследования использовали 2D ультразвуковое исследование объема тела клитора, цветовую доплерографию его дорсальных артерий и 3D энергетическое доплеровское картирование его васкуляризации. Авторы пришли к выводу, что небольшой и периодически возникающий приапизм клитора может способствовать возникновению постоянного возбуждения и вызывать нежелательные оргазмы.

J. B. Korda и соавт. [22] сообщают о случае возникновения PGAD у женщины с биполярным расстройством I типа после резкого прекращения приема антидепрессанта пароксетина и отмечают, что существенным компонентом в патофизиологии PGAD является повышение центрального высвобождения допамина, которое имеет место при биполярном расстройстве.

Описан случай PGAD у 44-летней женщины, которая обратилась к гинекологу в связи с дисменореей и менометроррагией [9]. (*Менометроррагия – кровотечение из матки во время менструации, превышающее по интенсивности или длительности нормальное. – Примечание ГСК.*) При обследовании она сообщила врачу о наличии у неё в течение 5–6 мес. повышенного тазового напряжения (pelvic tension), не связанного с увеличением сексуального влечения, что вынуждает ее 15 раз в день мастурбировать, достигая оргазма. Удалось выяснить, что в ее диету за месяц до появления этих симптомов была включена соя, которую она употребляла ежедневно в количестве 4 фунтов (1 фунт соответствует 453,6 гр).

В ряде публикаций приводятся обобщенные данные о причинах PGAD и ReGS. В качестве каузальных факторов PGAD рассматриваются анатомические аномалии или опухоли половых органов, возможное нарушение равновесия между стимулирующими и блокирующими нейротрансмитерами головного мозга, неврологические заболевания (эпилепсия), патология артерий и вен кровеносной сети гениталий [5]. Сообщается о результатах исследований, которые выявили, что большинство женщин с PSAS до его

проявления страдали заболеваниями, вызванными различными стрессами. Однако нельзя утверждать, что PSAS является патологией, которая обуславливается сугубо психологическими факторами. Нарушения могут быть вызваны гормональным дисбалансом, органическими поражениями лимбической системы головного мозга, а также последствиями хирургических операций на органах малого таза. Кроме того, PSAS возникает при использовании соевой диеты или приеме антидепрессантов [6].

В качестве возможных причин, ведущих к развитию PGAD, кроме того, называют навязчивые состояния, проблемы с кровообращением, связанные с чрезмерным приливом крови, напряжение мышц. Отмечается, что, к сожалению, у исследователей и практиков нет единого подхода к лечению PSAS/PGAD, так как одни считают эту проблему чисто психологической, другие – мышечной, третьи – связанной с нарушением кровообращения в головном мозге [1].

D. Goldmeier и соавт. [17], анализируя данные специальной литературы, сообщают, что симптомы PGAD были описаны в связи с рядом разных патологических состояний, таких как пролапс гениталий [16; 18], тазовая артериовенозная фистула [18], последствия операции на головном мозге по поводу церебральной артериовенозной фистулы [18], дилатация и неполноценность (несостоятельность) левой яичниковой вены у женщин с конгестивным тазовым синдромом [33]. У одной женщины, отмечают цитируемые авторы, PGAD ассоциировалось с большим потреблением сои женщиной в постменопаузе, и его симптомы ослабели после изменения в диете [9]. Очень редко, продолжают они, под PGAD могут маскироваться соматосенсорные эпилептические ауры или височная эпилепсия [11].

L. Pink и соавт. [31] проанализировали когорту из 15 женщин с PGAD. Более чем у половины пациенток в этой группе имели место генитальные боли, депрессия и интерстициальный цистит. В ряде случаев было зафиксировано применение антидепрессантов в прошлом, синдром беспокойных ног и невралгия срамного нерва. Тазовый варикоз и кисты Тарлова, отмечают авторы, были ранее определены

в качестве возможных факторов, участвующих в формировании PGAD, но они не были частыми находками в обследованной группе.

Д-р Robert Echenburg, основатель the Institute for Women in Pain, решительно утверждает, хроническая тазовая боль и PGAD вызваны общими дисфункциями мочевого пузыря, кишечника или гинекологическими проблемами. Он предполагает, что другие проблемы, такие как несчастные случаи, операции, роды и спортивные травмы могут выступать в качестве триггеров для развития гиперчувствительности при PGAD. Ученый придерживается мнения, что PGAD является не сексуальным расстройством, а «субнабором, состоящим из значительно большей и довольно распространенной группы заболеваний». Он определяет PGAD как расстройство, связанное с вульводинией или болью в тазовой области и/или невралгией срамного нерва, которая является проявлением периферической нейропатии, вовлекающей нервы, которые снабжают всю вульву, в том числе нервы, идущие к клитору. *(Вульводиния – боль в области вульвы и влагалища у женщин, причину которой не удается установить. – Примечание ГСК.)* По мнению данного автора, у всех женщин с PGAD имеет место невралгия срамного нерва, дисфункция тазового дна (напряжение его мышц), а у большинства из них отмечаются комбинации проблем мочевого пузыря, кишечника и репродуктивной системы [30]. Он заявляет: «PGAD – не сексуальное расстройство. PGAD – болевое расстройство». Он называет пять основных причин, которые могут привести к его развитию у женщин [15]:

- органические и структурные «триггеры» мочевого пузыря, такие как синдром болезненного мочевого пузыря / интерстициальный цистит;
- проблемы с нижней частью кишечника, такие как синдром раздраженного кишечника и воспаление кишечника;
- гинекологические расстройства, такие как эндометриоз, вульводиния и вульвит;

- несчастные случаи, операции и роды;
- спортивные травмы нижних генитальных структур.

В. J. Stevenson, T. S. Köhler [32] сообщают, что ряд исследований и историй болезни свидетельствуют о том, что PGAD может быть связано с применением антидепрессантов, и его симптомы могут появляться в начале лечения или после его прекращения [24; 25]. Другие гипотезы и теории о причинах PGAD фиксируют внимание на диетических и сосудистых факторах, а также факторах, связанных с поражением периферической и центральной нервной системы и синдромом беспокойных ног. Однако отмечается, что в большинстве случаев его причины неизвестны [32].

В одной статье сообщается, что этиологию PGAD и ReGS может быть лучше объяснять с точки зрения нейрососудистой дисфункции, генитальной периферической нейропатии и/или дисфункционального микрососудистого артерио-венозного шунтирования. Эритромелалгией могут быть объяснены некоторые случаи ReGS, когда параллельно имеет место синдром беспокойных ног, и, следовательно, необходимо проводить параллели с синдромом красной мошонки (the red scrotum syndrome). (*Эритромелалгия – форма ангиотрофоневроза, характеризующаяся приступами внезапных жгучих болей преимущественно в дистальных отделах конечностей с яркой местной гиперемией и отеком кожи. – Примечание ГСК.*) Опубликованная литература поддерживает концепцию классификации ReGS как подтипа вульводинии и не рассматривает этот синдром в качестве сексуальной дисфункции [26].

Следует отметить, что в литературе приводится мнение, согласно которому в большинстве зафиксированных случаев причины синдрома постоянного сексуального возбуждения все же остаются невыясненными [по 3].

На основании приведенных данных, можно сделать вывод о том, что в формировании PSAS/PGAD и ReGS могут участвовать различные факторы. Если действие некоторых из них более доказуемо, то возможное влияние других можно только предполагать, что диктует необходимость

проведения дальнейших исследований с применением современных параклинических методов.

Возбуждение и его ощущение в окончательном виде формируются в головном мозгу. Поэтому, по нашему мнению, исходя из приведенных данных о происхождении характеризующих расстройств, следует выделять формы PSAS/PGAD, обусловленные первичной раздражением головного мозга, а также формы PSAS/PGAD, вызванные его вторичной раздражением. В генезисе же ReGS, по-видимому, изначальную и ведущую роль играют факторы, обуславливающие вторичную церебральную раздражение.

На основании анализа формирования PGAD, мы пришли к заключению, что, очевидно, в диагностическом плане в данном случае следует говорить о синдроме, который может быть проявлением различных патологических состояний.

В заключение следует отметить, что приведенные выше сведения о факторах, участвующих в формировании PSAS/PGAD и ReGS, которые ранее нашли отражение в нашей статье [3], будут нацеливать врачей на проведение соответствующей диагностики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. «Тихая эпидемия» или синдром постоянного сексуального возбуждения. Что говорят ученые? – URL: <http://nnm.me/blogs/prikol200/tihaya-epidemiya-ili-sindrom-postoyannogo-seksualnogo-vozbuzhdeniya-chto-goyoryat-uchenye/> (дата обращения: 22.12.2014).
2. Гузов И. И. Синдром беспокойных гениталий – выяснена причина загадочного диагноза. – URL: <http://www.cironline.ru/board/index.php?action=viewmessage&id=83305> (дата обращения: 22.12.2014).
3. Кочарян Г. С. Расстройство в форме постоянного генитального возбуждения, синдром раздраженных половых органов: формирование (часть II) // Здоровье мужчины. – 2015. – №3 (54). – С. 75–78.
4. Найдена причина постоянного сексуального возбуждения. 06.06.2012. – URL: <http://www.infoniac.ru/news/Naidena->

- prichina-postoyannogo-seksual-nogo-vozbuzhdeniya.html (дата обращения: 22.12.2014).
5. Синдром постоянного сексуального возбуждения – это трагедия. – URL: <http://www.medicus.ru/sexopatology/specialist/sindrom-postoyannogo-seksualnogo-vozbuzhdeniya-eto-tragediya-33501.phtml> (дата обращения: 22.12.2014).
 6. Синдром постоянного сексуального возбуждения портит женщинам жизнь. – URL: <http://globalscience.ru/article/read/117/> (дата обращения: 22.12.2014).
 7. Синдром постоянного сексуального возбуждения у женщин. Posted by admin on July 7, 2012. – URL.: <http://healthyjournal.ru/zdorovie-i-krasota/sindrom-postoyannogo-seksualnogo-vozbuzhdeniya-u-zhenshhin/> (дата обращения: 22.12.2014).
 8. Acosta F. L. Jr., Quinones-Hinojosa A., Schmidt M. H., Weinstein P. R. Diagnosis and management of sacral Tarlov cysts. Case report and review of the literature // *Neurosurg Focus*. – 2003. – 15 (2). – P. E 15.
 9. Amsterdam A., Abu-Rustum N., Carter J., Krychman M. Persistent sexual arousal syndrome associated with increased soy intake // *J Sex Med*. – 2005. – 2 (3). – P. 338–340.
 10. Anzellotti F., Franciotti R., Bonanni L., Tamburro G., Perrucci M. G., Thomas A., Pizzella V., Romani G. L., Onofrj M. Persistent genital arousal disorder associated with functional hyperconnectivity of an epileptic focus // *Neuroscience*. – 2010. – 167 (1). – P. 88–96.
 11. Aull-Watschinger S., Patariaia E., Baumgartner C. Sexual auras: predominance of epileptic activity within the mesial temporal lobe // *Epilepsy Behav*. – 2008. – 12 (1). – P. 124–127.
 12. Barry R. Komisaruk, Huey-Jen Lee. Prevalence of sacral spinal (Tarlov) cysts in Persistent Genital Arousal Disorder // *J Sex Med*. – 2012. – 9 (8). – P. 2047–2056.
 13. Battaglia C., Venturoli S. Persistent genital arousal disorder and trazodone. Morphometric and vascular modifications of the clitoris. A case report // *J Sex Med*. – 2009. – 6 (10). – P. 2896–2900.

14. Bedell S., Goldstein A. T., Burrows L. A periclitoral mass as a cause of persistent genital arousal disorder // *J Sex Med.* – 2014. – 11 (1). – P. 136–139.
15. Echenberg R. What leads women to develop CPP/CAPPS and its correlated disorder of Persistent Genital Arousal Disorder or PGAD? / *Hope Newsletter* (Health Organization for Pudendal Education). – 2013. – Volume 1, Issue 1. – P. 3
16. Goldmeier D., Leiblum S. Interaction of organic and psychological factors in persistent genital arousal disorder in women: a report of six cases // *Int J AIDS STD.* – 2008. – 19 (7). – P. 488–490.
17. Goldmeier D., Mears A., Hiller J., Crowley T.; BASHH Special Interest Group for Sexual Dysfunction. Persistent genital arousal disorder: a review of the literature and recommendations for management // *Int J STD AIDS.* – 2009. – 20 (6). – P. 373–377.
18. Goldstein I., De Elise J. B., Johnson J. A. Persistent sexual arousal syndrome and clitoral priapism // Goldsten I., Meston C. M., Davis S. R., Traish A. M., eds. *Women's Sexual Function and Dysfunction: Study, Diagnosis and Treatment.* – London: Taylor and Francis, 2006. – P. 674–685.
19. Persistent genital arousal disorder. From Wikipedia, the free encyclopedia. – URL: http://en.wikipedia.org/wiki/Persistent_genital_arousal_disorder (the date of the reference: 22.12.2014).
20. Kamatchi R., Ashley-Smith A. Persistent genital arousal disorder in a male: a case report and analysis of the cause // *BJMP.* – 2013. – 6 (1): a605. – P. 30–31.
21. Komisaruk B. R., Lee H. J. Prevalence of sacral spinal (Tarlov) cysts in Persistent Genital Arousal Disorder // *J Sex Med.* – 2012. – 9 (8). – P. 2047–2056.
22. Korda J. B., Pfaus J. G., Kellner C. H., Goldstein I. Persistent genital arousal disorder (PGAD): case report of long-term symptomatic management with electroconvulsive therapy // *J Sex Med.* – 2009. – 6 (10). – P. 2901–2909.
23. Langdown A. J., Grundy J. R., Birch N. C. The clinical relevance of Tarlov cysts // *J Spinal Disord Tech.* – 2005. – 18 (1). – P. 29–33.

24. Leiblum S. R., Goldmeier D. Persistent genital arousal disorder in women: case reports of association with antidepressant usage and withdrawal // *Journal of Sex & Marital Therapy*. – 2008. – 34 (2). – P. 150–159.
25. Leiblum S., Seehuus M., Goldmeier D., Brown C. Psychological, medical and pharmacological correlates of persistent genital arousal disorder // *J Sex Med*. – 2007. – 4 (5). – P. 1358–1366.
26. Markos A. R., Dinsmore W. Persistent genital arousal and restless genitalia: sexual dysfunction or subtype of vulvodynia? // *Int J STD AIDS*. – 2013. – 24 (11). – P. 852–858.
27. New Clue to Constant Sexual Arousal in Women by Lauren Cox, Live Science Contributor. June 01, 2012. – URL: <http://www.livescience.com/36419-constant-sexual-arousal-disorder-women.html> (the date of the reference: 07.02.2015).
28. Persistent genital arousal disorder. From Wikipedia, the free encyclopedia. – URL: http://en.wikipedia.org/wiki/Persistent_genital_arousal_disorder (the date of the reference: 22.12.2014).
29. PGAD: Persistent imminent orgasms in women are associated with restless legs. December 17, 2008. – URL: <http://www.sciencedaily.com/releases/2008/12/081216115010.htm> (the date of the reference: 21.12.2014).
30. PGAD: Revisited with newer studies. Friday, August 9, 2013 – Steps to Authentic Happiness via Positive Psychology by Paul Mountjoy. – URL: <http://communities.washingtontimes.com/neighborhood/steps-authentic-happiness-positive-psychology/2013/aug/9/pgad-revisited-newer-atudues/> (the date of the reference: 30.12.2014)
31. Pink L., Rancourt V., Gordon A. Persistent genital arousal in women with pelvic and genital pain // *J Obstet Gynaecol Can*. – 2014. – 36 (4). – P. 324–330.
32. Stevenson B. J., Köhler T. S. First reported case of isolated persistent genital arousal disorder in a male // *Case Rep Urol*. – 2015; 2015:465748. DOI: 10.1155/2015/465748.
33. Thorne C., Stuckey B. Pelvic congestion syndrome presenting as persistent genital arousal: a case report // *J Sex Med*. – 2008. – 5 (2). – P. 504–508.

34. Waldinger M. D., van Gils A. P. G., Ottervanger H. P., Vandenbroucke W. V. A., Tavy D. L. J. Persistent genital arousal disorder in 18 Dutch women: Part 1. MRI, EEG and transvaginal ultrasonography investigations // J Sex Med. – 2009. – 6. – P. 474–481.
35. Waldinger M. D., Venema P. L., van Gils A. P. G., Schweitzer D. H. New insights into restless genital syndrome: Static mechanical hyperesthesia and neuropathy of the nervus dorsalis clitoridis // J Sex Med. – 2009. – 6 (10). – P. 2778–2787.
36. Yero S. A., McKinney T., Petrides G., Goldstein I., Kellner C. H. Successful use of electroconvulsive therapy in 2 cases of persistent sexual arousal syndrome and bipolar illness // J ECT. – 2006. – 22 (4). – P. 274–275.

ГЛАВА 9

РАССТРОЙСТВО В ФОРМЕ ПОСТОЯННОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ, СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ: ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

Для лечения пациентов с расстройством в форме постоянного генитального возбуждения (Persistent Genital Arousal Disorder [PGAD]) и синдромом раздраженных половых органов (Restless Genital Syndrome [ReGS]) используются различные общие рекомендации, а также методы биологической терапии и психотерапии. В этой главе также используется термин «синдром постоянного сексуального возбуждения» («Persistent Sexual Arousal Syndrome» [PSAS]), который позже был переименован в PGAD.

Лечение, используемое у больных с данной патологией, включает фармакотерапию, физиотерапию, диетотерапию, психотерапию и хирургические вмешательства.

Общие рекомендации

D. Goldmeier и соавт. [12] в качестве общих мер, которые иногда могут привести к ослаблению симптомов PGAD, называют **мастурбацию** и **прикладывание пакетов со льдом на генитальную область**. Авторы, в частности, сообщают, что мастурбация может привести, по крайней мере, к временному облегчению страдания, однако отмечают, что один или два оргазма уменьшают симптомы PGAD только при его мягком течении, чего не наблюдается в более тяжелых его случаях. Также можно встретить рекомендации применять контрастные компрессы, раз в месяц проводить несколько дней в постели в темной комнате, пробуя подавить желание организма достигнуть сексуального пика.

Фармакотерапия

Для лечения больных с PSAS/PGAD и ReGS применяются **транквилизаторы**, такие как *оксазепам* [18; 24], *клоназепам* [18; 22; 24] и *диазепам* [14]. M. D. Waldinger,

D. H. Schweitzer [24] отмечали большую эффективность (56 %) применения клоназепама в дозе (0,5–1,5) мг у женщин с PGAD, которое у большинства из них сочеталось с синдромом беспокойных ног и гиперактивным мочевым пузырем (в таких случаях речь идет о ReGS). Авторы считают примечательным, что прием клоназепама оказывает положительный эффект при синдроме беспокойных ног и гиперактивном мочевом пузыре. Нами для лечения PGAD с успехом применялся транквилизатор *феназепам*. Как известно, транквилизаторы – психофармакологические средства, снижающие тревогу, страх, эмоциональную напряженность. Для них характерно миорелаксирующее, противосудорожное и вегетостабилизирующее действие.

Транквилизаторы в терапии PSAS/PGAD и ReGS применяются как самостоятельно, так и в сочетании с *трамадолом* – опиоидным лекарством, влияющим на спинной мозг и центральную нервную систему, тормозя проведение болевых импульсов. Данное медикаментозное средство обладает сильным анальгезирующим эффектом, который длится достаточно долгое время. M. D. Waldinger, D. H. Schweitzer [24] отмечают, что эффективным при PGAD оказалось применение 10 мг оксазепама и 50 мг трамадола. В фармакологической комбинации, помимо транквилизаторов и трамадола, также может участвовать *габапентин*, который является антиэпилептическим препаратом. В литературе отмечается возможность совместного приема габапентина с клоназепамом или трамадолом. Эти три препарата можно принимать и вместе несколько раз в день [18]. Barry R. Komisaruk использовал габапентин у двух лиц с PGAD, но лечебный эффект достигнут не был. Однако он утверждает, что малое число участников исследования не позволяет сделать вывод о неэффективности этого препарата, и необходимы дальнейшие исследования [по 18].

В сочетании с транквилизаторами для лечения данных расстройств назначают и *прегабалин* – противосудорожное и анальгезирующее средство, которое используют у больных эпилепсией. Кроме того, он полезен для применения как при генерализованной тревоге, так и при нейропатиче-

ской боли. Сообщается об ослаблении симптомов PGAD при одновременном использовании диазепама и прегабалина [14].

Когда PGAD вызвано эпилепсией, эффект может быть достигнут при использовании антиэпилептического препарата *топирамат* [6]. Авторы с помощью ЭЭГ, магнитоэнцефалографии (МЭГ) и функциональной магнитно-резонансной томографии (фМРТ) провели изучение спонтанной активности симптомов генитального возбуждения, а также исследование данной активности после применения 300 мг топирамата в сутки. По данным МЭГ эпилептический очаг был локализован в левой задней островной извилине (the left posterior insular gyrus [LPIG]). (МЭГ – технология, позволяющая измерять и визуализировать магнитные поля, возникающие вследствие электрической активности мозга. – Примечание ГСК.)

Данные МРТ свидетельствовали, что симптомы генитального возбуждения при PGAD могут быть обусловлены повышенной функциональной связью (ФС) между различными областями мозга: LPIG (эпилептический очаг), левой средней лобной извилиной (left middle frontal gyrus), левой нижней и верхней височной извилиной (left inferior and superior temporal gyrus) и левой нижней теменной долей (left inferior parietal lobe). Ослабление ФС, наблюдавшееся после противосудорожной терапии, было более выражено в левом полушарии по сравнению с правым полушарием в соответствии с латерализацией, идентифицированной с помощью МЭГ. Лечение полностью устранило симптомы PGAD и функциональную гиперсвязь. Ее наличие, обнаруживаемое в нейронной сети, включающей эпилептический очаг, может говорить о возможном центральном механизме PGAD [6].

Для лечения PGAD используются и другие лекарственные препараты, в частности, *пароксетин*, который является антидепрессантом и относится к селективным ингибиторам обратного захвата серотонина. 27-летний мужчина поступил в урологическую клинику с основной жалобой на постоянное чувство надвигающегося оргазма. Он сообщил об ощущении

ях, которые были похожи на сексуальное возбуждение, но не идентичны ему. При этом соответствующие мысли и желания отсутствовали. Во время этих эпизодов его пенис был чрезвычайно чувствительным. При мануальной стимуляции пациент достигал оргазма, снижающего возбуждение только на короткий период времени, после чего симптомы возвращались. Это его сильно беспокоило. После назначения 20 мг пароксетина ежедневно симптомы нивелировались. Он также с удовлетворением отметил улучшение настроения и уменьшение уровня тревожности [21].

Сообщается об эффективности использования при PGAD *дулоксетина* и *прегабалина*. Дулоксетин был применен у 36-летней женщины, а прегабалин у 41-летней. В первом случае наступила полная ремиссия, а во втором значительное улучшение, которые длятся более года [19]. Дулоксетин является антидепрессантом, ингибирующим обратный захват серотонина и норэпинефрина (норадреналина). В другой публикации, напротив, отмечается, что прием дулоксетина в течение нескольких недель оказался неэффективным, и пациент был переведен на лечение диазепамом и прегабалином, что привело к постепенному ослаблению симптомов [14].

D. Goldmeier и соавт. [12] подчеркивают, что хотя сообщалось о возможности развития PGAD в результате приема тразодона или после резкой отмены приема пароксетина, что встречается редко, имеются отдельные сообщения, согласно которым антидепрессанты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина и селективных ингибиторов обратного захвата норэпинефрина могут быть полезны в контроле симптомов PGAD, а также ослаблении тревоги, депрессии и обсессивно-компульсивного расстройства, и таким образом уменьшают сосредоточение на гениталиях. Естественно, что назначение именно такого антидепрессанта, как тразодон при PGAD нецелесообразно, так как к его побочным действиям относят повышение либидо и приапизм.

Полезными в лечении больных с PGAD могут быть также антипсихотические препараты (нейролептики) [по 12].

Также имеется опыт ослабления симптомов PGAD с помощью *варениклина* (varenicline) (торговое название препарата Chantix в США и Champix в Европе и других странах), который обычно используется для того, чтобы помочь бросить курить [18]. Это препарат нового поколения для лечения табачной зависимости. J. B. Korda и соавт. [15] сообщают о 49-летней женщине, которая принимала этот препарат для лечения от названной зависимости, что привело к ослаблению симптомов PGAD. Ослабление симптомов PGAD каждый раз происходило приблизительно в течение 2 нед после начала приема варениклина. Варениклин является частичным агонистом $\alpha 2\beta 4$ подтипа никотиновых холинергических рецепторов. Он стимулирует высвобождение небольшого количества дофамина головным мозгом, одновременно препятствуя способности никотина стимулировать гораздо большее высвобождение дофамина. Генитальное сексуальное возбуждение («Genital sexual arousal»), отмечают авторы, частично контролируется действием гипоталамической и лимбической дофаминовых систем. Основываясь на механизме действия варениклина и наблюдая его эффективность в описанном случае, они высказали следующие предположения:

1) усиленное центральное высвобождение дофамина является важным компонентом патофизиологии PGAD у данной больной;

2) использование варениклина привело к уменьшению усиленного центрального высвобождения дофамина [15].

Из лекарственных препаратов, которые могут оказать лечебный эффект у больных с PGAD, также называют бета-блокаторы [18].

Доктор Роберт Иченберг (Robert Echenberg) (Бетлехем, Пенсильвания, США) считает PSAS/PGAD «частью масштабного и часто встречающегося синдрома хронической тазовой боли». Он говорит: «Когда мочевого пузыря заполняется едкой мочой, возникает болезненное ощущение из-за состояния мочевого пузыря. Нервы посылают сигналы в область клитора, а мозг воспринимает эти сигналы как сексуальное возбуждение при отсутствии полового акта. ...

Я считаю – это не сексуальная дисфункция, а болевой синдром». С целью купирования проявлений характеризующей патологии Иченберг, в частности, рекомендует делать инъекции в мочевой пузырь для того, чтобы расслабить его мышцы, что дает выраженный терапевтический эффект. Такое лечение 22-летней Аманды Грейс, которая испытывала от 50 до 100 оргазмов в день, привело к положительным результатам: уменьшило выраженность возбуждения и количество оргазмов, нормализовало сон, значительно улучшило общее самочувствие и настроение. Также Иченберг рекомендует при характеризующей патологии использовать анальгетики, что ослабляет проявления невралгии [4].

Врачи в Турции успешно лечили женщин с PGAD *инъекциями ботокса*, который блокирует дорсальный нерв клитора. Н. Nazik и соавт. [17] сообщают о двух пациентках с жалобами на спонтанные, постоянные и неконтролируемые оргазмы, которым был установлен диагноз PGAD. В первом случае речь идет о 23-летней замужней женщине, у которой есть ребенок. Она была направлена в клинику, в которой работают авторы, с жалобами на постоянные нежелательные генитальные ощущения и чувство неизбежности оргазма. Сексуальное желание, а также соответствующие ему мысли или фантазии у неё отсутствовали. Больная была детально обследована с использованием рутинных, гормональных, физикальных и ультразвуковых методов. Для оценки силы мышц тазового дна использовалась Оксфордская шкала. Отклонений от нормы выявлено не было. Также у неё не было депрессии, эпилепсии, обсессивного / компульсивного расстройства и указаний на сексуальное насилие в прошлом. Локализацию генитальных ощущений исследовали с помощью пальпации нижней ветви лобковой кости. Неприятные ощущения имели место во влагалище, половых губах и особенно вокруг клитора. Авторы решили, что в качестве нового метода лечения можно применить периклиторическую блокаду нерва ботулиническим токсином, которая была проведена под масочным наркозом. Использовались флаконы, содержащие 100 единиц Clostridium Botulinum toxin (ботулотоксина) типа А (Botox, фирма

Allergan). Токсин разбавляли 2,5 мл стерильного физиологического раствора и получали 4 единицы токсина в каждом 0,1 мл. Две единицы ботулинического токсина А вводили в четыре точки, окружающие клитор, каждая из которых находилась примерно на расстоянии 0,5 см от центра клитора (часовые позиции 1, 5, 7 и 11; общее количество – 8 единиц). *(Часовая позиция – относительное расположение объекта, описываемое по аналогии с двенадцатичасовым циферблатом часов. – Примечание ГСК.)* Вскоре после лечения все симптомы нивелировались. Во время 8-месячного наблюдения нежелательные генитальные ощущения вновь возобновились. Когда была запланирована вторая попытка применения ботулотоксина, жалобы пациентки стали более терпимыми, и повторно его не вводили. Вторая больная – 38-летняя замужняя женщина, у которой был 1 ребенок. У нее имели место те же основные клинические признаки, что и у первой пациентки. Исследования, идентичные тем, которые были проведены первой пациентке, патологии не выявили. Нежелательные генитальные ощущения локализовались в большей степени в срамных губах и в области клитора. Блокирование дорсального нерва клитора ботулотоксином было выполнено тем же способом, что и у первой пациентки. Это привело к ликвидации симптомов генитального возбуждения. К тому времени, как этот случай был представлен, PGAD существовал в течение 6 мес., и терапевтический эффект токсина, кажется, продолжался.

Обсуждая полученные результаты, авторы отмечают, что ботулинический токсин, по-видимому, блокирует высвобождение ацетилхолина в нервно-мышечном соединении. Кроме того, предполагается, что этот токсин эффективен при лечении постгерпетической невралгии, а также, возможно, при лечении послеоперационной / посттравматической невропатической боли и болезненной диабетической невропатии [10].

Н. Nazik и соавт. [17] перечисляют возможные механизмы действия ботулинического токсина, опираясь на сведения G. E. Francisco и соавт. [10], и отмечают, что введение ботулотоксина в периклиторальную область легко осуществ-

вимо и не имеет хирургических осложнений. Цитируемые авторы указывают, что это первое использование ботулотоксина для лечения больных с PGAD. Высказывается мнение о дальнейшей перспективе применения этого вещества при данной патологии. Вместе с тем подчеркивается необходимость дальнейших исследований эффективности его применения на больших выборках женщин с PGAD [17].

Физиотерапия

Для лечения больных с PGAG используется **мануальная терапия**, так как при данной патологии могут быть слишком напряжены мышцы, которые необходимо расслабить. В одной статье сообщается, что мануальная терапия тазового дна была осуществлена 27-летней беременной женщине с PGAD для уменьшения мышечного гипертонуса вблизи срамного нерва. Полное исчезновение симптомов этого расстройства произошло спустя неделю. Автор приходит к заключению, что такое лечение, направленное на декомпрессию срамного нерва, может обеспечить безопасное и выраженное облегчение симптомов PGAD [20].

Для лечения больных с ReGS используется **традиционная чрезкожная электрическая стимуляция** (transcutaneous electrical nerve stimulation). M. D. Waldinger и соавт. [25] применили ее у двух пациентов мужского пола. Сообщается, что после того, как физиотерапевт протер кожу пациента спиртом (тестовая проба), с помощью плоских электродов были исследованы участки кожи на лобковой кости, в области гениталий и крестца. При этом определялась точка, в которой наиболее заметно проявлялось снижение неприятных ощущений после электростимуляции. На эту точку ставился плоский электрод ((40 x 40) мм: DE-01 van Lent Systems B.V., Oss, the Netherlands). Вторым электродом располагался на лобковой кости вблизи пениса. Оба электрода были подключены к одному каналу аппарата i-Pulz TENS (Van Lent Systems B.V.) с частотой 110 Гц и длительностью импульса 80 мс. Интенсивность стимуляции повышалась постепенно для оптимизации лечебного эффекта и предотвращения свехстимуляции. Дома пациент

мог изменять силу тока, но не его частоту, и диапазон импульса. При первом применении высокочастотной электростимуляции, которое длилось 20 мин., проверялось достижение нужного эффекта. В случае пациента с беспокойными ногами, его проинструктировали, как самостоятельно применять прибор. Оба пациента получили инструкцию об использовании прибора: применять в течение часа, семь раз в день с интервалом между сеансами в один час. В течение 2–4 недель допускалась перенастройка параметров стимуляции (частоты и длительности импульсов). По окончании этого периода, эффект электростимуляции оценивался в течение еще одного месяца, после чего принималось решение о необходимости продолжения лечения электростимуляцией или её отсутствии. Последующие визиты осуществлялись на регулярной основе.

М. D. Waldinger и соавт. [23] также применяли чрескожную электростимуляцию для лечения женщин с ReGS. Целью их исследования было определить эффективность чрескожной электрической стимуляции нерва у пациенток с данной патологией, являющейся комбинацией генитальных дизестезий, неотвратимых спонтанных оргазмов, синдрома беспокойных ног, синдрома гиперактивного мочевого пузыря. (*Дизестезия – извращение чувствительности; например, холод воспринимается как тепло. – Примечание ГСК.*) Две женщины с ReGS, которые поступили в клинику, подверглись тщательному обследованию. Были проведены подробный опрос, рутинные и гормональные исследования, ЭЭГ, МРТ мозга и органов малого таза, пальпация нижней ветви лобковой кости и исследование чувствительности генитальных дерматомов. Традиционная электростимуляция (частота – 110 Гц; длительность импульса – 80 мс) была применена билатерально в области срамного дерматома (the pudendal dermatome), в котором была отмечена немедленная редукция генитальных ощущений. Пациентов проинструктировали относительно самостоятельного использования электростимуляции ежедневно в течение 2 мес. ReGS у 56-летней женщины выражался множественными

спонтанными оргазмами, синдромом беспокойных ног и проявлениями синдрома гиперактивного мочевого пузыря. Использование электростимуляции крестцовой области «привело к немедленной редукции жалоб на 90 %, а также к уменьшению частоты спонтанных оргазмов, ослаблению проявлений синдрома беспокойных ног и синдрома гиперактивного мочевого пузыря в течение 2 мес». У 61-летней женщины (другая пациентка) ReGS проявлялся постоянным ощущением раздражения в гениталиях, неотвратимостью оргазмов и гиперактивностью мочевого пузыря. Электростимуляция лобковой кости привела к полному исчезновению раздражения в генитальной области и гиперактивности мочевого пузыря в течение 2 мес. Обе женщины сообщили о том, что они были очень удовлетворены полученными результатами и не желали прекращать лечение с помощью электростимуляции. Авторы пришли к заключению, что предоргастические и оргастические генитальные ощущения при ReGS передаются А δ и С нервными волокнами и тормозятся А β волокнами.

Для лечения PGAD используется **электросудорожная терапия (ЭСТ)**. Так, сообщается, что у одной женщины с биполярным расстройством I типа после резкого прекращения приема пароксетина развился PGAD. С усилением его симптомов у нее развилась сильная депрессия и появились суицидальные мысли, что послужило причиной назначения ЭСТ. После 4 сеанса ЭСТ симптомы PGAD уменьшились. После каждого сеанса ЭСТ симптомы PGAD сразу исчезали, а потом постепенно возвращались. Пациентка получила 30 сеансов ЭСТ, а период ее лечения составил 4 года. Побочные эффекты были минимальны и включали краткосрочную потерю памяти, головную боль и мышечные боли [16].

Сексуальное возбуждение, отмечают авторы статьи, стимулируется гипоталамусом и действием лимбического дофамина, норадреналина, меланокортина и окситоцина, а ингибируется серотонином, опиоидами мозга и каннабиноидами. В данном случае они объясняют происходившие изменения следующим образом [16]:

1. Биполярное расстройство привело к центральному усилению высвобождения допамина, который играет важную роль в патофизиологии PGAD.

2. Центральный дефицит серотонина после прекращения принятия пароксетина (селективный ингибитор обратного захвата серотонина) обусловил исключение ингибирования сексуального возбуждения.

3. ЭСТ привела к снижению усиленного центрального высвобождения допамина.

4. ЭСТ обусловила усиление сексуального ингибирования посредством стимуляции серотониновой активности.

Существуют и другие сообщения об эффективности ЭСТ у больных с PSAS, который развился вследствие биполярного расстройства. Так, описано лечение 2 таких больных, которые были невосприимчивы к приему антидепрессантов и стабилизаторов настроения, что и послужило причиной назначения ЭСТ. В результате такой терапии у них наступила ремиссия как депрессивных симптомов, так и симптомов PSAS. Авторы делают вывод, что хотя этиология PSAS неизвестна, и его связь с биполярным расстройством остается неясной, успешное лечение PSAS с использованием ЭСТ представляет клинический и теоретический интерес [26].

Психотерапия

Для лечения PGAD также использовалась **гипносуггестивная терапия**. Сообщается о 71-летней пациентке с диагнозом PGAD, которой провели 9 сеансов гипноза. Для объективизации результатов проводимого лечения были использованы Hospital Anxiety and Depression Scale (Госпитальная шкала тревоги и депрессии), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (Шкала депрессии CES-D), Pittsburgh Sleep Quality Index (Питтсбургский индекс качества сна) и визуальные аналоговые определения качества жизни, интенсивности симптомов и супружеских вмешательств (marital interference). В процессе лечения фиксировали значительные улучшения показателей всех использованных тестов. Автор

приходит к мнению, что гипнотерапия может быть полезна для некоторых пациентов с PGAD [8].

Приведем историю болезни из нашей клинической практики, где существующую патологию можно концептуализировать как проявление PGAD/ReGS.

Больная Ш., 75 лет, имеет высшее гуманитарное образование, пенсионерка, в настоящее время не работает. Обратилась за помощью 16.04.2015 г. У нее один сын, проживающий в России, у которого двое детей. Около 14 лет живет с мужчиной, который на 4 года старше ее. Состоит с ним в «гражданском браке». Этот мужчина закончил военную академию, имеет звание полковника (такое же звание имел ее муж), сейчас он неработающий пенсионер. Проживает с ним в ее двухкомнатной квартире.

Жалобы и анамнез. Предъявляет жалобы на ощущение «полового влечения в области лобка», жжение в ногах (по внутренней поверхности бедер), в лобке и на животе выше лобка на небольшой площади. «Мне нужна близость, но головой понимаю, что мне это не надо»). Жжение и сексуальное желание бывают не всегда. Появление желания совпадает с возникновением жжения. Вначале появляется жжение, а потом желание, или наоборот. Нагрубания половых органов и грудных желез при этом нет, но раньше, когда выраженность расстройства была больше, имело место нагрубание сосков грудных желез. Сейчас половое влечение выражено меньше, чем раньше. При возбуждении увлажнение влагалища не происходит. Жжение и желание могут начаться с утра и беспокоят в течение всего дня, но когда чем-то занята, «то переключаюсь и об этом забываю».

Много лет назад в санатории врач обучил ее аутогенной тренировке (научил расслабляться). Для того, чтобы избавиться от беспокоящих ее симптомов, она расслабляется и они проходят. «Когда я лежу или сижу, они меня беспокоят в гораздо меньшей степени. Если я лягу или сяду, то симптомы сразу уменьшаются. Сейчас, если я чем-то занята, то об этом вообще не думаю». До начала лечения в декабре 2015 г. это вообще не помогало. Пациентка также сообщает следующее: «Вот я встаю утром, и этот мужчина спит

на другой кровати в трусах. Меня это волнует, но я его не хочу, потому что для того, чтобы заниматься с мужчиной сексом, его нужно любить или чтобы он «обволакивал» женщину». Просит своего гражданского мужа, чтобы он не ходил перед ней полуобнаженным (в трусах).

С 58 до 60 лет жила с ним половой жизнью. Потом ему сделали операцию на простате в связи с ее аденомой, после чего интимные отношения на некоторое время прекратились. «После их возобновления, из-за плохого напряжения полового члена и других сексуальных нарушений у моего гражданского мужа, оргазм при половых актах у меня при интимной близости не наступал, была раздражительной, вспыльчивой, чувствовала тяжесть внизу живота. Помучавшись так в течение 2 лет, я настояла на том, чтобы наши сексуальные отношения были прекращены». Более того, пациентка сказала своему гражданскому мужу, что если он не согласится с ее требованием, то тогда они вынуждены будут расстаться. В общем, качество их интимных отношений пациентка характеризует выражением «назовем это половой жизнью», так как ни в какое сравнение с сексуальными контактами с умершим мужем, за которого вышла замуж в 18 лет, они не шли («и анатомия другая, и отношения другие»). Сейчас они с гражданским мужем живут как брат и сестра. За всю жизнь у нее было 2 мужчины: ее погибший муж и муж гражданский.

Несексуальные стимулы у нее желания не вызывают. Езда в автомобиле или на поезде, вибрация от мобильных телефонов или посещение туалета не приводят к усилению симптоматики. Спонтанных оргазмов и предоргазменных состояний у нее нет. Имеющиеся симптомы воспринимает как неуместные, навязчивые и нежелательные.

Не мастурбирует и не приемлет мастурбацию. «Я этого делать не буду, мне это не надо, мне нужно убрать эти симптомы. Я думаю, что даже если получу оргазм, мне это не поможет». Последний оргазм был при эротическом сношении спустя 5 лет после смерти мужа (в 53 года).

С мужем отношения были «прекрасные», а половая жизнь «отличная». Когда ей было 48 лет, ее муж и 20-летний

сын погиб в автомобильной аварии (разбились на собственной машине). Тогда сразу прекратились месячные. 10 лет жила без мужчины, так как «не могла мужа предать». Потом ее «свели» с мужчиной, с которым сейчас они живут вместе.

Появлению расстройства предшествовала смерть старшего брата, который практически заменил ей отца, погибшего во время Великой Отечественной войны. Он всегда, когда это было необходимо, помогал ей и морально и материально. Для нее он был весьма значимой личностью, она его очень любила. Поэтому его смерть, которая случилась в начале декабря 2013 г., она очень тяжело переживала. В связи с этим к ней многократно приезжала скорая помощь.

Перед тем, как возникли симптомы, о которых идет речь, не падала, и никаких повреждений позвоночника не было.

Расстройство, по поводу которого пациентка обратилась ко мне, возникло 14 февраля 2014 г. «Ночью я просыпаюсь, потому что меня очень сильно трясет, я почувствовала жуткое сексуальное влечение и сильное жжение внизу живота над лобком и на внутренней стороне бедер». И я уже не могла спать, сидела до утра, закутавшись пледом». Тогда в голове даже не было мысли предложить мужчине, с которым жила, совершить половой акт. «Но он бы ничего и не смог. В тот момент мне нужен был мужчина, но его не оказалось рядом». Возникшее ночью возбуждение не отпускало ее до утра и сохранялось на следующий день, но потом начало ослабевать. «18 февраля я обратилась в частный гинекологический кабинет. После обследования доктор прописал мне омнадрен-250 или сустанон-250, метилтестотерон [обратите внимание на полную неадекватность назначения в данном случае мужских половых гормонов], фиторовые свечи с облепихой. Принимая все эти препараты, я не ощутила облегчения. Тогда мне пришлось обратиться к врачу-урологу, кандидату медицинских наук. После УЗИ мочевого пузыря (диагностировали небольшое воспаление в его шейке) врач прописал мне промывать мочевой пузырь гидрокортизоном в сочетании с диоксидином, свечи с гравадином во влагалище. Выполняла все назначения

врачей, однако облегчения не почувствовала, сексуальное влечение и жжение над лобком и на внутренней поверхности бедер не уменьшилось. Я стала нервной, раздражительной». Затем лечилась у профессора гинеколога. В борьбе за здоровье мой путь привел меня к профессору-гинекологу. Доктор отнеслась ко мне с пониманием и уделила мне много внимания. После очередного обследования мне были назначены климактерин, депривокс, бромкамфора, персен, гипотиазид, курага, изюм, красавка, зверобой, солодка. Но этот курс лечения мне также не помог. Находясь в отчаянии, я продолжала искать помощь. 4 апреля пошла на прием в медицинское учреждение к другому профессору-гинекологу. Находилась на лечении по 3 августа 2014 года. Принимала клеверол, афобазол, климактерин, депривокс. Также был назначен гормон фемостон, который вызвал у меня кровотечение. И я снова оказалась в процессе поиска. За время лечения прошла МРТ головного мозга, рентгенографию позвоночника, компьютерную томографию мочевыделительной системы, УЗИ щитовидной железы, органов малого таза и внутренних органов; постоянно сдавала анализы крови, в том числе на содержание различных гормонов. Все гинекологи, которые меня обследовали, какой-либо патологии не обнаружили». В декабре 2014 года пациентка находилась на лечении в одном из кардиологических центров города. Рассказала о своей проблеме лечащему врачу, которая посоветовала ей принимать буспирон (анксиолитик), который она употребляла в течение четырех месяцев, и финлепсин (противоэпилептическое средство). Затем обратилась к невропатологу, который назначил ей лирику (препарат, обладающий противоэпилептической и противосудорожной активностью), а потом неогамбин (украинский аналог лирики). Затем другой невропатолог назначил ей церебролизин (оказывает ноотропное, нейрометаболическое действие), цераксон интравазально (ноотропное средство) и лизин (незаменимая аминокислота), а затем цераксон в саше, который она принимает до настоящего времени. Улучшение в ее состоянии начало отмечаться с декабря 2014 г., то есть после того, как

начала принимать названные лекарства в кардиологическом отделении. После всего этого многоэтапного лечения симптоматика уменьшилась, но не ушла. По-прежнему постоянно беспокоило возникающее нежелательное и мучительное сексуальное желание, а также жжение в надлобковой области и на внутренней поверхности бедер. Не получив ожидаемых результатов, пациентка приняла решение обратиться к врачу-психотерапевту. Таким образом она вышла на нас.

Платоническое либидо. Его возникновение не удалось выявить до 17 лет. До того, как встретила мужа, ни в кого не влюблялась. Влюбилась в будущего мужа в 17 лет, а до этого «мужской пол был пополам». Потом год встречались. Он периодически приезжал в тот населенный пункт, где она жила. Сначала целовались в щечку, ходили в кино. Замуж вышла в 18 лет. В день, когда расписались в ЗАГСе, полового акта не было, так как муж уехал на неделю на военное учение. Он состоялся через неделю. Вскоре появилось сексуальное либидо, оргазм возник через 3 месяца после начала половой жизни. Через 3 месяца после начала половой жизни забеременела.

Месячные. Месячные начались в 17 лет (когда росла, не голодала). Они были регулярными и сопровождались болями в животе. Эти боли прекратились в 19 лет после того, как родила первого сына. Менструации были по 3 дня через 28 дней, никогда не нарушались. До 48 лет они были регулярными, а в 48 лет после трагедии с мужем и сыном сразу прекратились.

В настоящее время у пациентки диагностируют ишемическую болезнь сердца, стенокардию. Отмечает, что у нее бывает пароксизмальная тахикардия, брадикардия и экстрасистолия. Обнаружили узел в щитовидной железе, но ее функция не нарушена. 4 года назад было легкое сотрясение мозга (ударилась головой в квартире). Говорит, что у нее очень хорошая память.

Выписка из истории болезни от 10.09.2012. Клинический диагноз: Цервикокраниалгия. Смешанный вариант. Умеренный болевой синдром. Синдром позвоночной арте-

рии. Остеохондроз шейного отдела позвоночника, нестабильная форма. Дисциркуляторная атеросклеротическая и гипертоническая энцефалопатия 2 ст. с интракраниальной гипертензией, вестибуло-атактическим синдромом, астеническим состоянием.

Объективно. Рост 164 см, масса тела 80 кг, размер бюстгалтера 4-й (но начинала с первого). Гипертрихозов и дорожки волос от лобка к пупку не было.

Предоставлены следующие данные параклинических методов исследования.

Сонография щитовидной железы (27.10.2014). Заключение: многоузловой зоб I степени.

Гормональные исследования [прогестерон, тестостерон общий, фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), эстрадиол (E_2)] (19.03.2014). Тестостерон общий – 4,47 нмоль/л (норма для женщин старше 50 лет – 0,101-1,42). В остальном без отклонений от нормы.

Гормональные исследования [пролактин, тестостерон общий, эстрадиол (E_2)] (12.05.2014). Отклонений от нормы не выявлено.

Гормональное исследование (29.08. 2014). Пролактин – 11,69 нг/мл (норма для небеременных женщин – (4,79–23,3) нг/мл).

Гормональные исследования (17.10.2014). Тиреотропный гормон (ТТГ) – 3,36 мкМЕ/мл (норма для взрослых – (0,27–4,2) мкМЕ/мл), тироксин свободный (Т4 свободный) – 2,08 нг/дл (норма для взрослых – (0,93–1,7) нг/дл).

Ультразвуковое трансвагинальное исследование органов малого таза (13.05.2014). Заключение: объемной патологии не выявлено.

Магнитно-резонансная томография головного мозга (18.03.2015). Заключение: очаговые изменения белого вещества лобных долей – вероятно, проявления церебральной микроангиопатии. Формирующееся «пустое» турецкое седло. Легкая заместительная наружная умеренная открытая внутренняя гидроцефалия. Умеренные проявления катарального полисинусита. МР-признаки перенесенного левостороннего отита.

Ультразвуковое исследование [печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка, почки, мочевого пузырь] (17.03.2014). Заключение: органической патологии не выявлено.

Эхокардиоскопия (22.01.2015). Заключение: склеротические изменения аорты, гипертрофия левого желудочка, дилатация левого предсердия.

Мультисрезовая компьютерная томография урологической области (13.05.2014). Заключение: КТ-признаки кист почек, кисты печени.

Назначено:

1. Сонапакс (таблетка 25 мг) в повышающейся дозе: первый день $\frac{1}{2}$ табл. 2 раза в день, второй день $\frac{1}{2}$ таблетки 2 раза в день, третий день $\frac{1}{2}$ таблетки 3 раза в день, потом по 1 табл. 2 раза в день, а затем по 1 табл. 3 раза в день.

2. Гипносуггестивная терапия.

20.04.2015 г. Отмечает, что сейчас имеет место жжение по всему животу выше лобка (захватывает весь живот над лобком с широким распространением этого ощущения вверх, вправо и влево), а также на внутренней поверхности бедер и в спине. Также есть «частичное сексуальное желание». Появление жжения в спине и расширение зоны жжения над лобком по сравнению с жалобами, которые были при обращении, можно объяснить тем, что пациентке был отменен финлепсин и буспирон, а доза сонапакса (назначил ее с постепенным повышением) еще маленькая.

20.04.2015 г. Был проведен первый сеанс гипносуггестивной терапии. Проводились следующие внушения: покидает тревога и беспокойство; организм наполняется покоем; она спокойная и уравновешенная всегда и везде; структуры головного мозга, ответственные за половое влечение, успокаиваются, затормаживаются и засыпают, поэтому половое влечение покидает ее, уходит, рассеивается; покидает, уходит и рассеивается жжение в животе, на внутренней поверхности бедер и в спине.

Пациентка отметила, что сразу после проведения сеанса нивелировались все неприятные ощущения и половое возбуждение.

22.04.2015 г. Состояние улучшилось, меньше беспокоит сексуальное возбуждение, неприятные ощущение (жжение) имеет место только в надлобковой области (небольшая зона), в других местах жжения нет. По сравнению с тем, когда началось лечение, выраженность ее расстройства уменьшилась на 30 %.

22.04.2015 г. Проведен второй сеанс гипносуггестивной терапии, который по содержанию лечебных внушений полностью соответствовал первому сеансу, но дополнительно к этому (больная пожаловалась на нарушение сна) проводилась суггестия, направленная на его нормализацию.

Сразу после проведения сеанса вся симптоматика прошла. К лечению сонапаксом рекомендовано прибавить нанесение на лобок меновазина. Кроме этого, для уменьшения жжения рекомендовано использовать аэрозоль с лидокаином на область лобка 2–3 раза в день.

24.04.2015 г. Отмечает, что после второго сеанса гипноза 2 дня вообще не было ни сексуального возбуждения, ни жжения, но сегодня утром возникло жжение непосредственно над лбом и желание. Отмечает, что эти два симптома выражены на 4 балла (из 10 баллов, которые имели место перед началом лечения).

24.04.2015 г. Проведен третий сеанс гипносуггестивной терапии, который по содержанию лечебных внушений был таким же, как и второй, но дополнительно в его конце делались внушения, направленные на уменьшение чувствительности нервных окончаний, находящихся в зоне лобка, и его анестезию, а также уменьшение чувствительности нервов, иннервирующих лобок и прилегающие к нему области.

Сразу после окончания сеанса гипноза все симптомы (жжение, половое влечение) прошли. При неоднократном расспросе пациентка утверждала, что даже при несильном давлении на лобок сексуальное возбуждение увеличивается. Рекомендовано сонапакс заменить феназепамом

27.04.2015 г. Феназепам не смогла достать, так как он относится к наркотическим веществам. Невропатолог и те-

рапевт не захотели ей его выписывать. В настоящее время пациентка принимает по 0,25 сонапакса 3 раза в день. «Есть нечеткое, легкое, не напрягающее желание» и небольшое жжение в надлобковой области на небольшой площади. Вчера вообще ничего не беспокоило. Позавчера было очень легкое желание и жжение над лобком, и сегодня то же самое. Сейчас степень выраженности нарушений по 10-балльной системе оценивания равна 3 баллам. Уже начала применять спрей лидокаина. Вчера сидела с мужчиной, с которым проживает, на диване и никак на него не реагировала, что раньше имело место. «Головой мне этого не надо». Когда дотрагиваюсь до половых органов при подмывании, то желания нет, а давление на лобок его вызывает, но вчера, однако, такого желания при давлении на лобок уже практически не было. Отмечает, что от сонапакса у нее сухость во рту и ощущение некоторой неустойчивости при ходьбе. Три последних дня уже принимала всего по 1т (0,25) сонапакса в день.

27.04.2015 г. Проведен четвертый сеанс гипносуггестивной терапии, который по сценарию полностью соответствовал третьему сеансу.

Рекомендовано принимать гиазепам (таблетка 0,02) по 2т 2–3 раза в день, а также орошать аэрозолем лидокаина область лобка. Прием сонапакса был прекращен.

30.04.2015. Принимает гиазепам (2 табл. по 0,02 утром и вечером). Предложил ей употреблять его утром и днем, так как вечером имеющие место симптомы ее не беспокоят. В день после четвертого сеанса (в понедельник) ее ничего не беспокоило, во вторник и в среду тоже. А сегодня утром (в четверг) имело место очень легкое желание, но затем даже очень глубокое давление на лобок никакого желания не вызывало. Отмечает, что когда сегодня воздействовала на клитор, то появились приятные ощущения (какое-то блаженство, какое-то минимальное желание, которое очень быстро прошло). Я объяснил ей, что появление таких ощущений при данном воздействии следует считать нормальным.

Больная сообщила: «Когда у меня все это начиналось, я была готова, чтобы у меня все вырезали [имеет в виду

половые органы], лишь бы меня это не беспокоило. Сейчас я с этим жить могу после того, как у вас начала лечиться, а до этого хоть удавка на шею (не совсем, т. е. не то, чтобы покончить жизнь самоубийством, это я образно говорю)».

После того как прекратила принимать сонапакс, сухости во рту и неустойчивости нет. Спит все время хорошо (я делаю ей соответствующие внушения). Никакого жжения над лобком сегодня утром не было. Бойтся, что приятные ощущения в области клитора, которые она испытала сегодня, могут вновь привести к возобновлению симптоматики.

Проведен пятый сеанс гипноза. Сценарий такой же, как и четвертого сеанса. В качестве специальных внушений были проведены следующие: «Успокаиваются структуры головного мозга, ответственные за половое влечение и сексуальное возбуждение... Они успокаиваются, затормаживаются, засыпают... Поэтому половое влечение и половое возбуждение ослабевают, покидают вас, уходят, рассеиваются, остаются в прошлом... Нервы, находящиеся вблизи лобка и иннервирующие его, успокаиваются, уменьшается чувствительность нервных окончаний, расположенных в лобке и надлобковой области... В области лобка развивается анестезия, снижается чувствительность в надлобковой области... Жжение покидает надлобковую область, уходит, рассеивается, остается в прошлом...».

Каждый раз при проведении гипноза пациентка погружается минимум во вторую его стадию.

4.05.2015. Говорит, что от гидазепама, который в настоящее время принимает по 0,05 2 раза в день, ее шатает. До этого принимала его в меньших дозах, и все было нормально. Рекомендовано сегодня больше не принимать гидазепам (перед приходом ко мне выпила уже 0,05 гидазепама), а 3 завтрашнего дня принимать по ½ табл. гидазепама (в таблетке 0,05) 2 раза в день, а также антистресс по 1 капсуле 2 раза в день. Последний раз была у меня в четверг. После сеанса гипноза в четверг ее ничего не беспокоило, в пятницу и субботу тоже, а в воскресенье вечером появилось сексуальное желание, которое быстро прошло после отвлечения внимания. Сегодня это желание (**без же-**

лания!) появилось утром. Теперь это мимолетные желания, которые быстро проходят при переключении внимания. Все дни после 5 сеанса гипноза не было жжения в надлобковой области и на внутренней поверхности бедер. Сейчас давление на лобок не вызывает никакого сексуального желания / возбуждения.

4.05.2015. Проведен 6 сеанс гипносуггестивной терапии. Делались внушения, направленные на фиксацию исчезновения полового влечения и жжения в надлобковой области, которые «ушли, рассеялись, забылись». Акцент делался на том, что это произошло раньше. Суггестия, направленная на уменьшение чувствительности в области лобка, его нервных рецепторов и развитие анестезии в нем не делалась.

8.05.2015. Утром 5.05.2015 г. половое желание появилось, но быстро (примерно через 10 мин.) исчезло. Оно концентрировалась в надлобковой области. Характеризует его как «приятное, но нежелательное для нее наваждение». Никакого жжения не было. Давила себе на лобок, но это полового влечения теперь не вызывает. Сейчас на гражданского мужа, душ и гигиену половых органов сексуально не реагирует, и аэрозоль лидокаина не использует. Раньше (до обращения ко мне) влечение было постоянным. Это было нежелательное влечение. «Чувствую себя хорошо, я стала совсем другим человеком». Говорит, что на нее очень сильно положительно повлиял уже первый сеанс гипноза. Сейчас употребляет гизапам по 0,25 2 раза в день и дважды в день по 1 капсуле антистресса.

8.05.2015. Проведен 7 сеанс гипносуггестивной терапии. Делались такие же внушения, как и на предыдущем сеансе.

15.05.2015. В течение недели после проведенного сеанса половое влечение не возникало. Оно появилось сегодня утром, но было минимальным и мимолетным (продолжалось 5 мин.). Сразу после его возникновения выпила гизапам. Никакого жжения не было. При надавливании на лобок желание не возникает, не возникает оно и при под-

мывании. Гражданский муж у нее сексуальных эмоций тоже не вызывает.

15.05.2015. Проведен 8-й сеанс гипносуггестивной терапии. Проводились такие же внушения, как и на предыдущем сеансе.

22.05.2015. На следующий день после сеанса появилось легкое желание, которое продолжалось в течение 15 мин. После того как попрыскала на лобок аэрозоль лидокаина, оно сразу прошло. Через 3 дня желание возникло вновь. Купировала его гизадепамом и антистрессом. Сегодня утром вновь появилось желание, которое нивелировалось самостоятельно через 10 мин. Его интенсивность по 10-балльной шкале составляла 0,5–0,6 балла. Жжения в течение всего этого времени не было.

22.05.2015. Проведен 9 сеанс гипносуггестивной терапии. Делались такие же внушения, как и на предыдущем сеансе.

29.05.2015. Отмечает, что на следующий день после сеанса и через 3 дня после него, а также сегодня утром было половое влечение, которое продолжалось 15 мин. и прошло после того, как лобок был опрыскан аэрозолем лидокаина. Выраженность полового влечения такая же, как и та, о которой она говорила при прошлом посещении. Половое влечение возникает над лобком. ***Это не общее желание, а желание, которое возникает именно в этой области, «я считаю, что прямо внутри лобка».*** Пациентка сообщает, что ее сильно шатает, и у нее большая сонливость. Лобок опрыскивает аэрозолем лидокаина. Отменил ей прием капсул антистресса.

29.05.2015. Проведен 10 сеанс гипносуггестивной терапии. Из специальных внушений применялись следующие: «Успокаиваются структуры и клеточки головного мозга, ответственные за выраженность полового влечения ... Они успокаиваются, затормаживаются, засыпают ... Поэтому половое влечение и сексуальное возбуждения уходят, рассеиваются, покидают ваш организм и остаются в прошлом ... В прошлое ушли неприятные ощущения в надлобковой области и в области внутренней поверхности бедер ...

Это жжение покинуло ваш организм, ушло, рассеялось и осталось в прошлом ...».

Пациентка позвонила мне через 2 дня и сказала, что чувствует себя прекрасно (не было ни влечения, ни жжения, ни сонливости, ни пошатывания). Было рекомендовано опрыскивание лобка аэрозолем лидокаина 2 раза в день (утром и вечером) 10 дней подряд.

В заключение следует отметить, что с учетом острого начала анализируемого расстройства можно **предположить (!)** его цереброваскулярный генез, отразившийся на функционировании головного мозга. В качестве весомого способствующего фактора следует назвать длительный дистресс, обусловленный выраженной психотравмой (смерть чрезвычайно значимого для пациентки человека).

Положительные сдвиги в динамике данного расстройства начали возникать во время лечения больной в кардиологическом стационаре, когда ей был назначен анксиолитик и антиэпилептический препарат. Однако полной нормализации состояния (речь идет о характеризуемой патологии) удалось достичь только после проведенного нами лечения (гипносуггестивная терапия, малый нейролептик, транквилизатор, седативный препарат, анестезия области лобка).

Приведенный клинический случай не является очень ярким, однако это в значительной степени можно объяснить возрастом пациентки, что исключало возможность появления ряда феноменов, характерных для данной патологии. Опрос, проведенный **10.04.2020 г.**, т. е. через 5 лет после окончания лечения, свидетельствовал о стойкости и длительности полученных результатов.

J. Carvalho и соавт. [7] указывают на необходимость проведения у больных с PGAD **когнитивно-поведенческой терапии**, которая направлена на коррекцию существующих у них неадекватных убеждений и мыслей в вопросах сексуальных отношений и негативных аффективных состояний, являющихся результатом существования дисфункциональных когний, связанных с сексуальностью. J. Hiller, B. Hekster [13] также отмечают целесообразность использования при PGAD когнитивно-поведенческой терапии в гиб-

ком формате парной терапии. В частности, они отмечают, что когнитивно-поведенческий подход направлен на неадаптивные убеждения относительно сексуальной экспрессии и генитальных изменений. Цитируемые авторы сообщают, что негативные мысли часто встречаются у больных с PGAD, и многие из этих больных находятся в состоянии выраженного дистресса, обусловленного данным расстройством. Такие мысли способствуют нарушению физиологических ответов. О необходимости использования когнитивной психотерапии у больных PGAD сообщают и другие авторы [9].

Для лечения больным с PGAD также рекомендуют использовать **медитацию** [12].

Диетотерапия

Описан случай диетотерапии пациентки, у которой было диагностировано PGAD [5]. 44-летняя женщина обратилась к гинекологу в связи с дисменореей и менометроррагией. При обследовании она сообщила врачу о наличии у нее в течение 5–6 мес «повышенного тазового напряжения» («pelvic tension»), не связанного с усилением сексуального влечения, что вынуждает ее 15 раз в день мастурбировать, достигая оргазма. Удалось выяснить, что в ее диету за месяц до появления этих симптомов была включена соя, которую она употребляла ежедневно в количестве 4 фунтов (1 фунт соответствует 453,6 гр.). Лечение включало поддерживающее консультирование и изменения в диете. Спустя 3 месяца после начала такого лечения менструальные нарушения и сексологические жалобы нивелировались. Авторы отмечают, что успех от уменьшения приема фитоэстрогенов (сои) у этой пациентки может дать представление об этиологии PSAS и предложить возможные методы его лечения.

Хирургическое лечение

В литературе приводятся различные рекомендации по хирургическому лечению пациентов с PGAD и ReGS. В связи с этим называют хирургическую коррекцию половых артериовенозных свищей и устранение генитальных пролапсов [12]. Также высказывается предположение, что по-

ложительные терапевтические результаты могут быть достигнуты в результате удаления кист Тарлова. Однако следует отметить, что такая хирургическая операция проводится лишь в исключительных случаях из-за слишком высокого риска осложнений – открытие кисты может спровоцировать потерю спинномозговой жидкости (ликвора) и развитие постпроцедурного или асептического менингита [2]. Более того, отмечается, что это уникальные кисты, поэтому они не удаляются, а вскрываются [1]. Существуют и консервативные методы лечения при наличии таких кист.

Другие терапевтические рекомендации

Среди методов терапии больных с PGAD и ReGS также называют лечение некоторых дерматозов и гемоглобинопатий [12]. Помимо этого, отмечается, что для терапии женщин с PGAD используют местные анестетики, хирургическое высвобождение ущемленного срамного нерва и трициклические антидепрессанты [11]. В одном нашем клиническом наблюдении речь шла о 75-летней женщине, история болезни которой была представлена выше, у которой появление возбуждения было связано с возникновением жжения в надлобковой области на небольшой площади. Она получала комплексное лечение. Наряду с гипнотерапией и транквилизаторами, для ослабления симптоматики на завершающем этапе лечения нами использовалось орошение лобка 10% аэрозолем лидокаина, что значительно ослабляло жжение и связанное с ним возбуждение или даже предупреждало их появление.

В литературе сообщается, что двойные слепые плацебо-контролируемые исследования, касающиеся эффективности различных методов лечения пациентов с PGAD и ReGS, до сих пор не проводились [11].

Таким образом, терапия рассматриваемой категории больных предусматривает применение различных ее методов, что ранее нашло отражение в нашей статье [3]. От их правильного выбора, ориентированного на учет различных возможных патогенетических механизмов, зависит ее успех.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Киста позвоночника. Киста Тарлова. – URL: <http://mis-spinecenter.org/news/2014-07-30-76> (дата обращения: 17.04.2015).
2. Киста Тарлова (позвоночника). – URL: <http://my-prozvonochnik.ru/kista-tarlova-prozvonochnika/> (дата обращения: 17.04.2015).
3. Кочарян Г. С. Расстройство в форме постоянного генитального возбуждения, синдром раздраженных половых органов: терапевтический аспект (часть III) // Здоровье мужчины. – 2015. – №3 (54). – С. 79–83.
4. Моя ужасная история: 50 оргазмов в день!!! – URL: <https://www.youtube.com/watch?v=BcVFtFcJpSM> (дата обращения: 01.08.2015).
5. Amsterdam A., Abu-Rustum N., Carter J., Krychman M. Persistent sexual arousal syndrome associated with increased soy intake // J Sex Med. – 2005. – 2 (3). – P. 338–340.
6. Anzellotti F., Franciotti R., Bonanni L., Tamburro G., Perrucci M. G., Thomas A., Pizzella V., Romani G. L., Onofri M. Persistent genital arousal disorder associated with functional hyperconnectivity of an epileptic focus // Neuroscience. – 2010. – 167 (1). – P. 88–96.
7. Carvalho J., Veríssimo A., Nobre P. J. Cognitive and emotional determinants characterizing women with persistent genital arousal disorder // J Sex Med. – 2013. – 10 (6). – P. 1549–1558.
8. Elkins G. R., Ramsey D., Yu Y. Hypnotherapy for persistent genital arousal disorder: a case study // Int J Clin Exp Hypn. – 2014. – 62 (2). – P. 215–223.
9. Facelle T. M., Sadeghi-Nejad H., Goldmeier D. Persistent genital arousal disorder: characterization, etiology, and management // J Sex Med. – 2013. – 10 (2). – P. 439–450.
10. Francisco G. E., Tan H., Green M. Do botulinum toxins have a role in the management of neuropathic pain?: a focused review // Am J Phys Med Rehabil. – 2012. – 91 (10). – P. 899–909.

11. Giraldi A., Rellini A. H., Pfaus J., Laan E. Female Sexual Arousal Disorders. – URL: <http://www.issm.info/news/research-highlights/research-summaries/female-sexual-arousal-disorders> (the date of the reference: 26.04.2015).
12. Goldmeier D., Mears A., Hiller J., Crowley T.; BASHH Special Interest Group for Sexual Dysfunction. Persistent genital arousal disorder: a review of the literature and recommendations for management // *Int J STD AIDS*. – 2009. – 20 (6). – P. 373–377.
13. Hiller J., Hekster B. Couple therapy and cognitive behavioural techniques for persistent sexual arousal syndrome // *Sex Relationship Ther.* – 2007. – 22. – P. 91–96.
14. Kamatchi R., Ashley-Smith A. Persistent genital arousal disorder // *BJMP*. – 2013. – 6 (1): a605. – P. 30–31.
15. Korda J. B., Pfaus J. G., Goldstein I. Persistent genital arousal disorder: a case report in a woman with lifelong PGAD where serendipitous administration of varenicline tartrate resulted in symptomatic improvement // *J Sex Med.* 2009 – 6 (5). – P. 1479–1486.
16. Korda J. B., Pfaus J. G., Kellner C. H., Goldstein I. Persistent genital arousal disorder (PGAD): case report of long-term symptomatic management with electroconvulsive therapy // *J Sex Med.* – 2009. – 6 (10). – P. 2901–2909.
17. Nazik H., Api M., Aytan H., Narin R. A new medical treatment with botulinum toxin in persistent genital arousal disorder: successful treatment of two cases // *J Sex Marital Ther.* – 2014. – 40 (3). – P. 170–174.
18. PGAD: Revisited with newer studies. Friday, August 9, 2013. Steps to Authentic Happiness via Positive Psychology by Paul Mountjoy. – URL: <http://communities.washingtontimes.com/neighborhood/steps-authentic-happiness-positive-psychology/2013/aug/9/pgad-revisited-newer-atudues/> (the date of the reference: 30.12.2014).
19. Philippsohn S., Kruger T. H. Persistent genital arousal disorder: successful treatment with duloxetine and pregabalin in two cases // *J Sex Med.* – 2012. – 9 (1). – P. 213–217.

20. Rosenbaum T. Y. Physical therapy treatment of persistent genital arousal disorder during pregnancy: A case report // *J Sex Med.* – 2010. – 7 (3). – P. 1306–1310.
21. Stevenson B. J., Kohler T. S. First Reported Case of Isolated Persistent Genital Arousal Disorder in a Male // *Case Rep Urol.* 2015;2015:465748. DOI: 10.1155/2015/465748. – URL: <http://www.hindawi.com/journals/criu/2015/465748/cta/> (the date of the reference: 25.04.2015).
22. Thubert T., Brondel M., Jousse M., Le Breton F., Lacroix P., Deffieux X., Amarenco G. [Persistent genital arousal disorder: a systematic review] [Article in French] // *Prog Urol.* – 2012. – 22 (17). – P. 1043–1050.
23. Waldinger M. D., Lint G. J., Venema P. L., van Gils A. P., Schweitzer D. H. Successful transcutaneous electrical nerve stimulation in two women with restless genital syndrome: the role of adelta- and C-nerve fibers // *J Sex Med.* – 2010. – 7 (3). – P. 1190–1199.
24. Waldinger M. D., Schweitzer D. H. Persistent genital arousal disorder in 18 Dutch women: Part II. A syndrome clustered with restless legs and overactive bladder // *J Sex Med.* – 2009. – 6 (2). – P. 482–497.
25. Waldinger M. D., Venema P. L., van Gils A. P., de Lint G. J., Schweitzer D. H. Stronger evidence for small fiber sensory neuropathy in restless genital syndrome: two case reports in males // *J Sex Med.* – 2011. – 8 (1). – P. 325–330.
26. Yero S. A., McKinney T., Petrides G., Goldstein I., Kellner C. H. Successful use of electroconvulsive therapy in 2 cases of persistent sexual arousal syndrome and bipolar illness // *J ECT.* – 2006. – 22 (4). – P. 274–275.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Переписка пациента с сексуальной зависимостью

Вадик Доброе утро, Госпожа. <i>18 ноября 2017, 11:03</i>	Вадик Целую Вам ножки, Госпожа. <i>18 ноября 2017, 11:06</i>
Нанна Доброе утро, сучка. <i>18 ноября 2017, 11:03</i>	Нанна А писю? <i>18 ноября 2017, 11:06</i>
Вадик Я сучка, Госпожа. <i>18 ноября 2017, 11:03</i>	Вадик ООО! Писю целую Вам. <i>18 ноября 2017, 11:06</i>
Нанна Ты шлюха. <i>18 ноября 2017, 11:04</i>	Нанна И попу. <i>18 ноября 2017, 11:07</i>
Вадик Я шлюха. <i>18 ноября 2017, 11:04</i>	Вадик Попочку целую Вам, Госпожа. <i>18 ноября 2017, 11:07</i>
Вадик Госпожа. <i>18 ноября 2017, 11:04</i>	Нанна А соски облизать? <i>18 ноября 2017, 11:07</i>
Нанна Педераст. <i>18 ноября 2017, 11:05</i>	Вадик ОООО! <i>18 ноября 2017, 11:08</i>
Вадик Вы сейчас отдыхаете, Госпожа? Я педераст, Госпожа. <i>18 ноября 2017, 11:05</i>	Вадик Сосочки Вам облизываю, Госпожа. Целую, я сучка. <i>18 ноября 2017, 11:09</i>
Нанна Я только глазки открыла. <i>18 ноября 2017, 11:05</i>	Нанна Любишь свою Госпожу? <i>18 ноября 2017, 11:10</i>

Вадик Да, люблю. Вы моя Госпожа. <i>18 ноября 2017, 11:11</i>	Нанна Да. <i>18 ноября 2017, 11:15</i>
Нанна Да, моя сука. <i>18 ноября 2017, 11:11</i>	Вадик Как мне доказать сейчас, что я шлюха? <i>18 ноября 2017, 11:16</i>
Вадик Хочу стать настоящей сукой, чтобы уже безвозвратно. <i>18 ноября 2017, 11:11</i>	Нанна Дырку растягивай себе! <i>18 ноября 2017, 11:16</i>
Нанна И блядью. <i>18 ноября 2017, 11:11</i>	Вадик Как Госпожа? <i>18 ноября 2017, 11:17</i>
Вадик И блядью. Я шлюха. <i>18 ноября 2017, 11:12</i>	Нанна Сначала пальцами. <i>18 ноября 2017, 11:17</i>
Нанна Шлюха. <i>18 ноября 2017, 11:12</i>	Вадик О МММ! <i>18 ноября 2017, 11:17</i>
Нанна Вафлистка. <i>18 ноября 2017, 11:12</i>	Нанна Потом банан вставь себе. <i>18 ноября 2017, 11:17</i>
Вадик Уже не стану гетеро. <i>18 ноября 2017, 11:13</i>	Вадик В кожуре или без? <i>18 ноября 2017, 11:17</i>
Нанна Нет, никогда. <i>18 ноября 2017, 11:14</i>	Нанна В кожуре. <i>18 ноября 2017, 11:18</i>
Вадик Могу про это забыть даже? <i>18 ноября 2017, 11:15</i>	Вадик Я сука. <i>18 ноября 2017, 11:18</i>

Нанна Резинку одень на него. <i>18 ноября 2017, 11:18</i>	Вадик Да, Госпожа. Я пидар. <i>18 ноября 2017, 11: 23</i>
Вадик ОООО! Да. <i>18 ноября 2017, 11:18</i>	Нанна Ты пидар. <i>18 ноября 2017, 11:23</i>
Нанна Только зеленые бери. <i>18 ноября 2017, 11:18</i>	Вадик Это факт? <i>18 ноября 2017, 11:23</i>
Вадик МММ! Я сука и шлюха. <i>18 ноября 2017, 11:19</i>	Нанна Да. И соска. <i>18 ноября 2017, 11:23</i>
Нанна Спелые быстрее становятся мягче. <i>18 ноября 2017, 11:19</i>	Вадик И через 10 лет не пройдет? <i>18 ноября 2017, 11:24</i>
Вадик ММММ! Я сука. <i>18 ноября 2017, 11:20</i>	Нанна Нет. <i>18 ноября 2017, 11:24</i>
Нанна На работе догадываются, что ты сучка? <i>18 ноября 2017, 11:20</i>	Вадик Все еще буду хотеть сосать мужские члены? <i>18 ноября 2017, 11:24</i>
Вадик Нет, Госпожа <i>18 ноября 2017, 11:20</i>	Нанна Через 10 лет ты будешь известная шлюха. <i>18 ноября 2017, 11:25</i>
Нанна Шифруешься? <i>18 ноября 2017, 11:21</i>	Вадик ММММ! Я отсосу у пса? <i>18 ноября 2017, 11:25</i>

Нанна У тебя будут свои клиенты. <i>18 ноября 2017, 11:25</i>	Вадик Чтобы сосала. Чтобы написали на лбу «ШЛЮХА». <i>18 ноября 2017, 11:30</i>
Вадик О да. <i>18 ноября 2017, 11:26</i>	
Нанна И трахнет тебя кобель. <i>18 ноября 2017, 11:26</i>	
Вадик Как самку? <i>18 ноября 2017, 11:26</i>	
Нанна Ты хочешь, чтобы тебя вна- чале жестко опустили и из- насиловали? <i>18 ноября 2017, 11:27</i>	
Вадик Да, наверное. <i>18 ноября 2017, 11:27</i>	
Нанна Посветили в пидара. <i>18 ноября 2017, 11:27</i>	
Вадик Чтобы психика повернулась, да? Чтобы я голая была? <i>18 ноября 2017, 11:27</i>	
Нанна ОК, сделаем. <i>18 ноября 2017, 11:28</i>	

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	4
Глава 1. Гиперсексуальность: термины, диагностические подходы, концептуализация, распространенность	7
Глава 2. Гиперсексуальность: общие клинические проявления и негативные последствия	37
Глава 3. Социальные, психологические, биологические факторы, расстройства, медикаментозные препараты и хирургические воздействия, обуславливающие гиперсексуальность	51
Глава 4. Тесты для выявления гиперсексуальности	119
Глава 5. Биологическая терапия больных с гиперсексуальностью	124
Глава 6. Психотерапия больных с гиперсексуальностью	138
Глава 7. Расстройство в форме постоянного генитального возбуждения, синдром раздраженных половых органов: распространенность, диагностические критерии, клинические проявления	191
Глава 8. Расстройство в форме постоянного генитального возбуждения, синдром раздраженных половых органов: формирование	213
Глава 9. Расстройство в форме постоянного генитального возбуждения, синдром раздраженных половых органов: терапевтический аспект	228
ПРИЛОЖЕНИЕ. Переписка пациента с сексуальной зависимостью	257

CONTENTS

PREFACE	4
Chapter 1. Hypersexuality: terms, diagnostic approaches, conceptualization, prevalence	7
Chapter 2. Hypersexuality: general clinical manifestations and negative consequences	37
Chapter 3. Social, psychological, biological factors, disorders, medications and surgical effects causing hypersexuality	51
Chapter 4. Hypersexuality tests	119
Chapter 5. Biological therapy of patients with hypersexuality	124
Chapter 6. Psychotherapy of patients with hypersexuality	138
Chapter 7. Persistent genital arousal disorder, restless genital syndrome: prevalence, diagnostic criteria, clinical manifestations	191
Chapter 8. Persistent genital arousal disorder, restless genital syndrome: formation	213
Chapter 9. Persistent genital arousal disorder, persistent genital arousal syndrome: therapeutic aspects	228
APPENDIX. Correspondence of a patient with sexual addiction	257

У книзі глибоко і всебічно висвітлено проблему гіперсексуальності (ГС) у чоловіків і жінок. Представлені чотири моделі патологічної ГС: obsесивно-компульсивна; адиктивна; зумовлена порушенням контролю імпульсів; пов'язана з розладом у формі постійного генітального збудження і синдромом роздратованих статевих органів. Описано клінічні прояви ГС; наведені соціальні, психологічні, біологічні чинники та розлади, а також медикаментозні препарати та хірургічні впливи, що обумовлюють її. Значна увага в роботі приділена біологічному лікуванню і психотерапії хворих з гіперсексуальністю. Вона містить велику кількість клінічних ілюстрацій. На сьогоднішній день це перша книга на пострадянському просторі, яка повністю присвячена панорамному поданню і обговоренню проблеми гіперсексуальності.

Для клінічних сексологів, психіатрів, психотерапевтів, неврологів, гінекологів, психологів; викладачів і студентів вищих навчальних закладів та курсів, де проводиться підготовка названих фахівців; освічених людей, які цікавляться питаннями сучасної сексології.

Наукове видання

Кочарян Гарнік Суренович

ГІПЕРСЕКСУАЛЬНІСТЬ

Російською мовою

Формат 60х84 1/16. Папір офсетний. Гарнітура Arial, Times New Roman.
Ум. друк. арк. 15,35. Наклад 500 прим. Заказ № 0415/5-20.

Видавництво ТОВ «ДІСА ПЛЮС»

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи: серія ДК № 4047 від 15.04.2011 р.
61029, м. Харків, шосе Салтівське, буд. 154. Тел. (057) 768-03-15,
e-mail: disadruk@gmail.com

Надруковано з готових оригінал-макетів у друкарні ФОП Петров В. В.
Єдиний державний реєстр юридичних осіб та фізичних осіб-підприємців.
Запис № 2400000000106167 від 08.01.2009 р.

61144, м. Харків, вул. Гв.Широнінців, 79в, к. 137, тел. (057) 78-17-137.
e-mail:bookfabrik@mail.ua

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

КОЧАРЯН Гарник Суренович – доктор медицинских наук, профессор, академик Российской академии естествознания (РАЕ), действительный член European Academy of Natural History, заслуженный деятель науки и образования (РАЕ), профессор кафедры сексологии, медицинской психологии, медицинской и психологической реабилитации Харьковской медицинской академии последипломного образования Министерства здравоохранения Украины, почетный президент Ассоциации сексологов и сексотерапевтов Украины, член Ассоциации сексологов и андрологов Украины, Российского научного сексологического общества, Профессионального объединения врачей сексологов.

В 1974 г. с отличием окончил лечебный факультет Харьковского медицинского института (ныне Харьковский национальный медицинский университет). В 1983 г. защитил кандидатскую диссертацию по психоневрологическим аспектам сексопатологии, а в 1992 г. – докторскую диссертацию «Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин (формирование, патогенетические механизмы, клинические проявления, психотерапия)» в НИИ социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского (ныне Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии [г. Москва, Россия]).

С 1984 г. по 1987 г. преподавал на кафедре психотерапии Украинского института усовершенствования врачей (современное название «Харьковская медицинская академия последипломного образования» [ХМАПО]). В настоящее время работает профессором кафедры сексологии, медицинской психологии, медицинской и психологической реабилитации ХМАПО, сотрудником которой является с 1987 г. Является заместителем председателя специализированного ученого совета ХМАПО по защите кандидатских и докторских диссертаций по специальности «Медицинская психология» (для врачей и психологов) и членом редакционных коллегий ряда научно-практических журналов.

Проводит большую лечебную и консультативную работу (сексуальные нарушения, пограничные психические расстройства). В своей практической деятельности использует различные методы психотерапии и биологического лечения.