

# **ПАТОГЕННЫЕ ВЛИЯНИЯ МАСТУРБАЦИИ И ИХ ПОСЛЕДСТВИЯ КАК ПРОБЛЕМА КЛИНИЧЕСКОЙ СЕКСОЛОГИИ**

*Г. С. Кочарян*

Харьковская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины

**Обсуждается проблема патогенности мастурбации и ее возможные неблагоприятные последствия. Приводится предлагаемая автором классификация патогенных влияний онанизма. Делается вывод, что попытки полностью реабилитировать в этом смысле «неинструментальную» мастурбацию, которые предпринимаются рядом авторов, не соответствуют реальной действительности, так как в некоторых случаях (редко) онанизм все же может оказывать неблагоприятное воздействие на здоровье человека.**

*Ключевые слова: мастурбация, проблема патогенности, классификация неблагоприятных влияний.*

В настоящее время мнения о возможном патогенном влиянии «неинструментальной» мастурбации на организм человека противоречивы. Так, с одной стороны, можно констатировать отношение к ней ряда авторитетных специалистов из США, практически не предполагающее возможность возникновения каких-либо негативных последствий онанизма (кроме, пожалуй, чувства вины), и делающих акцент на его полезном влиянии, что отражено в эталонных сексологических учебных изданиях (У. Мастерс, В. Джонсон, Р. Колодни [20]; Г.Ф. Келли [11] R. Crooks, K. Baur [33]), энциклопедиях (Р.К. Вестхеймер [3]; F.J. Bruno [30]) и популярных книгах по сексологии [47, 50]. С другой же стороны, в частности, мнение ряда клинических сексологов Украины [13, 16, 18] и России [1, 2, 7], которые хотя и считают, что в большинстве случаев мастурбация не приводит к неблагоприятным последствиям и может способствовать нормальному сексуальному развитию (например, мастурбация периода юношеской гиперсексуальности), а также выполнять компенсаторную функцию (заместительная мастурбация), однако полагают, что все же в небольшом проценте случаев (редко) она способна приводить к таким последствиям. Речь идет только о различиях в числе называемых и признаваемых этими сексологами негативных последствий мастурбации. О возможности патогенного влияния мастурбации сообщают и ученые Польши [8, 9, 49].

Как свидетельствует наш собственный опыт, а также данные других клиницистов, иногда можно констатировать последствия ряда неблагоприятных влияний мастурбации и отношения к ней на здоровье человека, что находит свое выражение, в частности, в появлении сексуальных расстройств. Нами предлагается следующая классификация таких патогенных влияний.

## **I. когнитивно обусловленные патогенные влияния**

**А.** Одним из наиболее частых патогенных факторов, оказывающих такое влияние, до недавнего времени было **представление о вреде мастурбации**. Такое представление может вести к возникновению следующих неблагоприятных последствий:

**1. Мнимые сексуальные расстройства и психогенные сексуальные дисфункции.** Если первые обуславливаются искаженной интерпретацией нормальных сексуальных проявлений, что связано с воздействием информации о патогенном воздействии мастурбации, то вторые являются результатом возникающей под влиянием такой информации фиксации на сексуальной сфере, что может приводить к дезавтоматизации сексуальных функций и, в частности, проявляться ослаблением эрекции. Кроме того, переживания, связанные с ожидаемыми негативными последствиями мастурбации, могут приводить к ослаблению либидо. Усугублять мнимые сексуальные расстройства и названные сексуальные дисфункции, а также усиливать выраженность последних могут возникшие на их основе пограничные психогенные психические расстройства, о которых речь пойдет ниже.

## **2. Психогенные пограничные психические расстройства (неврастенические, субдепрессивные/депрессивные, тревожно-фобические, ипохондрические).**

**2.1.** Как отмечалось выше, данные расстройства могут развиваться у лиц, у которых после получения информации о возможных неблагоприятных последствиях мастурбации, вследствие фиксации на сексуальной сфере, возникают мнимые сексуальные расстройства и психогенные сексуальные дисфункции (главным образом, расстройства эрекции). Эти пограничные психические расстройства, в частности, **могут выразиться астенической («неврастенической») и субдепрессивной/депрессивной симптоматикой**. Если в одних случаях после получения такой информации пациент прекращает мастурбировать, то в других – нет, что связано с выраженной сексуальной потребностью. В последнем случае каждый онанистический акт является очередной психотравмой. Характеризуемые психогенные психические расстройства могут возникать и у родителей тех, кто занимается мастурбацией. К нам за лечебной помощью обратилась женщина в связи с тем, что ее сын, которому 16 лет, онанирует. Узнала об этом, проследив за ним, так как насторожилась из-за того, что он иногда подолгу задерживался в туалете. Была потрясена и рассказала сыну о многих, по ее мнению, возможных неблагоприятных последствиях мастурбации. Сама же в связи с этим заболела неврастенией, по поводу чего получала соответствующее лечение. Рассказала, что в связи с тем, что сын занимается онанизмом, обращалась в психоневрологический диспансер к специалисту по детской психиатрии. Тот, выслушав ее, сказал буквально следующее: «Пусть занимается себе на здоровье». Такая «психотерапия» только подлила масла в огонь. Когда женщина по моей просьбе привела своего сына, то им оказался парень высокого роста и крепкого

телосложения. В свои 16 лет он мастурбировал, как выяснилось, 1 раз в неделю. Только после адекватной психотерапии, включающей информацию о различных типах мастурбации, а также разъяснения того факта, что в данном конкретном случае речь идет о мастурбации периода юношеской гиперсексуальности, которая никоим образом не оказывает неблагоприятного влияния на организм, все признаки неврастения у матери нивелировались.

## **2.2. Тревожно-фобические расстройства.**

**2.2.1. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи** (страх сексуальной неудачи [fear of sexual failure]). В ряде случаев данный синдром может формироваться еще в период, предшествующий первому сексуальному контакту (так называемый доманифестный вариант формирования названного синдрома, появление которого предшествует сексуальным расстройствам, часто возникающим в связи с его наличием при первом половом контакте) (Г.С. Кочарян [14, 15]). Это может быть следствием боязни неблагоприятных последствий мастурбации.

**2.2.2.** Сообщается, что представление об аморальности мастурбации может приводить к развитию **фобических расстройств невротического регистра**, символически выражающих отношение к мастурбации, которой занимались ранее, как к чему-то нечистоплотному. Так, А.М. Свядоц [24] предполагает, что у женщины навязчивый страх загрязнения (мизофобия) может развиваться в связи с тем, что девочкой, занимаясь онанизмом, она считала это занятие грязным, морально недопустимым. (В МКБ-10 мизофобию относят к обсессивно-компульсивным расстройствам [21]).

R. Karthikeyan и V.D. Swaminathan [41] сообщили о 6 студентах колледжа мужского пола, которые были направлены для лечения из-за чувства мастурбаторной вины с вторичной тревогой и проявлениями депрессии.

**2.3. Ипохондрические расстройства.** К. Имелинский [8] сообщает, что такие расстройства могут возникать на почве неправильных представлений об онанизме. Это происходит следующим образом. Запуганные «жуткими» последствиями онанизма подростки начинают наблюдать за собой, проверяя, не появились ли уже первые признаки предсказанных болезней. Легкие головные или мышечные боли, изменения цвета или количества стула, мочи представляются им первыми «сигналами» начинающегося «усыхания мозга» или какого-нибудь другого «страшного» заболевания. Подростки непрерывно наблюдают за функциями собственного организма, перестают учиться, работать и т. д. Единственное, что их интересует, работа внутренних органов. Поэтому совершенно здоровые люди выключаются из нормального образа жизни, чрезвычайно интенсивно переживая выдуманные заболевания.

**3. Комплекс неполноценности.** Человек считает, что в результате мастурбации он стал в какой-то мере ущербным, так как нанес некий вред своему организму, в том числе и половой

системе. При этом каких-либо сексуальных нарушений при половых контактах может и не быть. Об этом «вреде» он, в частности, может вспомнить, например, тогда, когда спустя какой-то период нормальной половой жизни у него возникнут сексуальные проблемы. В прошлые десятилетия мужчины, обращающиеся за сексологической помощью, часто указывали, что причиной их сексуальных дисфункций является мастурбация, которой они занимались в подростковом возрасте. Нередко доходило даже до курьезов, когда, например, пациенты в возрасте 30-40 лет и более после длительного периода нормальной половой жизни в течение 10-20 и более лет при возникновении у них копулятивных нарушений называли онанизм их причиной. Сейчас такие высказывания практически не встречаются, что связано с распространением представлений о безвредности мастурбации (Г.С. Кочарян [16]).

Следует отметить, что в литературе для обозначения боязни последствий онанизма используется термин «онанофобия». Однако он довольно редко соответствует представлению о фобии, опирающемуся на ее критерии, принятые в психиатрии. Это своего рода укоренившийся штамп, который объединяет совокупность представлений людей о возможном вреде мастурбации.

**Б. Патогенное влияние может оказывать представление о мастурбации, как о чем-то «грязном», морально недопустимом, греховном, что приводит к появлению чувства вины.** Г.Ф. Келли [11] отмечает, что, вероятно, из-за долго существовавшего негативного отношения к мастурбации, эта практика не всегда бывает свободной от чувства вины. Его испытывают примерно половина женщин и мужчин. Это, отмечает автор, судя по всему, не влияет на то, как часто занимаются мастурбацией мужчины, но у женщин такая связь есть (Е.О. Laumann et al. [42]). Женщины, которые испытывают чувство вины от самостимуляции, с меньшей вероятностью имеют положительные физиологические и психические реакции на мастурбацию и реже сообщают о том, что удовлетворены или адаптированы в сексуальном отношении (J.K. Davidson, C.A. Darling [34]). По данным одного опроса 40% немастурбирующих студентов воздерживались от мастурбации, так как считали ее аморальной (J.D. Atwood, J. Gagnon [29]).

Нами выше отмечалось, что чувство вины, связанное с мастурбацией, может приводить к возникновению тревоги, депрессии, а также, предположительно, к фобии, символически выражающей аморальность мастурбации, которая имела место ранее (мизофобия).

D. Reuben [47] утверждает, что единственный вред онанизма – это комплекс вины, который формируют у мастурбирующих детей учителя и родители.

Чувство вины и стыда, которое связано с мастурбацией, может быть следствием представления о ее греховности, обусловленного религиозными убеждениями. В нескольких исследованиях было установлено, что глубоко верующие люди мастурбируют реже, чем

неверующие или те, кто имеет менее прочные религиозные убеждения (M.F. DeMartino [35]). Приведем пример, демонстрирующий влияние религиозных убеждений на отношение к мастурбации, из нашего клинического архива.

*Больной Б., 42 лет, разведен, высшее гуманитарное образование. Был женат на женщине с ребенком. Женился на ней, когда ребенку было 6 лет. Общих детей у них не было, так как у жены была воспалительная патология гениталий. Он ее любил, а она его нет. Развелись по ее инициативе. Она ему за год до этого изменила с другим мужчиной, но рассказала перед разводом. Тогда же предложила ему развестись. С 1991г. (после развода) до последнего времени (до марта 1993 г.) не жил половой жизнью, так как продолжал любить свою жену и надеялся быть с ней вместе. Все это время избегал встреч с женщинами. Помимо этого, в 1996 году уверовал в бога (пятидесятник), что подкрепило его установку не жить половой жизнью с женщинами, так как это является морально оправданным только в браке. После развода, т.е. с 1991 года мастурбировал примерно 1 раз в неделю. Для мастурбации использовал эротические картинки в журналах, на которые смотрел, занимаясь мастурбацией. Но чаще всего при мастурбации возбуждающими стимулами были фантазии. В подавляющем большинстве случаев (практически всегда) при фантазировании видел свою жену в обнаженном виде. При мастурбации возбуждающими стимулами в 60% случаев были фантазии, а в 40% случаев – реальные эротические стимулы (картинки). В первом и во втором случае речь шла об обнаженных женщинах, а не о половых актах. После того как однажды посмотрел порнографический фильм, увиденные сцены в течение некоторого времени всплывали в памяти и являлись стимулирующими факторами при мастурбации. Это было всего несколько раз. «Для меня единственным сильным раздражителем была моя жена». Занимался мастурбацией и тогда, когда еще жил с женой половой жизнью (она не предоставляла ему возможность в полной мере реализовать свои сексуальные потребности). Тогда представлял жену в обнаженном виде (не целующейся с ним и не проводящей половой акт). При мастурбации использовал только обычную технику: охватывал кистью правой руки половой член и имитировал коитальные фрикции. При мастурбации закрывал глаза. Мастурбацией занимался в комнате и в ванной.*

*В 1996 году, после того, как уверовал, стал относиться к мастурбации по-другому. Начал тяготиться ею «из-за совести». В связи с этим отмечает, что «организм работал по-прежнему, но в голове было определенное табу». Из-за этого стал мастурбировать реже, в чем ему помогало и то, что начал избегать внешних воздействий (информационных) эротического характера. Постепенно перешел на ритм 1 раз в месяц (имеется в виду частота мастурбации).*

*Отмечает, что в последние 3 года мастурбация происходит чисто механически для сброса напряжения, не сопровождаясь никакими эротическими фантазиями. До того, как уверовал*

в бога, считал мастурбацию нормой: полагал, что, «снимая таким способом сексуальное напряжение, я сохраняю свое сексуальное здоровье. После того, как уверовал, этот факт стал меня тяготить. Поэтому вначале я уменьшил частоту мастурбации, а потом вообще начал избегать влияния факторов, которые могут оказывать возбуждающее воздействие. Мастурбация, которой занимался после того, как уверовал в бога, была компромиссом между моральными убеждениями и опасением стать импотентом при сохраняющемся сексуальном желании. В последние 3 года мастурбировал без привлечения фантазий или реального стимулирующего материала, так как половое возбуждение при резко уменьшившейся частоте мастурбации было настолько сильным, что достаточно было сделать всего несколько движений, обхватив член рукой, чтобы произошла сексуальная разрядка. Это происходило потому, что мастурбировал я только в тех случаях, когда изнутри подпирало (имеет в виду очень сильное половое возбуждение). Удалось выяснить, что не использовал никаких фантазий и стимулирующих видеоматериалов не потому, что считал это греховным, а потому, что степень полового возбуждения была такова, что в этом не было никакой необходимости и разрядка наступала после нескольких мастурбаторных движений.

При получении второго высшего образования в 1993 г. познакомился с женщиной, с которой вначале встречались только на занятиях. Однажды пошел провожать ее домой, и так как просидели у нее дома допоздна, а то место, где он жил, было далеко от ее квартиры, то заночевал у нее. Спали отдельно. Утром, когда проснулся, почувствовал выраженное сексуальное желание. Были полностью обнажены, ласкались, целовались. Острота контактного восприятия женщины при ласках и поцелуях тогда была полностью нормальной (нисколько не сниженной). Эрекция была полной. Когда же наступило время «решительных действий», то пришла мысль о том, что это аморально, и он не может себе этого позволить. Женщина посчитала вначале, что она является причиной его отказа, т.е. что в ней ему что-то не понравилось. Однако он ей объяснил, с чем это связано. Когда это случилось, возникло «чувство вины, страх, шок (!)». «Страх чего?» «Страх перед продолжением, т.е. чтобы не начать совершать этот половой акт». Через 1-2 часа после того, как попытка была прервана им, у него возникла сильная головная боль.

Вообще же последняя для него очень редкое явление, которое возникает в исключительных случаях. Это бывает связано с каким-то потрясением, с каким-то стрессом. Считает, что возникновение головной боли в данной ситуации было связано со стрессом, который он пережил. Головные боли не возникают у него на перемену погоды и не бывают связаны с физическими нагрузками. Только один раз в жизни головная боль возникла у него в связи с сильным физическим перенапряжением, когда он занимался спортом (борьбой) в школьном возрасте. Тогда тренер заставил его бороться с взрослыми ребятами. Это было в 15 лет.

*Отмечает, что в приведенной выше сексуальной ситуации «совесть оспаривала тело, тело хотело одного, а разум говорил другое». Воспринимал это как грех. Следует отметить, что эта женщина замужем и у нее есть ребенок. Это происходило в ее квартире. Муж был в командировке. Они не живут с ним половой жизнью, так как у него сексуальные проблемы. После произошедшего «я потерял чувствительность, уменьшилась моя реакция на любую зрительную информацию эротического характера (телевизионные передачи, женщины на улице, какие-то журналы, изображения красивых женщин, которые ребята вешают на стены комнаты в общежитии, где он сейчас проживает в связи с получением второго высшего образования).*

В результате рассмотрения приведенных выше данных может возникнуть вполне закономерное желание (соблазн) сделать вывод, что сама мастурбация не играет никакой роли в возникновении представленных негативных явлений. Однако следует помнить о том, что для человека любое явление означает не только то, чем оно является само по себе, но и то, как оно воспринимается им. У того, кто считает онанизм вредным для здоровья, но не мастурбирует, никаких негативных последствий, связанных с этой формой сексуальной активности, развиться не может.

Завершая раздел о возможных когнитивно обусловленных негативных последствиях мастурбации (имеются ввиду представления о ее вреде), хотелось бы специально подчеркнуть, что в результате распространения среди населения представлений о ее непатогенности частота таких последствий резко уменьшилась и достигла низкой отметки.

## **II. ПОВЕДЕНЧЕСКИ ОБУСЛОВЛЕННЫЕ (БИХЕВИОРАЛЬНЫЕ) ПАТОГЕННЫЕ ВЛИЯНИЯ (НЕПРАВИЛЬНОЕ НАУЧЕНИЕ), ПРИВОДЯЩИЕ К ФОРМИРОВАНИЮ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СЕКСУАЛЬНЫХ СТЕРЕОТИПОВ**

Согласно поведенческому подходу, те или иные патологические проявления являются результатом неправильного научения. Такое научение может происходить, в частности, при сочетании мастурбации с определенными ситуационными факторами, воздействию при онанизме ряда вызывающих сексуальное возбуждение и способствующих его нарастанию стимулов (тактильных, визуальных, обонятельных, температурных, психических, в том числе интрапсихических [фантазии]), которые отсутствуют при половом акте, а также при умышленном недопущении возникновения при мастурбации эякуляции. Результатом такого научения могут стать различные сексуальные расстройства (см. ниже).

Приведем характеристику условий возникновения патологических сексуальных стереотипов, связанных с мастурбацией.

**А. Влияние ситуативных стимулов.** В западной литературе в качестве одной из причин преждевременной эякуляции называют тот факт, что некоторые представители мужского

пола, из-за боязни разоблачения, занимаются мастурбацией в спешке. Это может обуславливать формирование патологических программ сексуального реагирования, и при проведении полового акта мужчина завершает его быстро, несмотря на то, что торопиться теперь вовсе незачем. А.М. Свядоц [25] приводит примеры, когда сочетание сексуального возбуждения и мастурбации с подглядыванием сексуальных сцен привело к формированию у женщины вуайеризма (визионизма, скоптофилии), а с осматриванием женщиной мужского полового члена – эксгибиционизма у мужчины.

**Б. Воздействие физической стимуляции, отличающейся (подчас значительно) от той, которая может быть воссоздана при проведении полового акта, и обусловленных воздействием внешних психических факторов впечатлений, сопровождающих мастурбацию.**

В ряде случаев при мастурбации используется физическая стимуляция, которая значительно отличается от той, которая имеет место во время интимной близости. Так, некоторые подростки мастурбируют, сжимая головку полового члена, другие – «перекачивают» ствол пениса между ладонями обеих рук как тесто, и т.п. Совершенно естественно, что при половом акте такая, привычная для данного мужчины тактильная стимуляция, не может быть воспроизведена, что, в частности, может обусловить невозможность завершения полового акта семяизвержением. В связи с этим уместно рассказать об одной нашей пациентке 28 лет, которая не испытывала оргазма при половых актах ни с одним из двух своих мужей (в настоящее время разведена). Неоднократные ее попытки пережить его при интимных контактах с другими мужчинами также не увенчались успехом. Вместе тем она способна испытать до 30 и более оргазмов после того, как в течение некоторого времени сжимает мышцы бедер, положив одно бедро на другое. Оказалось, что таким образом эта женщина впервые испытала оргазм в 8 лет, и до сих пор систематически прибегает к данной форме сексуального самоудовлетворения.

Также речь может идти о воздействии комплекса физических стимулов, включая тактильные, которые характеризуются определенной интенсивностью, температурными и другими параметрами, которые сами по себе, а тем более в совокупности, не могут быть воспроизведены при половом акте. В качестве примера может быть приведен фрагмент истории болезни одной из наших пациенток. Обратившаяся за лечебной помощью в связи с отсутствием оргазма молодая женщина рассказала о том, что они с мужем перепробовали различные сексуальные техники и позы, но, несмотря на то, что супруг обладает очень хорошей потенцией и может пролонгировать половой акт с легкостью, все попытки довести ее до оргазма не увенчивались успехом. Выяснилось, что когда она была девочкой, то, занимаясь мастурбацией, направляла струю душа на область половых органов. Сначала

просто испытывала приятные ощущения, а затем постепенно стал возникать оргазм. К моменту обращения за лечебной помощью, как выяснилось, она точно таким же образом может легко вызвать его у себя.

В качестве примера техники мастурбации, при которой стимуляция резко отличается от той, которая имеет место при половом акте, может быть приведена следующая. Обследованный нами пациент, у которого была заподозрена шизофрения, находясь в положении лежа на спине, сгибал ноги в тазобедренных и коленных суставах, а затем то одной ногой, то другой, то обеими ногами одновременно гладил свою грудь. После 5-10 мин такого поглаживания у него возникала эрекция и сразу же происходило семяизвержение.

В ряде случаев, хотя по форме стимуляция полового члена приближается к той, которая имеет место при половом акте, из-за того что отсутствует комплекс привычных эротических стимулов, которые невозможно в полной мере воссоздать при коитусе, речь может идти об анэякуляторных половых актах. Так, нами наблюдался молодой человек, который обратился в связи с отсутствием детей в браке. При расспросе причиной этого оказалось отсутствие семяизвержения при коитусе. Выяснилось, что, начиная с подросткового возраста, он регулярно занимался мастурбацией в течение ряда лет. Более того, он и сейчас изредка «срывается» на мастурбацию. По невербальным реакциям было видно, что она доставляет ему большое наслаждение. Это подтвердилось и при целенаправленном расспросе, который выявил, что при онанизме он испытывает гораздо более приятные ощущения, чем при половых контактах с женой. К тому же оказалось, что при мастурбации у него возникает как эякуляция, так и оргазм, чего не случается при сексуальной близости [13].

Представляет интерес и следующее наше клиническое наблюдение.

*Больной У., 38 лет, женат 2 года, образование высшее техническое (инженер электросвязи), в настоящее время по специальности не работает (частный предприниматель). Жалобы на исчезновение эрекции полового члена приблизительно спустя 2-3 мин после его введения во влагалище и начала фрикций. Семяизвержение при интимной близости вообще никогда не наступает. При активном расспросе расстройств либидо не выявлено. Первый попытка провести половой акт, которая не увенчалась успехом, в 32 года. До того как начал жить половой жизнью с женщиной, которая затем стала его супругой, всего было совершено 4-6 попыток с двумя другими женщинами. Ни одна из этих попыток не удалась из-за того, что член вообще не «поднимался», несмотря на то, что желание было «полным». В 35 лет вступил в интимные отношения со своей будущей женой. Тогда при близости в 50% случаев эрекция возникала, а в 50% – нет. Когда напряжение члена возникало, то в 20-25% случаев удавалось ввести его во влагалище (когда эрекция была полной), а в других – нет (из-за недостаточного напряжения полового члена). За 3 года половой жизни с женщиной, которая в настоящее время является его супругой, состояние*

несколько улучшилось: половой член стал чаще напрягаться, когда находится с ней в интимной обстановке. Жена за все это время его ни разу не упрекнула. В связи с сексуальным расстройством обратился за медицинской помощью. С начала лечения (был установлен диагноз простатита) прошел 2 курса интенсивной комплексной терапии у 2-х разных врачей с интервалом в полгода. Отмечает, что последний курс лечения дал некоторый эффект. Это выразалось в том, что при попытках провести половой акт напряжение полового члена стало возникать чаще. Кроме того, если раньше мог предпринять только одну попытку (когда эрекция исчезала, то повторно уже не возникала), то теперь может предпринять по 2-3 попытки за вечер.

Родился здоровым. Рос и развивался в детстве нормально. Болел какими-то детскими болезнями, но не помнит какими именно. С раннего детства всегда страдал полнотой. В 16 лет в связи с левосторонним крипторхизмом ему безуспешно попытались хирургическим путем опустить яичко в мошонку. В школе успеваемость была выше средней (четверок и пятерок было больше, чем троек). Жил в селе. До службы в армии (служил в войсках министерства внутренних дел) никто из девочек не нравился. Впервые влюбился в девушку в 21 год, когда учился на первом курсе института. Она была его одногруппницей. Никуда ее не приглашал и не встречался с ней. Эта влюбленность прошла через 2-2,5 месяца. Потом кого-то из девушек выделял среди других, но не влюблялся. Вместе с тем сообщает, что «очень хотелось с женщиной потра..., аж до скрипа зубов».

Первое семяизвержение в 17 лет при ночной поллюции. В первый раз даже испугался, но потом принял как должное. В 25 лет из литературы узнал, что это нормально. Мастурбация с 18 лет. Первый онанистический акт был случайной находкой. Сначала мастурбировал регулярно 1 раз в день, потом несколько раз в неделю. Затем перешел на ритм 1 раз в неделю. Каждый раз при мастурбации, начиная с самого первого раза, возникали семяизвержение и оргазм. Занимался мастурбацией и во время службы в армии. В последний раз мастурбировал в прошлом году. Отмечает, что техника мастурбации была «обычной» (при фрикциях использовал кисть руки, согнутую в кулак). При онанизме представлял, что проводит половые акты с женщинами в различных позах, редко с целью эротической стимуляции использовал игральные карты с изображением обнаженных женщин. До 25 лет никогда не думал о возможном неблагоприятном влиянии онанизма. Только в указанном возрасте, читая книги и газеты, познакомился с различными мнениями по поводу мастурбации. При активном целенаправленном расспросе отмечает, что когда он сам мастурбирует, то испытывает в области полового члена максимально приятные ощущения. Эрекция при этом полная и наступает эякуляция и оргазм. Когда же жена стимулирует член (это было включено в качестве элемента секс-терапии), то «в мозгу и по всему телу ощущаю большее наслаждение, а член на ее стимуляцию очень вяло реагирует».

*Повторяется и уточняет, что когда он мастурбирует, – все наоборот: «член возбуждается, а приятных волн возбуждения нет почти до последнего момента» (когда вскоре должно произойти семяизвержение). Только тогда «все тело пронизывает». Также отмечает, что при фрикциях во влагалище только чувствует, что член «скользит» (движется), но приятных ощущений никаких нет (все ограничивается обычными тактильными ощущениями), и напряжение члена с течением времени исчезает.*

Не вдаваясь в детальный клинический анализ данного наблюдения, лишь отметим, что в этом случае речь идет о сформированном в результате длительной и систематической мастурбации патологическом сексуальном стереотипе, проявляющемся отсутствием специфических сладострастных ощущений при фрикциях, расстройством эрекции и анэякуляторным феноменом, имеющих место именно при интимной близости.

О возможности формирования вследствие мастурбации патологических сексуальных стереотипов сообщает и Г.С. Васильченко [1, с. 127]. Он приводит следующее клиническое наблюдение.

*Больной Ях., 38 лет, никогда не живший половой жизнью и за три недели до обращения к нам женившийся, оказался несостоятельным в половом отношении. Сношение не удавалось потому, что ласки жены ни разу не смогли вызвать эрекции. Наряду с этим при посещении туалета возникали очень сильные эрекции. Нередко бывали и утренние эрекции, и пациент пытался иметь сношения утром, но с тех пор как он стал подстерегать появление утренних эрекции, они также прекратились.*

*Поллюции возникли с 15 лет. После первой же поллюции начал мастурбировать, желая вновь вызвать испытанное при поллюции ощущение. Отмечает, что первые 1–1½ года при мастурбации вызывал иногда в воображении женский образ, затем же в течение 20 с лишним лет онанировал механически, без участия фантазии. Онанировать приходилось чаще всего в уборных. Отмечает, что до последнего времени специфический запах уборной, звук льющейся воды, блестящие унитазы, вид кафельных полов, а также вид обнаженной от крайней плоти головки члена вызывают сильное желание мастурбировать, сопровождающееся выраженными эрекциями.*

*Больной обратился к нам за советом после непродолжительного лечения у «знаменитого гипнотизера». Сон, по его рассказу, был поверхностным, внушавшиеся эрекции не появлялись, и после третьего сеанса попытки гипнотического лечения были прекращены. Считая случай малообнадёживающим и рассматривая его скорее как жестокий, но поучительный урок природы, мы все же посоветовали пациенту отказаться на неделю или две от всяких попыток полового сближения и подготовить в этом отношении жену (аргументировав это необходимостью отдыха, дабы освободиться от явлений неврастении), но в то же время систематически 1–2 раза в неделю брать для гигиенических*

*помывок отдельный номер в бане и посещать его с женой, опять-таки не делая никаких попыток к сближению. Было рекомендовано вести себя по отношению к жене так, чтобы она верила, что это только обычное гигиеническое посещение бани.*

*При первом же посещении бани у Ях. появилась столь сильная эрекция, что он нарушил намеченную установку, хотя жена вначале не вызывала в нем сексуального возбуждения и зачатки его появились лишь перед наступлением эякуляции. На следующие сутки Ях. удалось использовать для сношения утреннюю эрекцию. Именно использовать, ибо лишь с течением времени ласки жены и даже просто ощущение ее тела стали вызывать сладострастное ощущение, за которым следовали эрекции. При первых сношениях, наоборот, эрекции возникали почти без либидинозных ощущений и последние появлялись только с началом фрикций.*

*Год спустя, будучи в командировке, Ях. имел ночные поллюции, сопровождавшиеся эротическими сновидениями, в которых фигурировала женщина.*

*Заключение: нарушение сексуальных условно-рефлекторных комплексов (вследствие их порочного формирования в результате длительного онанизма).*

В связи с обсуждаемым механизмом патогенного влияния мастурбации, следует привести мнение К. Имелинского [9]. Автор, ссылаясь на свою публикацию 1974 года, отмечает, что по мере эмоционального и сексуального развития человека все большую роль в сексуальных реакциях и сексуальном поведении начинает играть процесс обусловливания (формирование условных сексуальных рефлексов), являющийся особой формой процесса научения новым реакциям на сексуальные раздражители. Особенно прочные условно-рефлекторные связи сексуального характера образуются в период созревания и в юности. Комплекс систематизированных условно-рефлекторных сексуальных связей формирует стереотип реакций. Закрепление определенных стереотипов (например, в связи с часто повторяющимися соматическими раздражителями и представлениями при мастурбации) создает своеобразный «код», в соответствии с которым протекает весь цикл сексуальных реакций у человека. У некоторых людей код оказывается настолько прочным, что сексуальные реакции могут нормально проявляться только в случаях, когда комплекс сексуальных раздражителей по своему набору и последовательности действует в точном соответствии с кодом. Любое отступление от «закодированного» стереотипа сексуальных реакций тормозит эти реакции или искажает их. Синдром закодированных сексуальных реакций (речь в данном случае идет о женщинах), отмечает автор, возникает на почве мастурбации, практикуемой в период созревания или в юности, посредством закрепления связи между состоянием сексуального возбуждения и специфическими раздражителями, которые не может предоставить во время сношения мужчина, либо посредством закрепления стереотипа реакций, предъявляющего к нему слишком высокие требования.

К. Имелинский [8] также описывает следующий вариант формирования сексуальных дисфункций по рассматриваемому бихевиоральному механизму. Он сообщает, что в клинической практике относительно часто можно встретить молодых людей, которые занимались онанизмом, одновременно рассматривая фотографии обнаженных женщин, помещенные в альбомы. Сексуальные переживания в этих случаях сочетаются со зрительным восприятием сразу нескольких обнаженных и, как правило, красивых женщин. Если это практикуется систематически в течение длительного времени, то может привести к тому, что после вступления в брак раздражители, поступающие от жены, могут оказаться слишком слабыми, чтобы вызвать нормальную реакцию. Кроме того, эти люди, у которых в результате данной практики, связанной с рассматриванием красивых женщин, сформировался идеал женской красоты, нередко чересчур разборчивы в выборе партнерши, поскольку ни одна из известных им женщин может не соответствовать сложившемуся у них идеалу. Все это приводит к долгим колебаниям перед окончательным выбором, а впоследствии к неудовлетворенности или разочарованию в супружеской жизни.

В связи с рассматриваемым патогенным механизмом формирования негативных последствий мастурбации, следует привести рассуждения М.В. Екимова [6], который отмечает, что эрогенные зоны (ЭЗ) не «абсолютная биологическая данность», не «изначально готовая и сугубо соматическая структура с чуть ли не особыми нервными окончаниями». В процессе сексуального развития происходит созревание эрогенных зон. Интегративный психосоматический подход, отмечает автор, помогает понять, как из биологических предпосылок потенциальных ЭЗ с обычными тактильными рецепторами в процессе ПСР формируются зрелые ЭЗ. Таким образом, заключает М.В. Екимов, ЭЗ – это не анатомическое, а функциональное понятие. Процесс формирования ЭЗ может быть искажен мастурбацией, которая по своей технике значительно отличается от сексуальных физических стимулов, имеющих место при половом акте, что приводит к развитию сексуальных дисфункций.

Автор также рассматривает вопрос о том, что при мастурбации на основе биологических предпосылок могут формироваться внегенитальные эрогенные зоны, воздействие на которые способно приводить к оргазму. Однако эти зоны в нормативном партнерском сексе (половом акте) не участвуют. Следствием этого может стать аноргазмия, имеющая место при коитусе. М.В. Екимов [7] приводит следующий экзотический случай, демонстрирующий такую возможность. Речь идет о мужчине с низким порогом возбуждения, который впервые испытал оргазм при дневной неадекватной поллюции. В 11 лет, купаясь, он зашел в холодную воду по колени. При этом у него наступил оргазм. Затем, стремясь к его достижению, он сначала напускал в ванную холодную воду, а затем просто орашал ноги ниже колен холодной водой душа, чем и достигал своей цели. В свои 30 лет он таким

образом был способен испытать до 3 таких оргазмов в течение 20 мин. При этом во время полового акта оргазм у него не наступает. Анализируя данное наблюдение, автор отмечает, что у данного пациента сформировалась внегенитальная эрогенная зона, неадекватная как по топике (ноги ниже колен), так и по виду стимуляции (не тактильные, а холодовые стимулы).

W. Slosarz [49] из Вроцлавского института психологии (Польша) обсуждает последствия юношеской мастурбации для последующего гетеросексуального партнерства и описывает, как возникает «мастурбаторная фиксация». Последнюю он определяет как расстройство, которое имеет место, когда мастурбация является доминирующей формой сексуальной активности даже в тех случаях, когда сексуальные контакты являются возможными. Автор также предполагает, что эксцессивная мастурбация может вести к социальной изоляции, эгоцентрическому чувству удовлетворения или разочарованию в партнерах. В ряде случаев мастурбация также может вести к зависимости от различного «мастурбаторного оборудования», без использования которого невозможно достигнуть оргазма.

В связи с этим следует специально отметить, что патологические сексуальные стереотипы действительно могут формироваться при «инструментальной» мастурбации, когда при сексуальной стимуляции для раздражения клитора, уретрального валика и дистальной части уретры у женщин, семенного бугорка и стенок мочеиспускательного канала у мужчин используются различные вышеупомянутые нами вспомогательные средства. Так отмечается, что оргастические ощущения, которые возникают при уретральной «инструментальной» мастурбации, ярки, что контрастирует с таковыми при нормальной половой жизни, которые могут быть стертыми или даже вовсе отсутствовать. Это является причиной неудовлетворенности половой жизнью с партнером и побуждает данных больных периодически прибегать к названному виду мастурбации, занятие которой они подчас даже не скрывают от своих жен (П.К. Кубариков, М.И. Давидов [19]; М.И. Давидов [5]).

Необходимо подчеркнуть, что при выраженной мастурбаторной фиксации речь идет о повреждающем/затормаживающем ее влиянии на ход психосексуального развития, что затрудняет переход к сексуальной реализации в партнерстве и развитие индивида на этом пути.

Иногда можно встретиться с попыткой объяснить возникновение гомосексуализма так называемой взаимной мастурбацией. Однако следует отметить, что сам по себе термин «взаимная мастурбация» является ошибочным. Под взаимной мастурбацией понимают взаимную («перекрестную») стимуляцию гениталий лицами одного и того же пола. Этот феномен, по сути, должен быть отнесен к глубокому петтингу (гомосексуальному). В тех случаях, когда рука другого человека одноименного пола воспринимается как какой-нибудь неодушевленный предмет, взаимная мастурбация как бы приближается к мастурбации, однако если речь идет о восприятии стимуляции как одушевленного гомосексуального

действия, которое по бихевиоральному механизму может приводить к формированию гомосексуальной направленности полового влечения, то говорить о взаимной мастурбации как о мастурбации как таковой не представляется возможным даже в первом приближении.

**В. Действие интрапсихических стимулов (фантазий), значительно отличающихся от тех психических стимулов, которые могут быть воссозданы при половых актах.**

Большое значение для оценки патогенности мастурбации играет оценка эротических фантазий, сопровождающих мастурбацию. Чем больше они отличаются от сюжетов, имеющих место во время интимной близости, тем больше вероятность формирования патологических сексуальных стереотипов. Бине приводит следующий пример такого рода (по Р. Крафт-Эбинг [17, с. 235]).

*Х., 34 лет, учитель гимназии, страдал в детстве судорогами. В 10 лет начал мастурбировать, что сопровождалось сладострастными ощущениями, связанными с крайне причудливыми представлениями. Собственно он обожал женские глаза, но так как он непременно хотел создать в своем воображении картину какого-либо вида полового общения, а между тем сексуально оставался в полном неведении, то он напал на идею – дабы приблизить по возможности эту картину к предмету своего обожания, именно к глазам, – переместить местоположение женских половых органов в ноздри. Вокруг этого представления стали с тех пор вращаться со всей силой его половые желания. Он рисовал женские головки с классическим греческим профилем, но с ноздрями, ширина которых допускала бы введение пениса. Однажды он увидел в омнибусе девушку, в которой, как полагал, усмотрел свой идеал. Он преследовал ее до самой квартиры и стал просить ее руки; получив отказ, он стал настаивать до тех пор, пока его не арестовали. Х. не имел ни разу полового общения.*

К. Holstein и G. Schudze [37] сообщают о случае педофилии для иллюстрации роли мастурбации и мастурбаторных фантазий в развитии и фиксации данной парафилии. Другим важным неизменным условием в патогенезе парафилий они называют расстройства психосексуального развития в детстве и юности.

J. Impallari и M.G. de Impallari [38] изучали корреляции между контролируемой неторопливой, сопровождающейся паузами мастурбацией (1-й тип) и неконтролируемой мастурбацией, которая не сопровождается паузами (2-й тип). Оказалось, что 1-й тип мастурбации сопровождается участием «живых» киноподобных фантазийных репрезентаций «здоровых» проявлений в холистическом (целостном) сексуальном контексте. 2-й же из названных типов мастурбации стимулируется статическими, вуайеристическими, подобными фотографиям (т.е. застывшими) образами и выражает компульсивное, свободное от вины стремление к освобождению от невыносимого сексуального напряжения. Было высказано предположение, что 1-й тип мастурбации коррелирует с контролируемыми, адекватными

эякуляторными проявлениями во всех сексуальных контекстах, в то время как 2-й тип мастурбации является прообразом хронических преждевременных семяизвержений. Экспериментальные исследования с 38 мужчинами, у которых семяизвержение наступает преждевременно, и 38 здоровыми мужчинами контрольной группы подтвердили эту гипотезу.

Следует отметить, что в ряде случаев довольно трудно, а подчас невозможно спрогнозировать вероятность возникновения неблагоприятных последствий влияния бихевиорального фактора при мастурбации для половой системы. Даже при мастурбации, которая как будто не отличается по форме стимуляции от той, которая имеет место при половом акте, у некоторых лиц, по-видимому, может фиксироваться чрезмерно устойчивый (ригидный) стереотип сексуального реагирования, что и приведет к тому, что человек окажется несостоятельным при половой жизни. В любом случае стимуляция (физическая и психическая) при мастурбации, которая по форме вроде бы ощутимо не отличается от той, которая имеет место при коитусе, никогда полностью не соответствует последней. Приведем пример из нашей клинической практики, демонстрирующий возможность формирования стойкого патологического сексуального стереотипа при мастурбации, при которой характер стимуляции в очень небольшой степени отличался от той, которая имела место во время полового акта.

*Больной X., 26 лет. Жалобы на отсутствие семяизвержения при половом акте при любой его продолжительности и неослабевающей эрекции. Эякуляции отсутствуют при половых актах с начала половой жизни, т.е. с 18 лет. За год до этого начал мастурбировать, что с самого начала сопровождалось семяизвержением. Эякуляция при онанизме наступает спустя 5-15 мин. При мастурбации во время фрикций чувствует приятные ощущения. При половом акте интенсивность этих ощущений меньше. Во время мастурбации рассматривает эротические фотографии в журналах или смотрит эротические фильмы. Мастурбировать, обхватывая пенис кистью левой руки. Частота фрикций при мастурбации раза в два больше той, которая имеет место при половом акте. При онанизме отсутствует прямая стимуляция открытой головки полового члена (она лишь слегка приоткрыта при эрекции члена). Не стимулирует открытую головку и потому, что при этом возникает легкая болезненность. При половом акте головка при фрикциях открывается полностью, но неприятных болезненных ощущений при этом не испытывает «из-за разницы между рукой и стенками влагалища». Вместе с тем при активном расспросе отмечает, что при половых актах имеет место плотный хват полового члена.*

**Г. Исключение возможности возникновения при мастурбации эякуляции.** Может иметь место при боязни потери семени, что в настоящее время в нашей культуре встречается крайне редко. Естественно, что при такой мастурбации не возникает и оргазм. Если данный

вид мастурбации практикуется регулярно в течение длительного времени, то это может привести к формированию патологического сексуального стереотипа, который проявляет себя при половой жизни, главным образом, анэякуляцией и аноргазмией.

М.В. Екимов [7] также считает, что стойкая ассоциация либидо и сексуального возбуждения с фрустрацией и защитное стремление избежать ее выражаются в потере либидо и адекватного сексуального возбуждения (реакций). По нашему мнению, к этому следует добавить факт неблагоприятного влияния неминуемо возникающих при систематически практикуемой мастурбации, намеренно не завершаемой эякуляцией, застойных явлений, в частности, в области простаты, что может вести к ее патологии. Поэтому негативное влияние данного вида онанизма возрастает. Л.Я. Мильман [22], характеризуя данную форму мастурбации, отмечает, что она вредна, так как простатическая часть уретры, семенной бугорок, предстательная железа, железы Купера и Литтре становятся отечными, в них возникают застойные явления, а это способствует последующему воспалению.

Также возникает вопрос о судьбе неотреагированного сексуального возбуждения (энергетический аспект проблемы). Отсюда следует, что систематически осуществляемое умышленное блокирование семяизвержения, а следовательно, и оргазма, по меньшей мере, неминуемо ведет к патологической адаптации.

Следует отметить, что в целом все патологические сексуальные стереотипы, о которых идет речь, диагностируют редко. Вместе с тем они, по-видимому, имеют место чаще, чем выявляются.

### **III. Патогенные влияния, обусловленные мастурбацией, значительно превосходящей по своей частоте конституциональный оптимум**

В литературе можно встретиться с замечаниями о том, что чрезмерной мастурбации в принципе быть не может. Так, Г.Ф. Келли [11] сообщает об отсутствии медицинских критериев избыточной мастурбации. Судя по всему, отмечает автор, мастурбация не наносит физического вреда вне зависимости от того, насколько часто она практикуется, что связано с наличием в большинстве случаев естественных ограничений. Сексуально насытившись, индивид просто теряет интерес к тому, чтобы приводить себя в состояние сексуального возбуждения. Такие высказывания не единичны [50].

Подчеркивается субъективный характер представлений о чрезмерности мастурбации. Так, W.H. Masters и V.T. Johnson [44] сообщили, что большинство опрошенных ими мужчин неизменно считали избыточной мастурбацией такую, которая по частоте превосходит их собственную. Те, кто мастурбировали раз в месяц, утверждали, что слишком часто – это раз или два раза в неделю, тогда как тот, кто мастурбировал дважды или трижды ежедневно, чрезмерной считал мастурбацию пять раз в день.

Менее категорично в отношении возможности чрезмерной мастурбации и ее неблагоприятных последствий высказываются R. Crooks и K. Vaughan [33]. Авторы отмечают, что даже в тех источниках, где мастурбация рассматривается как «нормальное явление», мастурбирование «сверх меры» часто называют отклонением. При этом, как правило, критерии чрезмерности отсутствуют. Тем не менее когда человек занимается онанизмом так часто, что это создает значительные проблемы в других сферах его жизни, то это может служить поводом для беспокойства. Однако в этих случаях имеет место какая-то внутренняя проблема, а мастурбация как таковая является лишь ее проявлением (симптомом). В качестве примера авторы приводят ситуацию, когда испытывающий сильную тревогу человек может прибегать к мастурбации с целью ее уменьшения и самоуспокоения. В этом случае проблемой является его эмоциональное состояние, а вовсе не сама мастурбация.

По нашему мнению, утверждение о невозможности чрезмерной мастурбации гораздо больше касается непроблемных психически здоровых лиц, у которых срабатывает нормальный механизм регуляции сексуальной активности. Однако в случаях, когда речь идет о так называемом персевераторно-обсессивном (навязчивом) варианте мастурбации, говорить о нормально функционирующих регуляторных механизмах не приходится, так как она обычно осуществляется в режиме, который значительно превышает конституциональный оптимум. Вместе с тем данный тип мастурбации сам по себе является следствием психической патологии (шизофрении, ананкастного расстройства личности [психастении]). Например, описан больной шизофренией, который «должен был» совершать 11 онанистических актов в день, что фиксировал в специально заведенном для этой цели дневнике. Естественно, что о естественном желании, базирующемся на соответствующем нейрогуморальном обеспечении, в данном случае говорить не приходится. Г.А. Султанов [28] обследовал 150 больных с диагнозом «шизофрения, простая форма», в анамнезе которых имел место длительный онанизм. Последний отличался «большой частотой, упорным характером, напоминающим навязчивость, кататоническую стереотипию». При этом стремление к оргастической разрядке отсутствовало. Г.И. Каплан и Б.Дж. Сэдок [10], обсуждая вопросы, связанные с мастурбацией, отмечают, что последняя только тогда является психопатологическим симптомом, когда она становится не контролируемой субъектом компульсией.

Мысль о том, что мастурбация не может быть чрезмерной, а поэтому вести к неблагоприятным последствиям, ассоциируется с высказываниями о невозможности переедания, физических перетренировок и умственных перегрузок, которые способны приводить к неблагоприятным последствиям. Неправомочность таких высказываний абсолютно очевидна. В связи с этим вспоминается проблема аддиктивного поведения.

В нашем клиническом архиве есть история болезни пациента, обратившегося в связи с сексуальными дисфункциями, который мастурбировал в среднем по 10 раз в день 4-5 раз в

неделю, иногда более чем 30 раз в сутки («бывало с 11 часов вечера и до 6 часов утра»). Совершал мастурбаторные акты непрерывно, «... не так, что кончил, а потом отдохнул, а подряд. Первые пять раз было семяизвержение и оргазм, а потом все меньше и меньше, но приятные ощущения испытывал после онанистического акта каждый раз». Затем пациент отметил, что, может, мастурбировал не 30, а 50 раз (точно не считал), но не меньше 30 в некоторые дни. Интенсивную мастурбацию связывает с тем, что много времени проводил дома, и нечем было заняться. На вопрос о том, как он чувствует себя после интенсивной мастурбации, ответил: «Напряжение снимается, легче дышится, вроде бы стрессы как рукой сняло, как на крыльях летаю, умиротворенность, полная расслабленность, эйфория как после приема наркотиков. Просто у меня был дефицит положительных эмоций и таким образом (мастурбацией) я повышал себе настроение. После этого какой-то полудремно́й сон, не отключаюсь, т. е. нахожусь между сном и бодрствованием, а наутро сердце барахлит, чувствую, что оно перегрузилось, ощущаю, как будто ему места не хватает, чувствую дискомфорт в области грудины в утреннее время в течение нескольких часов после ночного сна».

Конечно же, этот случай нуждался в психиатрической и неврологической квалификации. По нашему мнению, такая сексуальная активность не может быть безразличной для организма. Невольно приходит аналогия со спортом высоких достижений, который способен нанести организму вред.

#### **IV. Патогенные влияния, обусловленные физическими повреждениями**

В ряде случаев мастурбация приводит к физическим повреждениям. При «неинструментальном» онанизме это наблюдается чрезвычайно редко. Так, например, Н. Noble и В.Т. Goh [45] сообщают о мужчине с диагностированным хламидийным конъюнктивитом и уретритом, у которого был выявлен не беспокоящий его хронический отек полового члена, обусловленный мастурбацией. Однако в случаях так называемой «инструментальной» мастурбации, когда с целью сексуального самоудовлетворения используются различные вспомогательные средства, могут иметь место различные неблагоприятные последствия и повреждения, требующие хирургического вмешательства. В качестве этих средств применяются, например, термометры, шпильки, карандаши, проволока, рыболовная леска, пластмассовые трубки (М.И. Давидов [4]; П.К. Кубариков, М.И. Давидов [19]).

М.И. Давидов [4] приводит два клинических наблюдения. В первом из них речь идет о больном 51 года, который жаловался на затрудненное мочеиспускание. Оказалось, что при мастурбации он неоднократно вводил себе в мочеиспускательный канал медицинский термометр, который во время очередного онанистического акта проскочил в мочевой пузырь. Термометр удален при цистотомии. Другой больной 18-ти лет при уретральной

мастурбации использовал рыболовную леску, которая в момент оргазма проникла в мочевой пузырь. Спустя 6 месяцев обратился за медицинской помощью. Был установлен диагноз хронического цистита, а при цистоскопии в мочевом пузыре был обнаружен крупный конкремент. При удалении он раскрошился и в его центре был обнаружен моток названной лески.

В ряде случаев к хирургическому удалению инородных тел приходится прибегать и тогда, когда речь идет об анальной мастурбации. Так, М.И. Давидов [5] сообщает, что /p> ; J.S. Cohen и J.M. Sackier [32] наблюдали 48 пациентов с колоректальными инородными телами. При этом в 77% наблюдений данные предметы были введены в прямую кишку с целью сексуальной стимуляции. После анальной мастурбации в прямой и толстой кишке оказывались металлическая отвертка, водяной термометр, деревянные и пластмассовые стержни, плоды овощей и фруктов и другие предметы ([12, 23, 27, 51]).

М.И. Давидов [5] наблюдал 15 мужчин в возрасте 22-71 года с инородными телами, оказавшимися в прямой или толстой кишке в результате анальной мастурбации. Это были огурцы (3), искусственный фаллос из резины (2), баллон с дезодорантом (2), деревянные, пластмассовые и металлические стержни, ручка от молотка, морковь, еловая шишка и другие предметы. У 14 больных произведено трансанальное удаление инородных тел, в 1 случае выполнена лапаротомия с ушиванием разрыва прямой кишки, вызванного инородным телом. Осложнений и летальных исходов не было. Установлено, что к анальной мастурбации прибегали многократно 11 человек, впервые – 4. Выявлено, что большинство (11) мужчин имели гомосексуальные наклонности. Отсутствие постоянного гомосексуального партнера вынуждало их прибегать к анальной мастурбации.

G.W. Grumet [36] описывает случай уретральной мастурбации, при которой инородное тело вводилось в уретру пациента 46 лет для эротической стимуляции. Это привело к морфологическим изменениям, что спустя 7 лет обусловило задержку мочи и гангрену мошонки. Возникла необходимость в срочной операции, которая, в частности, включала удаление левого яичка, смещение правого яичка к бедру и цистостомию (вскрытие полости мочевого пузыря).

F. Kanda et al. [40] сообщают о редком случае инородного пузырно-уретрального тела с мочевой фистулой. 12 марта 2002 года 53-летний холостой мужчина вставил 3-метровую виниловую трубу диаметром 6 мм в свою уретру с целью мастурбации, а затем не смог ее оттуда извлечь. Самостоятельно разрезав свою уретру, он все же попытался достичь своей цели, но так и не смог этого сделать. На следующий день он поступил в больницу с жалобами на мочевую фистулу и жар. Были выполнены хирургическое удаление инородного тела, цистостомия и восстановление луковичной части уретры. На 24 день после операции

цистостома и уретральный катетер были удалены и мочеиспускание стало беспрепятственным.

Имеются сведения и о женщинах, которые вводят инородные предметы в половые органы с целью мастурбации. Так, V. Jaluvka и A. Novak [39] сообщают о трех женщинах (81 год, 73 года и 69 лет), у которых инородные предметы были введены во влагалище или непосредственно пациентками или кем-то еще. Во всех случаях потребовалась медицинская помощь, чтобы удалить эти предметы. У одной пациентки инородное тело находилось во влагалище в течение 7 лет. Две женщины признались, что предмет был введен для сексуального возбуждения. Авторы отмечают, что это наблюдение демонстрирует проблемную сексуальную ситуацию, которая часто имеет место у многих пожилых людей.

Последствия инструментальной мастурбации могут быть весьма печальными. Так, M. Maguschke и H. Seiter сообщают [43], что относящиеся к мужскому половому члену повреждения, обусловленные его сдавливанием – редкие чрезвычайные ситуации, при которых возникает необходимость в быстром урологическом вмешательстве с целью его декомпрессии и удаления инородных тел. Сдавливающие предметы могут быть металлическими или неметаллическими и обычно используются для эротических или аутоэротических целей (для мастурбации или усиления эрекции). Авторы сообщают о 62-летнем мужчине с тотально инфицированной гангреной пениса, вызванной сдавливанием горлышком пластмассовой бутылки, которое продолжалось 14 дней. Это привело к необходимости его полной ампутации.

В ряде случаев для мазохистской сексуальной стимуляции используется техническое оборудование. Так, R.L. O'Halloran, P.E. Dietz [46] сообщают о двух мужчинах в возрасте 42 и 62 лет, для которых использование гидравлических лопат тракторов/тягачей при подвешивании себя для получения названной стимуляции, кончилось летальным исходом.

В некоторых случаях с целью сексуального самоудовлетворения прибегают к асфиксии (так называемый синдром сексуальной асфиксии). В этих случаях получение сексуального удовлетворения связано с риском для жизни, так как оно достигается в процессе развития удушья при самоповешении. Ежегодно в США эта форма сексуальной стимуляции становится причиной примерно 250 смертельных случаев (S. Rosenblum [48]). Помимо этого, для достижения тех же целей лица, достигающие сексуального удовлетворения во время удушья, могут помещать голову в воздухонепроницаемые емкости ограниченного объема (чаще – в пластиковые мешки) или закрывают лицо изолирующими масками (чаще противогазными или для подводного плавания). Оргазм в этих случаях может возникать и без дополнительной стимуляции гениталий. Это связано с тем, что под воздействием острой кислородной недостаточности происходит нарушение процессов возбуждения-торможения в головном мозге, что и обуславливает центральное происхождение семяизвержения и

оргазма. Такой вид эротической самостимуляции связывают с мазохизмом (А. Burgess, R. Hazelwood [31]). Она может приводить к смертельному исходу (по З. Старович [26]). Многие нормальные люди эмпирически также постигают данную закономерность и применяют ее при половой жизни. Они задерживают дыхание на завершающем этапе полового акта, что ускоряет наступление семяизвержения и оргазма.

#### **V. Патогенное влияние неблагоприятных последствий мастурбации на сексуальную и психологическую коммуникацию супругов/сексуальных партнеров**

Необходимо указать, что приведенные выше различные негативные последствия мастурбации могут обусловить трудности адаптации в супружестве/партнерстве, так как способны оказывать негативное воздействие на сексуальную и психологическую коммуникацию супругов/сексуальных партнеров. В качестве примера может быть приведено следующее клиническое наблюдение. К нам за лечебной помощью обратилась супружеская пара в связи с наличием у них сексуальных проблем. Одна из них состоит в том, что муж получает удовольствие, когда жена мочится. Он заходит в это время в туалет и мастурбирует. Также получает удовольствие от того, что, обнимая жену, лежа в постели, представляет, как она мочится. При этом также может мастурбировать. Ей же хочется нормальной половой жизни. В связи с существованием данной проблемы говорить о сексуальной и психологической адаптации в супружестве не представляется возможным.

Следует подчеркнуть, что в целом негативные последствия неинструментальной мастурбации выявляются редко, но, по всей видимости, имеют место чаще, чем попадают в поле зрения врачей.

Специалисты в области сексуальной патологии при диагностической оценке выявленных ими расстройств должны учитывать возможность их развития, обусловленную онанизмом, что требует специального анализа.

В заключение хотелось бы отметить, что в данной статье мы попытались раскрыть проблему патогенности мастурбации и представили классификацию ее негативных влияний на организм человека и их последствий. По нашему мнению, а также мнению ряда других клинических сексологов, неинструментальная мастурбация не может быть исключена из перечня явлений, обуславливающих возникновение нарушений здоровья человека. Попытки полностью реабилитировать ее в этом смысле, которые предпринимаются рядом авторов, входят в противоречие с реальной действительностью.

#### **Патогенні впливи мастурбації та їх наслідки як проблема клінічної сексології**

Обговорюється проблема патогенності мастурбації і її можливі несприятливі наслідки|результатів|. Приводиться|призводиться,наводиться| класифікація патогенних впливів онанізму, яка запропонована автором. Робиться|чиниться| висновок|виведення|, що спроби повністю реабілітувати в цьому сенсі|змісті,рації| “неінструментальну” мастурбацію, до яких вдаються деякі автори, не відповідають реальній дійсності, оскільки|тому що| в деяких випадках (рідко) онанізм все ж таки|все же| може мати несприятливий вплив на здоров'я людини.

*Ключові|джерельні| слова: мастурбація, проблема патогенності, класифікація несприятливих впливів|результатів|.*

## **Pathogenic influences OF masturbation AND Their CONSEQUENCESas a problem of clinical sexology**

***G.S. Kocharyan***

The problem of masturbation pathogenicity and its possible adverse consequences are discussed. The author's classification of masturbation pathogenic influences is offered. The conclusion is that attempts to completely rehabilitate “non-instrumental” masturbation in this sense undertaken by a number of authors do not correspond with reality, as in some cases (rarely) masturbation, nevertheless, can have negative effects on the health of the human being.

***Key words: masturbation, problem of pathogenicity, classification of pathogenic influences.***

### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Васильченко Г.С. Физиология основных проявлений сексуальности у мужчины // Общая сексопатология: Руководство для врачей / Под ред. Г.С. Васильченко. – М.: Медицина, 1977. – С. 94–138.
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. Энциклопедия сексуальности человека / Пер. с англ. – М.: КРОН-ПРЕСС, 1995. – 400 с.
4. Давидов М.И. Уретральная мастурбация и ее последствия // Актуальные вопросы сексологии и андрологии / Сборник тезисов симпозиума с международным участием (26–29 сентября 1995). – Киев, 1995. – С. 79–81.
5. Давидов М.И. Инородные тела прямой и толстой кишки после анальной мастурбации // Здоровье мужчины. – 2005. – 1 (12). – С. 141–142.
6. Екимов М.В. Эрогенные зоны как аспект психосексуального развития // Сексология и сексопатология. – 2003 – №4. – С. 6–8.
7. Екимов М.В. Формы мастурбации, психосексуальное развитие и сексуальные дисфункции // Сексология и сексопатология. – 2003. – № 6. – С. 14–21.
8. Имелинский К. Психогигиена половой жизни / Пер. с польск. – М.: Медицина, 1972. – 256 с.
9. Имелинский К. Сексология и сексопатология / Пер. с польск. – М.: Медицина, 1986. – 424 с.

10. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. В 2 т. – Т. 1. / Пер. с англ. – М.: Медицина, 1994. – 672 с.
11. Келли Г.Ф. Основы современной сексологии / Пер. с англ. – СПб: Издательство «Питер», 2000. – 896 с.
12. Кипель В.С., Гаин Ю.М. Ретроградная миграция инородного тела по толстой кишке // Здоровоохранение Белоруссии. – 1989. – №8. – С. 64–65.
13. Кочарян Г.С. Психотерапевтическая коррекция одного из вариантов анэякуляторных расстройств потенции // Медико-психологические аспекты брака и семьи: Тез. докл. обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. – Харьков, 1985. – С. 134–135.
14. Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин (формирование, патогенетические механизмы, клинические проявления, психотерапия): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1992. – 46 с.
15. Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и его лечение. – Харьков: Основа, 1995. – 279 с.
16. Кочарян Г.С. Об изменениях в обращаемости за сексологической помощью (анализ современной ситуации) // Сексология и сексопатология. – 2003. – №6. – С. 26–29.
17. Крафт-Эбинг Р. Половая психопатия, с обращением особого внимания на извращение полового чувства / Пер. с нем. – М.: Республика, 1996. – 591с.
18. Кришталь В.В., Григорян С.Р. Сексология. Учебное пособие. – М.: ПЕР СЭ, 2002. – 879 с.
19. Кубариков П.Г., Давидов М.И. Инструментальный онанизм как причина инородных тел мочевого пузыря и супружеской дезадаптации // Актуальные аспекты диагностики, организации лечебного процесса и реабилитации больных с сексуальными расстройствами / Тезисы докладов IV областной научно-практической конференции сексопатологов (17 мая 1990 г.). – Харьков, 1990. – С. 172–174.
20. Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р. Основы сексологии / Пер. с англ. – М.: Мир, 1998. – 692 с.
21. МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ БОЛЕЗНЕЙ (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб: Адис, 1994. – 304 с.
22. Мильман Л.Я. Импотенция. – Л.: Медицина, 1972. – 263 с.
23. Папазов Ф.К., Василенко Л.И., Хош Е.М., Скворцов К.К. необычный путь проникновения инородного тела в брюшную полость // Клиническая хирургия. – 1989. – 1. – С. 60.
24. Свядош А.М. Неврозы и их лечение. – 2-е изд. перераб. и доп. – М.: Медицина, 1971. – 456 с.
25. Свядош А.М. Женская сексопатология. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1988. – 176 с.
26. Старович З. Судебная сексология / Пер. с польск. – М.: Юридическая литература, 1991. – 336 с.
27. Субботин В.М., Давидов М.И., Файнштейн А.В. и др. Инородные тела прямой кишки // Вестник хирургии – 2000. – 159 (1). – С. 91–95.
28. Султанов Г.А. Сексуальные нарушения в клинике шизофрении и их динамика: Автореф. дис. ... докт. мед наук. – Баку, 1972. – 29 с.
29. Atwood J.D., Gagnon J. Masturbatory Behavior in College Youth // Journal of Sex Education and Therapy. – 1987. – 13 (2) – P. 35–42.
30. Bruno F.J. The Family Mental Health Encyclopedia. – New York, Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore: JOHN WILEY & SONS, 1989. – 422 p.
31. Burgess A., Hazelwood R. Autoerotic asphyxial deaths and social network response // amer. J. Orthopsychiatr. – 1983. – 53 (1). – P. 166–170.
32. Cohen J.S., Sackier J.M. Management of colorectal foreign bodies // J. R. Coll. Surg. Edinb. – 1966. – 41 (5). – P. 312–315.
33. Crooks R., Baur K. Our Sexuality. – Fourth Edition. – The Benjamin/Cummings Publishing Company, Inc., 1990. – 850 p.

34. Davidson J.K., Darling C.A. Mandatory guilt and sexual responsiveness among postcollege age women: Sexual satisfaction revisited // *Journal of Sex and Marital Therapy*. – 1993. – 19 (4). – P. 289–300.
35. DeMartino M.F. (ed). *Human Autoerotic Practices*. – New York: Human Sciences Press, 1979.
36. Grumet G.W. Pathologic masturbation with drastic consequences: Case report // *Journal of Clinical Psychiatry*. – 1985. – Vol 46 (12). – P. 537–539.
37. Holstein K., Schutze G. Zur Pathogenese der sexuellen Deviation in der Adoleszenz // *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie*. – 1983. – Vol 11 (4). – P. 310–316.
38. Impallari J., de Impallari M.G. Antecedentes y relaciones entre formas de masturbacion y tipos de fantasias en eyaculadores precoces y en personas con buen desempeño eyaculatorio: 2o informe // *Revista Latinoamericana de Sexologia*. – 1988. – Vol 3 (1). – P. 13–24.
39. Jaluvka V., Novak A. Vaginal foreign bodies in women in postmenopause and in senium // *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. – 1995. – 61 (2). – P. 167–169.
40. Kanda F, Hattori Y, Nakahashi M, Horiuchi M. [A case of vesico-urethral foreign body with urinary fistula] // *Hinyokika Kyo*. – 2004. – 50 (6). – P. 443–444.
41. Karthikeyan R, Swaminathan V.D. Behavioural management of masturbatory guilt // *Indian Journal of Clinical Psychology*. – 1992. – Vol 19 (2). – P. 41–43.
42. Laumann E.O., Gagnon J.H., Michael R.T., Michaels S. *The social organization of sexuality*. – Chicago: University of Chicago Press, 1994.
43. Maruschke M., Seiter H. Totale Penisinfarzierung durch Strangulation in einer Plastikflasche // *Urologe A*. – 2004 – 43 (7). – P. 843–844.
44. Masters W.H., Johnson V.T. *Human sexual response*. – Boston: Little, Brown, 1966.
45. Noble H., Goh B.T. Chronic penile oedema secondary to chronic masturbation // *Int J STD AIDS*. – 2004. – 15 (7). – P. 489–90.
46. O'Halloran R.L., Dietz P.E. Autoerotic fatalities with power hydraulics // *Journal of Forensic Sciences*. – 1993. – Vol 38 (2). – P. 359–364.
47. Reuben D. *Everything you always wanted to know about sex but were afraid to ask*. – New York: Bantam Books, 1969.
48. Rosenblum S. The adolescent sexual asphyxia syndrome // *J. Amer. Acad. of Child Psychiatry*. – 1979. – 18 (3). – P. 446–558.
49. Slosarz W. Masturbation fixation and the problem of adaptation to heterosexual partnerships: A few implications // *Sexual & Marital Therapy*. – 1992. – Vol 7 (3). – P. 275–281.
50. *The sensuous man*. – Lyle Stuart, Inc., 1971.
51. Vashist M.G., Arora A.L. Screwing a carrot out the rectum // *Indian J. Gastroenterol*. – 1997. – 16 (3). – P. 120.

Библиографическая справка о статье: Кочарян Г. С. Патогенные влияния мастурбации и их последствия как проблема клинической сексологии // *Здоровье мужчины*. – 2006. – №4 (19). – С. 84–93.