

УДК 613.8-616.85

Д-р мед. наук, проф. А. П. АЗИЗОВ¹,
канд. мед. наук, доц. И. В. РОМАНОВА²

ПСИХОКОРРЕКЦИЯ ПАТОЛОГИЧЕСКОЙ МАСТУРБАЦИИ И АНОРГАЗМИИ У ЖЕНЩИН С СУПРУЖЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИЕЙ

¹ Клиника «Семейная консультация», Махачкала, Дагестан,
Российская Федерация,

² Харьковская медицинская академия последипломного образования

Освещена проблема влияния фактора патологической мастурбации у женщин на формирование аноргазмии и супружеской дезадаптации. Полученные данные свидетельствуют о необходимости комплексного подхода к психологической коррекции и психотерапии как сексологических, так и невротических расстройств у таких пациенток.

Ключевые слова: патологическая миотоническая мастурбация, аноргазмия, психокоррекция супружеской пары.

В последнее десятилетие наиболее актуальными в женской сексологии являются проблемы аноргазмии. Сексологи и гинекологи зачастую сталкиваются с ситуацией, когда оргазм у женщины возникает при мастурбации, но недоступен при сексуальном контакте с партнером. Чаще всего речь идет о дезадаптивных вариантах аноргазмии, развившихся в результате неадекватных форм мастурбации, которые практиковала женщина в подростковом возрасте или добрачном периоде. Согласно исследованиям ряда авторов [1–3], патогенность мастурбации зависит от ее типа, интенсивности, продолжительности и степени зависимости от сценариев дальнейшего сексуального поведения женщины в браке. Рассматривая аспекты сексуального здоровья и гармонии в браке, следует применять системный сексологический подход к психокоррекции и психотерапии супружеской пары [1].

При обращении пациентки к врачу с жалобами на аноргазмию необходимо выяснить, есть

ли у нее опыт мастурбации, какова ее практика: адаптивная или дезадаптивная, с какого возраста и как она формировалась, насколько была интенсивной, тип мастурбации, носила ли она обсессивный и персевераторный характер. Важно также определить, каким образом девушка или женщина воздействовала на эрогенные или неэрогенные зоны и как относилась к своей практике сексуального самоудовлечения. Это связано с большим значением психологической эмоциональной составляющей в сексуальной функции у женщин.

Сексуальные проблемы в супружеской жизни вызывают невротические расстройства у женщин, вплоть до появления невротических реакций, выраженной раздражительности, агрессивности, конфликтности, что приводит в дальнейшем к супружеской дисгармонии и дезадаптации. Супружеская дезадаптация и нарушения сексуального здоровья партнеров, в свою очередь, являются источником внутреннего напряжения и внутриличностного

конфликта, частой причиной личностных расстройств у женщин, невротических и пограничных состояний, фактором риска развития депрессии.

Многие психо- и соматосексуальные проблемы берут начало в раннем детском возрасте, в парапубертатном периоде. Сексуальные реакции детей в мировой практике еще недостаточно изучены. У девочек воздействие на генитальные зоны может вызывать приятное ощущение и возбуждение без пробуждения либидо или достижения оргазма. У младенцев женского пола на протяжении нескольких недель после рождения временами набухают половые губы, розовеют стенки влагалища, что обусловлено присутствием в крови половых гормонов матери. Ученые считают, что кожа младенца очень чувствительная и ее нежное стимулирование может вызвать сексуальное возбуждение.

В работах [2, 3] авторы, описывая подробно сексуальных реакций детей, в том числе и дошкольного возраста, отмечают, что при детской доэротической мастурбации, когда кора головного мозга функционально еще недостаточно зрелая и порог возбудимости снижен, оргазм получить довольно легко.

Легкое наступление оргазма в препубертатный период предрасполагает к спонтанным неадекватным или адекватным оргазмам, полученным от каких-либо случайных генитальных и даже экстрагенитальных воздействий.

В ряде случаев ребенок начинает целенаправленно воспроизводить эти спонтанные стимулы, превращая их в свой определенный стереотип, приводящий к формированию самых неожиданных вариантов стимуляции, — по зоне воздействия, методу стимуляции эрогенных зон. Спонтанный (адекватный или неадекватный) оргазм, полученный от случайных внегенитальных воздействий, перерастает в преднамеренное достижение оргазма с помощью экстрагенитальной мастурбации. Так формируются различные сексуальные сценарии [2–5].

У мальчиков и девочек первый оргазм может случиться, например, на школьных уроках физкультуры нередко от сжатия бедер при лазании по канату, при упражнениях на бедренном тренажере. При этом ноги у ребенка переплетаются и сильно сжимают канат. В последующем данный опыт закрепляется в памяти. Далее это может приводить к повторению мышечных сжатий уже без каната и к формированию такого типа, как миотоническая мастурбация. У девочек мышцы в основном расположены окологенитально (низ живота, внутренняя поверхность бедер, промежность). Случайно обнаруженный легкий путь к оргазму продолжает использоваться, когда ребенок производит

сокращения различных мышц, вначале произвольно, спонтанно, а в последующем — уже целенаправленно. А. М. Свядош [5] для ее обозначения применил термин «миокомпрессионная мастурбация». В литературе встречается и термин «проприоцептивный оргазм», так как действие происходит через систему проприоцепторов.

Миотоническая мастурбация может появляться у девочек довольно рано. М. В. Екимов [2] отмечает, что при доэротической мастурбации в возрасте 2–5 лет ребенок может сжиматься, тужиться, напрягаться, качаться, сжимать и переплетать ноги и пр. Иногда при этом есть некоторое воздействие на гениталии, чаще с помощью предметов, но его задачей является не тактильная стимуляция (трение), а усиление мышечного напряжения: скакать на мяче, качелях, садиться на игрушки, прижиматься промежностью к стулу, мебели, к колену взрослого члена семьи. Указанные варианты первого оргазма (канат, спинка дивана) свидетельствуют о его спонтанном получении. Это характерно для сниженных порогов возбудимости оргазмических структур, что и является предрасполагающим фактором для формирования миотонического типа мастурбации. В пубертатном (12–18 лет) периоде происходит интенсивное психо- и соматосексуальное развитие девочки, формируется платоническое, эротическое и начальные фазы сексуального либидо [5].

Целью нашего исследования было изучение влияния фактора патологической мастурбации у женщин на формирование аноргазмии и супружеской дезадаптации, невротических расстройств, а также проведение у них психокоррекции и комплексной терапии.

В период 2011–2016 г. нами были обследованы в условиях неврологического стационарного отделения и клиники «Семейная консультация» (Махачкала) 37 женщин в возрасте от 19 до 35 лет с миотонической формой мастурбации в анамнезе и нарушением супружеской адаптации, первичными нарушениями сексуальной дезадаптации (основная группа). Все пациентки были замужем более двух лет, 29 — имели детей. В контрольную группу вошли 20 пациенток с супружеской дезадаптацией и аноргазмией, но не имевшие патологической мастурбации в анамнезе.

В экспериментально-психологическом исследовании использовались методики: тест дифференциальной самооценки функционального состояния САН; тест определения уровня реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера — Ю. Л. Ханина; уровень нейротизма личностного опросника Г. Ю. Айзенка, шкала депрессии А. Бека. Пациентки и их супруги были обследованы с помощью специальной сексологической карты [1, 3, 6].

Анализ показателей эмоционального состояния у пациенток основной группы, характеризовавших взаимоотношения в своей семье как неудовлетворительные, вызывающие супружескую дезадаптацию и сексуальную фрустрацию при половой жизни, показал, что у них чаще отмечались низкие показатели настроения (+31%), высокий уровень нейротизма (+21%), значительная реактивная (+32%) и личностная (+27%) тревожность. В основной группе по субъективной оценке пациентки имели признаки депрессии достоверно чаще (64,8% (15,1±0,5)), чем в контрольной ($p < 0,05$).

При этом у 12 (32%) женщин диагностировалась неврастения, у 10 (28%) — расстройства неорганического генеза, у 6 (16%) — смешанное тревожное и депрессивное расстройство, у 5 (14%) — обсессивно-компульсивное, у 4 (10%) — тревожное. У 4 обследованных в анамнезе был пережитый опыт различных видов насилия.

У женщин в начале половой жизни в супружестве отсутствие зрелых сформированных эрогенных зон при миотонической форме мастурбации затрудняло процесс сексуального взаимодействия партнеров, делая порой невозможным для мужчины довести партнершу до сильного сексуального возбуждения и оргазма ни при петтинге, ни при половом акте. В нашей практике нередко встречалась миотоническая форма мастурбации детей дошкольного возраста, подростков, которая закреплялась в последующем в поведении взрослых женщин. Сформированные мышечные ритуалы, при которых специфические миотонические усилия были четко выражены, достаточно стандартны (поза, ритм движений, дыхание, окружающие предметы обстановки) и успешно диагностировались. Отличием этой формы мастурбации было использование именно миотонических механизмов оргазма, без применения тактильных раздражителей. Девушка могла при миотонической патологической мастурбации, механически не стимулируя вообще никакие эрогенные зоны, добиваться оргазма только за счет напряжения мышц на фоне соответствующего психоэмоционального состояния (или эротических фантазий, или в состоянии психоэмоциональной расслабленности). В процессе мастурбации она формировала в своем воображении сексуальные фантазии и сценарии, которые по принципу получения удовольствия могли закрепиться на уровне ритуалов и obsessions.

Приводим клинический случай из нашей практики.

Пациентка М., 24 года, из анамнеза — получила первый миотонический оргазм в 7-летнем возрасте, катаясь на перекладине в школьном дворе. Она удерживалась не только руками, но и плотно сжимавшими перекладину

ногами, что спровоцировало оргазм. В последующем такой вариант достижения оргазма закрепился в патологической мастурбации, когда пациентка стала это повторять сначала после школьных занятий в дневное время, а позже ходила «на перекладину» и в вечернее время, выходные дни. Девочка пыталась дома использовать перила на лестнице, но получалось намного хуже, поэтому она продолжала пользоваться той самой перекладиной в школьном дворе. Со временем перекладину перенесли в спортивный зал. Пациентка закончила школу, со временем вышла замуж, но прошел уже год, а она так и не получала никакой радости от половой жизни. С этой проблемой она пришла на консультацию к сексологу. Последние 5 лет занятия мастурбацией отрицает. О своей практике мастурбирования отзывается негативно, постоянно о ней думает, считая себя «грязной», «недостойной», «грешной», причем такие мысли начали приобретать характер навязчивых. После длительной рациональной психокоррекции и психотерапии пациентка согласилась сообщить об этом мужу. К лечебному процессу удалось привлечь и его. Психотерапия в сочетании ее различных видов (рациональная, поведенческая, гипнотерапия), сексуально-поведенческая, секс-терапия, использование домашних заданий и их обсуждение раз в неделю привели к тому, что молодая женщина получила оргазм во время коитуса уже через 2 мес. Сначала она научилась получать оргазм во время полового акта в позиции, когда мужчина стоял, а она на нем повисала, обнимая руками и сжимая его ногами. Но оргазм женщина получала не от коитальных ощущений (воздействия на клитор, влагалище, шейку матки) во время фрикций, а от своего привычного напряжения мышц. Постепенно супружеская пара адаптировалась друг к другу. Катанестическое наблюдение этих супругов в течение двух лет показало эффективность проведенного курса психокоррекции и психотерапии.

Конечным результатом влияния фактора миотонической мастурбации в анамнезе у пациенток было: 1) нарушение психосексуального развития в виде неадекватно достигаемого оргазма; 2) ретардация полового развития или отсутствие зрелых эрогенных зон, что привело к аноргазмии.

Как известно, при зрелых половых реакциях у женщин при любой сексуальной практике (мастурбаторной или коитальной) происходит напряжение (непроизвольное или произвольное) мышц влагалища и тазового дна и некая общая миотония, которая способствует достижению оргазма. А при миотонической мастурбации в основном напрягаются приводящие мышцы бедер, промежности, ягодичные мышцы, мышцы живота, иногда мышцы рук и верхней части тела. Какие-то группы мышц вовлекаются в большей степени, какие-то в меньшей. Напряжение мышц может быть тоническим, или производятся некоторые ритмичные движения бедрами, нижними

конечностями. При миотонической мастурбации обычно женщины принимают определенную позу (чаще лежа на боку с полусогнутыми ногами), переплетая и сжимая ноги. Иногда для усиления напряжения мышц женщине требуется прижиматься ягодично-промежностной областью к мебели, к другим предметам или сжимать помещенный между ногами предмет: подушку, игрушку, край одеяла, постельного белья [6–8].

При сексологическом обследовании мы выявили, что субъективно тактильный оргазм (клиторный или вагинальный) более привлекателен для пациенток и оценивается ими как более сильный и яркий. Однако достигался он, по сравнению с миотонической мастурбацией, труднее и требовал больше времени. При миотонической мастурбации эротические фантазии нередко отсутствовали, женщине достаточно было просто «расслабиться» и напрягать мышцы специальным образом. Нами отмечены случаи, когда при миотонической мастурбации, в отличие от других форм, оргазм наступал довольно быстро, иногда в считанные секунды, минуты, так что пациентка не успевала начать фантазировать и мотивом ее полового возбуждения являлось снятие чувства фрустрации и полового напряжения, что искажало формирование эротического либидо и гармоничное психосексуальное развитие.

Быстрота и легкость получения оргазма миотоническим методом, как правило, затрудняли процесс формирования мотивации пациенток к психокоррекции, психотерапии и лечению: женщине трудно было отказаться от привычного и легкого пути достижения оргазма в пользу нового и требующего усилий, пусть даже потенциально более приятного для женщины ощущения.

В лечении женщин, страдающих аноргазмией, в супружеской паре нами использовались методы секс-терапии, различные методики когнитивно-бихевиоральной психотерапии, домашние задания, ведение партнерами дневников своих сексуальных ощущений с последующим обсуждением результатов на сессиях. Важной составляющей являются доверительные отношения между супругами, умение делиться ожиданиями, переживаниями, ощущениями как между собой, так и с психотерапевтом, сексологом.

Тот сценарий и ритуал, к которому привыкла женщина, последовательность действий, сокращений мышц, воспроизвести при половом акте супругов порой бывает невозможно. Мужчины имели опыт добрачной сексуальной жизни с женщинами в позах, когда конечности партнерши разведены. Соответственно партнеру трудно было проводить половой акт, воссоздать привычный ритм, с женщиной, привыкшей к оргазму, полученному

с помощью миотонической мастурбации со сжатыми ногами, для которой это очень приятно и имеет психофизиологический закрепленный сценарий сексуальных реакций.

Нами были предприняты разъяснения, внушения наяву для эффективной психокоррекции и адаптации в паре. В ряде случаев мы рекомендовали эротический тренинг с коитальными позициями со сжатыми ногами, там где такое сочетание для пары возможно и приемлемо. Например, может быть использована позиция «ложки» (оба на боку, ноги полусогнуты, мужчина сзади), и пока половой член внутри, женщина может привычно сжимать ноги и напрягать мышцы, доводя себя до оргазма. При позиции «мужчина сверху» ноги женщины находятся внутри ног мужчины, что позволяет ей сжимать их нужным образом. Сама женщина в зависимости от своего стереотипа мастурбации может лежать на спине или на животе. Когда предпочитаемой позой для мастурбации женщины является «полумостик», то мужчина может располагаться внутри ее ног; сжимая его, партнерша может получить нужное миотоническое напряжение.

Супружеская пара в основной группе добивалась одновременного сочетания собственно полового акта и миотонической мастурбации партнерши. Когда женщина полностью доверяла партнеру, она училась расслабляться при нем и воспроизводила те же привычные для нее сокращения мышц. Партнер сначала пассивно, потом уже более активно взаимодействовал с ней и через какое-то количество занятий терапии переходил собственно к половому акту.

Психокоррекция патологической мастурбации у женщин проводилась дифференцированно с учетом патогенного влияния на ее сексуальное здоровье, искажения психосексуального развития. Сочетанные методики психокоррекции и рациональной, суггестивной психотерапии, сексуально-поведенческих и сексуально-эротических тренингов создавали доверительную атмосферу между супругами, адаптировали имеющийся опыт каждого супруга, приводили к взаимопониманию и гармонии, создавая условия для совместного оргазма. В результате проведенной комплексной психотерапии и психокоррекции у 33 пациенток основной группы (90 %) удалось достичь супружеской адаптации и устранения аноргазмии, у них улучшились показатели настроения (+42 %), снизилась личностная тревожность (+12 %) и показатели депрессии (20,6 % (12,1±0,5) по сравнению с обследованными контрольной группой, у которых этот комплекс не проводился, а положительная динамика отмечалась лишь у 4 (20 %) женщин.

Данные исследования показали, что сочетанные методики психокоррекции супружеской

пары и рациональной суггестивной психотерапии, сексуально-поведенческих и сексуально-эротических тренингов партнеров с учетом патогенного влияния патологической мастурбации на сексуальное здоровье женщины, искажение ее психосексуального развития достаточно эффективны, создают возможность супружеской адаптации при комплексной психокоррекции и психотерапии.

Список литературы

1. Кришталь В. В. Сексология: учеб. пособ. / В. В. Кришталь, С. Р. Григорян.— М.: Пер СЭ, 2002.— 879 с.
2. Екимов М. В.оргазмические дисфункции у женщин: пособ. для врачей / М. В. Екимов.— СПб.: ИД СПбМАПО, 2011.— 302 с.
3. Сексopatология: справочник; под ред. Г. С. Васильченко / Г. С. Васильченко, Т. Е. Агаркова, С. Т. Агарков [и др.]— М.: Медицина, 1990.— 576 с.
4. Исаев Д. Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматические расстройства у детей / Д. Н. Исаев.— СПб.: Речь, 2005.— 400 с.
5. Свядоц А. М. Женская сексopatология / А. М. Свядоц.— СПб.: Питер, 1998.— 288 с.
6. Основы психотерапії: навч.-метод. комплекс для студентів, які навчаються за спеціальністю «Психологія» / укл.: О. С. Кочарян, Н. М. Терещенко.— Харків: ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2012.— 40 с.
7. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women / R. Basson, S. Althof, S. Davis [et al.] // J. Sex Med.— 2004.— № 1 (1).— P. 24–34.
8. Кочарян Г. С. Физиология и психология оргазма: современные представления / Г. С. Кочарян // Здоровье мужчины. — 2015. — №3 (54). — С. 16–24.

ПСИХОКОРЕКЦІЯ ПАТОЛОГІЧНОЇ МАСТУРБАЦІЇ ТА АНОРГАЗМІЇ У ЖІНОК ІЗ ПОДРУЖНЬОЮ ДЕЗАДАПТАЦІЄЮ

А. П. АЗІЗОВ, І. В. РОМАНОВА

Висвітлено проблему впливу фактору патологічної мастурбації у жінок на формування аноргазмії і подружньої дезадаптації. Отримані дані свідчать про необхідність комплексного підходу до психологічної корекції і психотерапії як сексологічних, так і невротичних розладів у таких пацієнтів.

Ключові слова: патологічна міотонічна мастурбація, аноргазмія, психокорекція подружньої пари.

PSYCHOCORRECTION OF PATHOLOGICAL MASTURBATION AND ANORGASMIA IN WOMEN WITH MARITAL MALADJUSTMENT

A. P. AZIZOV, I. V. ROMANOVA

The problem of the influence of the factor of pathological masturbation in women on formation of anorgasmia and marital maladjustment is featured. The obtained data justify the necessity of an integrated approach to psychological correction and psychotherapy of both sexological and neurotic disorders in such patients.

Key words: pathological myotonic masturbation, anorgasmia, psychocorrection of married couple.

Поступила 24.04.2017