

**РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ.  
ОЖИРЕНИЕ, МЕДИЦИНСКИЕ И  
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ , ПРОБЛЕМЫ  
ЛЕЧЕНИЯ И КОРРЕКЦИИ. РАССТРОЙСТВА СНА И  
МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ.**

**ЗАНЯТИЕ №7 ДЛЯ СТУДЕНТОВ 6 КУРСА ОВП**



# РАССТРОЙСТВА ПРИЕМА ПИЩИ (F50).

- При оценке расстройств приема пищи следует учитывать культурально-специфичные особенности еды и питья, а также религиозные ограничения (посты). Хотя описаны случаи, когда выход из поста происходит через последующий эпизод анорексии. Кроме того, в современной культуре сохраняется более жесткое ограничение в еде у женщин в соответствии с требованиями моды и стиля.

# ЭТИОЛОГИЯ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ?

# НЕРВНАЯ АНОРЕКСИЯ (F50.0).

- **Этиология**
- Причиной нервной анорексии является нарушение периода идентификации, в основном у девочек возраста 12—18 лет.
- Другой причиной может быть снижение уровня гормонов гипоталамуса и гипофиза в результате сосудистой или опухолевой причины.
- За маской нервной анорексии может также стоять депрессия пубертатного возраста.
- Если анорексия наблюдается в препубертате, то половое развитие мальчиков и девочек резко замедляется.
- Психоаналитики считают, что анорексия обусловлена тревогой в оральном периоде.
- Кроме того, в эволюционном смысле, аноректика можно считать альтруистом, который оставляет еду для членов своей семьи.
- Высокий уровень тревожности может также лежать в основе анорексии.

• **Что составляет  
биопсихосоциальный  
подход к анализу развития  
нервной анорексии?**

• **Генетическая  
предрасположенность**

• **Дисгармония личности**

• **Стереотип «красоты»**

# РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ

# ***РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ***

- В гендерном различии преобладают представительницы женского пола.
- Распространённость среди женщин составляет 1,2%, среди мужчин 0,29%.
- Чаще встречается в развитых странах.
- Мужчин с анорексией можно встретить среди пациентов сексопатолога, поскольку они часто жалуются на утрату полового влечения и потенции, женщин с анорексией — среди пациентов гинекологов, поскольку у них часто отмечается аменорея.



# КЛИНИКА НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ?

## **Клиника**

В анамнезе пациенты отмечают снижение самооценки, говорят, что их часто дразнят толстыми. Иногда подростки стремятся достигнуть конкретного Эго-идеала, например, киноактрисы, певицы. Рассматривая себя в зеркало, они видят явное несоответствие себя и идеала.

В позднем пубертате при юношеской влюбленности анорексия может скрывать любовь без взаимности, а также депрессию.

Пациенты воспринимают себя слишком толстыми, хотя иногда они считают толстыми отдельные части своего тела (икры ног, щеки, ягодицы). У них возникает навязчивый страх располнеть, поэтому они могут избегать вечеринок, праздников, на которых возможно употребление большого количества еды и питья. У них возникает интерес к изучению калорийности пищи и избегание жирной пищи, поэтому часто они устанавливают для себя стереотипную диету, фиксируясь на одном-двух типах продуктов, чаще фруктов или овощей. Все это приводит к потере веса более чем на 15% по сравнению с ожидаемым весом, возникают вторичная астения и уменьшение социальной успешности. Пациенты стремятся снизить вес изнуряющими гимнастическими упражнениями. Характерными являются также аменорея у женщин и утрата полового влечения у мужчин.

# ЭТАПЫ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ?

## М. В. КОРКИНА И СОАВТ. (1986) В РАЗВИТИИ НЕРВНОЙ АНОРЕКСИИ У БОЛЬНЫХ С ПОГРАНИЧНЫМИ СОСТОЯНИЯМИ ВЫДЕЛЯЮТ НЕСКОЛЬКО ЭТАПОВ.

- **Первый**, или инициальный, этап характеризуется возникновением ситуационно обусловленных попыток «коррекции внешности», которые носят, однако, эпизодический характер. Этот этап может продолжаться до 2—3 лет.
- **Второй** этап болезни — период активной коррекции «излишней полноты» (или аноректический этап). В стремлении к похуданию больные начинают отказываться от еды, прибегают к интенсивным физическим нагрузкам, вызывают рвоту после каждого приема пищи, принимают слабительные средства. Уже на этом этапе по мере похудения появляются соматоэндокринные сдвиги.
- **Третий** этап — кахектический; для него типично резкое увеличение соматоэндокринных нарушений. Появляется аменорея, кожа становится сухой, по всему телу появляются пушковые волосы, появляются безбелковые отеки, водно-электролитные нарушения. Эта стадия чаще бывает необратима и ведет к смертельному исходу.
- На **четвертом** этапе — этапе редукции нервной анорексии — по мере нарастания массы тела и улучшения соматического состояния у больных могут вновь обостряться дисморфоманические переживания, и они снова начинают ограничивать себя в приеме пищи.

ДИАГНОСТИКА?

## **Диагностика**

**Для постановки диагноза необходимы все следующие признаки:**

- 1. Вес тела сохраняется на 15% ниже ожидаемого.**
- 2. Потеря веса связана с избеганием пищи, рвотой, с приемом слабительных, чрезмерной гимнастикой, использованием средств, подавляющих аппетит, приемом диуретиков.**
- 3. Ужас перед ожирением становится сверхценной идеей и больной считает допустимым для себя лишь низкий вес.**
- 4. Аменорея у женщин и импотенция у мужчин.**
- 5. Задержка пубертатного периода.**

ТЕРАПИЯ?

# ПСИХОТЕРАПИЯ

- Когнитивно-поведенческая
- Семейная психотерапия (эффективна лиц младше 18 лет)
- Психоанализ



## **Терапия**

**Для нервной анорексии показано лечение антидепрессантами (флуоксетин в малых дозах, малыми дозами лития с контролем количества жидкости, выпиваемой пациентом), а также применение бензодиазепиновых транквилизаторов.**

**ПАРЕНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ:  
ПОКАЗАНИЯ, СПОСОБЫ?**

# ПАРЕНТЕРАЛЬНОЕ ПИТАНИЕ

- Показания:
- Вес ниже 40 кг
- Намеренный отказ от еды
  
- Способ кормления:
- Кормление производится через зонд, введенный через нос
- Пациент подлежит фиксации на время кормления и после кормления в течение 45-60 минут

# ПИТАТЕЛЬНЫЕ СМЕСИ

- 1 литр молока
- 2 сырых яйца
- 50 грамм сливочного масла
- 1 столовая ложка сахара
- 5 грамм соли
  
- Или
- 0,5% жидкая манная каша
- При соблюдении температурного режима 36-36,3

# ИСХОДЫ ЗАБОЛЕВАНИЯ?

- **Выздоровление**
- **Рецидив**
- **Летальный исход (5-10%)**

# Нервная булимия (F50.2).

## Этиология

Этиология нервной булимии совпадает с этиологией нервной анорексии. Однако при этом заболевании наряду с утратой пищевого влечения отмечаются эпизоды его повышения. В психоаналитическом смысле переедание и полнота могут быть защитой от повышенной сексуальности.

## Распространенность

Заболевание распространено преимущественно у девушек-подростков.

КЛИНИЧЕСКИЕ  
ПРОЯВЛЕНИЯ?



## **Клиника**

Пациенты жалуются на периоды, напоминающие приступы острого желания есть, навязчивые мысли и сновидения о еде. Иногда в этих переживаниях присутствует определенный тип еды (мясо, мучное, сладкое), навязчивость ликвидируется перееданием, при котором за короткий период времени съедается большое количество пищи, часть из которой может быть условно съедобной или испорченной. Далее, для предотвращения избыточного веса, пациенты вызывают у себя рвоту, принимают слабительное, мочегонное, длительно голодают, используют гормоны, подавляющие аппетит. Больные чувствуют себя слишком полными, испытывают навязчивый страх располнеть. За фасадом булимии может скрываться также клиника депрессии.

ДИАГНОСТИКА?

## **Диагностика**

**Приступы переедания с чрезмерной озабоченностью и контролем веса тела. Может быть продолжением или началом нервной анорексии. Для диагноза требуются все следующие признаки:**

- 1. Непреодолимая тяга к пище, за короткое время может съесть большое количество пищи.**
- 2. Противодействие эффекту ожирения с помощью рвоты, злоупотребления слабительными, периодов голодания, использование подавляющих аппетит препаратов.**
- 3. Установление больным низкого предела веса тела.**

# КАКОВО ВЛИЯНИЕ ОЖИРЕНИЯ?

- Ожирение оказывает негативное воздействие на гипертензию, сахарный диабет, измененный уровень липидов крови, снижает физическую активность и является независимым фактором риска развития коронарного атеросклероза.
- Примерно 1/3 людей с повышенной массой тела и пытающихся похудеть достигает успеха; 2/3 вновь набирают вес.
- Успех программы по снижению массы тела состоит в долговременности изменений пищевого поведения с ограничением жиров и изменении пищевых стереотипов и диетических пристрастий.
- Физические упражнения 4 раза в неделю также критично важны.
- Если поддержание нормального веса затруднительно или не происходит вообще, небольшое (10—15%) снижение массы тела при регулярных физических упражнениях может помочь снизить связанный с ожирением риск.

# ЧТО ТАКОЕ ИНДЕКС МАССЫ ТЕЛА?

• **Индекс массы тела (ИМТ)\*** - это рекомендуемый в настоящее время метод определения физического статуса пациента. ИМТ рассчитывается по следующей формуле:

• **Вес, кг**

•  **$(\text{рост, м})^2$**

• ИМТ коррелирует с другими методами измерения массы, например гидростатическим взвешиванием. Пациенты с ИМТ 19—24 находятся в оптимальном диапазоне значений.

• Пациенты с индексом 25—29 рассматриваются как имеющие повышенную массу тела (приблизительно превышающую идеальную на 15-30%), а лица с ИМТ>30 имеют ожирение.

**КАКОВЫ МЕДИЦИНСКИЕ И  
ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ  
ОЖИРЕНИЯ?**



- **Ожирение — одна из наиболее серьезных медицинских проблем:**
- **среди взрослых в возрасте 20—74 лет значительно повышенная масса тела увеличивает риск артериальной гипертензии в 3 раза, риск гиперхолестеринемии — в 1,5 раза и диабета — в 3 раза.**
- **Повышение риска, связанного с ожирением, особенно выражено для лиц в возрасте 20—45 лет.**
- **Психосоциальные исследования показали, что ожирение имеет также значительные социальные и экономические последствия.**
- **Например, полная женщина имеет значительно меньше шансов выйти замуж и имеет меньший годовой доход при большем уровне бедности в семье.**
- **Полные мужчины также имеют меньшую вероятность жениться, чем их сверстники с нормальным весом.**

# НАЗОВИТЕ ФАЗЫ СНА:

- Продолжительность каждой фазы
  - Цикл сна

# ФАЗЫ СНА

- Медленная фаза сна
- Быстрая фаза сна

# ДЛИТЕЛЬНОСТЬ

- У здорового человека сон начинается с первой стадии медленного сна (Non-REM сон), которая длится 5-10 минут. Затем наступает 2-я стадия, которая продолжается около 20 минут. Ещё 30-45 минут приходится на период 3-4 стадий. После этого спящий снова возвращается во 2-ю стадию медленного сна, после которой возникает первый эпизод быстрого сна, который имеет короткую продолжительность — около 5 минут. Вся эта последовательность называется циклом. Первый цикл имеет длительность 90-100 минут. Затем циклы повторяются, при этом уменьшается доля медленного сна и постепенно нарастает доля быстрого сна (REM сон), последний эпизод которого в отдельных случаях может достигать 1 часа. В среднем, при полноценном здоровом сне, отмечается пять полных циклов.

# МЕДЛЕННЫЙ СОН

- **Первая стадия.** Альфа-ритм уменьшается и появляются низкоамплитудные медленные тета- и дельта-волны. Поведение: дремота с полусонными мечтаниями и сноподобными галлюцинациями. В этой стадии могут интуитивно появляться идеи, способствующие успешному решению той или иной проблемы. 5-10 мин.
- **Вторая стадия.** На этой стадии появляются так называемые «сонные веретёна» — сигма-ритм, который представляет собой учащённый альфа-ритм (12—14—20 Гц). С появлением «сонных веретён» происходит отключение сознания; в паузы между веретёнами (а они возникают примерно 2—5 раз в минуту) человека легко разбудить. Повышаются пороги восприятия. Самый чувствительный анализатор — слуховой (мать просыпается на крик ребёнка, каждый человек просыпается на название своего имени). Около 20 мин.

# МЕДЛЕННЫЙ СОН

- **Третья стадия.** Характеризуется всеми чертами второй стадии, в том числе наличием «сонных веретён», к которым добавляются медленные высокоамплитудные дельта-колебания (2 Гц).
- **4-я стадия медленного сна, глубокий сон.** Это самый глубокий сон. Преобладают дельта-колебания (2 Гц).
- Третью и четвёртую стадии часто объединяют под названием дельта-сна. В это время человека разбудить очень сложно; возникают 80 % сновидений, и именно на этой стадии возможны приступы лунатизма и ночные кошмары, однако человек почти ничего из этого не помнит. Первые четыре медленноволновые стадии сна в норме занимают 75—80 % всего периода сна.
- Предполагают, что медленный сон связан с восстановлением энергозатрат.

# БЫСТРЫЙ СОН

- Быстрый сон - это пятая стадия сна. ЭЭГ: быстрые колебания электрической активности, близкие по значению к бета-волнам. Это напоминает состояние бодрствования. Вместе с тем (и это парадоксально!) в эту стадию человек находится в полной неподвижности, вследствие резкого падения мышечного тонуса. Однако глазные яблоки очень часто и периодически совершают быстрые движения под сомкнутыми веками. Существует отчетливая связь между БДГ и сновидениями. Если в это время разбудить спящего, то в 90 % случаев можно услышать рассказ о ярком сновидении.
- Фаза быстрого сна от цикла к циклу удлиняется, а глубина сна снижается. Быстрый сон прервать труднее, чем медленный, хотя именно быстрый сон ближе к порогу бодрствования. Прерывание быстрого сна вызывает более тяжёлые нарушения психики по сравнению с нарушениями медленного сна. Часть прерванного быстрого сна должна восполняться в следующих циклах.
  - Предполагают, что быстрый сон обеспечивает функции психологической защиты, переработку информации, ее обмен между сознанием и подсознанием.

# РАССТРОЙСТВА СНА НЕОРГАНИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ (F51).

- **Этиология**

- Сон регулируется ретикулярной формацией и искажается при множестве психогенных причин. В описание сна входит поведение сна (движение глазных яблок, перемещение в постели, снохождение), позы сна, звуки сна, нейрофизиологические стадии сна.

- **Клиника**

- Отмечаются расстройства цикла сон — бодрствование, инсомния, гиперсомния, а также парасомния (снохождение, ночные ужасы и кошмары). Все указанные расстройства сна могут первично влиять на состояние бодрствования, например, задержка дыхания (сонное апноэ) может постепенно привести даже к синдрому органической деменции.
- Ночные кошмары и ужасы в детском и подростковом возрасте могут являться источником фантазирования и бредообразования. Изменение ритма и глубины сна почти всегда сочетается с переживанием слабости, раздражительности, снижением работоспособности.



- **Что включают в себя термины  
Диссомнии и Парасомнии?**

- **1. Диссомнии** — первично психогенные состояния, при которых основным является эмоционально обусловленное нарушение количества, качества или времени сна, то есть инсомния, гиперсомния и расстройство цикла сон — бодрствование.
- **2. Парасомнии** — возникающие во время сна аномальные эпизодические состояния психогенной природы — снохождение, ночные ужасы и кошмары.

# БЕССОННИЦА НЕОРГАНИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ

- Клиника?
- Диагностика?
- Терапия?

## **Бессонница неорганической природы (F51.0).**

### **Клиника**

Неудовлетворительная продолжительность или неудовлетворительное качество сна. Причина — стресс, симптомы — тревога, напряженность, беспокойство. Нередко больной при обычной продолжительности сна уверяет, что совершенно не спал ночью или не выспался, он отмечает раздражительность и трудность сосредоточения. В сновидениях выступают стрессорные события.

### **Диагностика**

Основные клинические признаки:

1. Жалоба на плохое засыпание, трудности сохранения сна или на плохое качество сна.
2. Нарушение сна отмечается как минимум три раза в неделю на протяжении одного месяца.
3. Озабоченность бессонницей и ее последствиями.
4. Дистресс в результате бессонницы и препятствие социальному и профессиональному функционированию.

### **Терапия**

Применяются теплые ванны на ночь, валериана, бензодиазепины, малые дозы amitriptiline.

# ГИПЕРСОМНИЯ НЕОРГАНИЧЕСКОЙ ПРИРОДЫ

- Клиника?
- Диагностика?
- Терапия?

## **Гиперсомния неорганической природы (F51.1).**

### **Клиника**

Пациенты жалуются на повышенную сонливость днем в самое неподходящее время, внезапные приступы сна в транспорте, и даже при вождении машины. Некоторые из них говорят о том, что не могут сразу проснуться после сна, и сновидение и сон вторгаются в обычную жизнь, что заставляет их совершать неадекватные поступки (просоночное состояние и опьянение сном). Признаки нарколепсии, такие как катаlepsия и признаки сонного апноэ (храпящие звуки, ночная остановка дыхания), отсутствуют. В результате гиперсомнии возникает избегание ситуаций общения, в период которых пациент может заснуть. Это действует на личность стрессорно. Вторично образуются невротические симптомы раздражительности и напряженности.

### **Диагностика**

Повышенная сонливость в дневное время. Приступы сна или пролонгированный переход к состоянию полного бодрствования после пробуждения при достаточной продолжительности сна. Отмечается ежедневно на протяжении более одного месяца и приводит к дистрессу, снижению социального функционирования при отсутствии признаков нарколепсии, а также неврологической и соматической патологии.

### **Терапия**

В лечении используют ноотропы со стимулирующим действием, растительные стимуляторы и небольшие дозы мелипрамина.

# СОМНАМБУЛИЗМ

- **Клиника?**
- **Диагностика?**
- **Терапия?**

# СНОХОЖДЕНИЕ (СОМНАМБУЛИЗМ) (F51.3).

## **Этиология**

- Причиной является возникновение функционального очага бодрствования, который вторгается в стадию глубокого сна.

## **Распространенность**

- Наибольшая распространенность у мальчиков в препубертате.

## **Клиника**

- Состояние измененного сознания, при котором сочетаются феномены сна и бодрствования. В течение первой трети сна пациент встает ночью с открытыми глазами, пытается куда-то идти, часто на балкон, к двери, иногда берет с собой подушку и одеяло, меняет место расположения постели. На попытку разбудить реагирует негативистично, глаза раскрыты, мигание чаще отсутствует. После пробуждения — амнезия, признаков пароксизмальной активности на ЭЭГ нет.



# ДИАГНОСТИКА

- Диагностические симптомы:
  1. Эпизоды подъема и хождения в первую треть ночного сна.
  2. Во время эпизода отмечаются отрешенное выражение лица с пристальным взглядом, отсутствие реакции на попытки вступить в контакт или разбудить.
  3. Амнезия об эпизоде.
  4. Восстановление психической активности и поведения через несколько минут после пробуждения.
  5. Отсутствие деменции и эпилепсии.
- **Дифференциальная диагностика**
- Следует дифференцировать с эпилептическим сомнамбулизмом, при котором обнаруживается пароксизмальная активность на ЭЭГ и есть другие пароксизмальные признаки.
- **Терапия**
- Лечение заключается в углублении сна с помощью бензодиазепинов или амитриптилина.

# КОШМАРЫ

- Клиника?
- Диагностика?
- Терапия?

## **Кошмары (F51.5).**

### **Этиология**

Глубоко вытесненные фобии, комплексы, агрессия могут выражаться в сновидении в стереотипных ужасах.

### **Клиника**

Страшные и тревожные, часто стереотипно повторяющиеся сны, содержание которых пациент хорошо помнит. Видится преследование, конец света, метаморфоза объектов. Пациент боится заснуть, так как может увидеть данный сон. У детей фрагменты образов сна могут вторгаться в действительность.

### **Диагностика**

Насыщенные тревогой и страхом сны, которые больной помнит очень детально. Клинические признаки:

1. Пробуждение (во второй половине сна) с детализированным и живым воспроизведением сновидений яркого устрашающего содержания.
2. При пробуждении быстро достигаются нормальный уровень бодрствования и ориентировка.
3. Расстройства приводят к выраженному дистрессу.

### **Дифференциальная диагностика**

Ночные кошмары могут присутствовать в начальной стадии депрессий, других эндогенных психозов, при хронической боли. Обычно тип сновидения подсказывает его символическую значимость.

### **Терапия**

Применяются психотерапия, психоанализ, углубление сна антидепрессантами и транквилизаторами, карбамазепин.

**Половая дисфункция, не обусловленная органическим расстройством или заболеванием (F52).**

**Вся клиническая группа является фактически невротической, она должна дифференцироваться от многочисленных органических половых дисфункций, связанных с поражением периферических сосудов, в том числе пещеристых тел, спинномозговых нарушений, центральных нарушений, психоэндокринных синдромов.**

## **Отсутствие или потеря полового влечения (F52.0).**

### **Этиология**

Синоним импотенции. Вторичная импотенция может быть обусловлена множеством причин, прежде всего утратой удовольствия (ангедонией) по аффективным причинам (депрессия, шизофрения). Первичная — собственно изолированная потеря полового влечения, на которую, обычно у мужчин чаще, чем у женщин, возникает разной степени выраженности невротическая реакция в зависимости от возраста, то есть возраста естественного уменьшения полового влечения.

### **Распространенность**

Расстройство отмечается у половины мужчин и женщин в возрасте после 45 лет, однако реальные цифры вероятно больше. Соотношение мужчин и женщин по данным скрытых опросов 1:1, по данным открытых опросов 1:2.

### **Клиника**

Проблема основная, а не вторичная. Не исключает сексуального удовлетворения или возбуждения, но делает инициацию половой активности менее вероятной.

### **Диагностика**

Уровень сексуального удовлетворения или возбуждения снижен, это делает половые акты редкими.

### **Дифференциальная диагностика**

Дифференциальный диагноз связан с разделением первичной и вторичной импотенции.

### **Терапия**

Психотерапия супружеской пары. Поведенческая терапия.

## **Сексуальное отвращение и отсутствие сексуального удовлетворения (F52.1).**

### **Этиология**

Сексуальное отвращение и отсутствие сексуального удовлетворения обусловлено тем, что половая связь с партнером вызывает бессознательную тревогу и страх, что обусловлено негативными чувствами к половому партнеру.

### **Клиника**

Предстоящая половая связь с партнером вызывает отвращение, страх или тревогу, избегается, а если происходит, то сочетается с сильным чувством вины, которое блокирует последующую половую связь с этим партнером.

При отсутствии сексуального удовлетворения генитальная реакция носит «автоматический характер» и не сопровождается ощущением удовольствия.

### **Диагностика**

#### **F52.10 — сексуальное отвращение**

Предстоящая половая связь с партнером вызывает сильные негативные чувства, страх или тревогу, которые достаточны, чтобы привести к уклонению от половой активности.

#### **F52.11 — отсутствие сексуального удовлетворения**

Возникают нормальные сексуальные реакции, переживается оргазм, но нет адекватного удовольствия, чаще отмечается у женщин.

### **Дифференциальная диагностика**

Проблема состоит в выявлении первичной и вторичной причин половой дисфункции. Следует также предполагать за фасадом сексуального отвращения невротические расстройства, бред.

### **Терапия**

Психотерапия и семейная терапия. Поведенческая терапия.

## **Отсутствие генитальной реакции (F52.2).**

### **Этиология**

Сексуальная дисгармония или психогения. Эквивалент психогенной импотенции.

### **Клиника**

При наличии признаков половой дисфункции у мужчин полная эрекция наступает на ранних стадиях вступления в половую связь, но исчезает при половом акте, таким образом, эрекция присутствует, но не во время полового акта. Иногда возможна частичная эрекция.

При наличии признаков половой дисфункции у женщин стимуляция эрогенных зон не приводит к исчезновению сухости влагалища по психогенным причинам (дисгармония) или в результате менопаузы, присоединения инфекционного поражения бартолиниевых желез.

### **Диагностика**

У мужчин — эректильная дисфункция характеризуется тем, что эрекция сохраняется во время сна, мастурбации или с другим партнером. У женщин — сухость влагалища, психогенная или патологическая (инфекция, менопауза).

### **Дифференциальная диагностика**

Следует дифференцировать с другими нарушениями эрекции составляющей, например, при органическом поражении головного мозга, сосудистых поражениях пещеристых тел, спинномозговых нарушениях.

### **Терапия**

Психотерапия, поведенческая терапия, в том числе секс-терапия. Эректоротерапия и лечение локальным отрицательным давлением.



## **Оргазмическая дисфункция (F52.3).**

### **Этиология**

Психогенные причины, в том числе страх утраты контроля над границами влечения, определяемые моральными запретами, страх беременности, кастрационный страх и инцестуозные переживания.

### **Распространенность**

По различным данным, от 5 до 15% к возрасту около 45 лет никогда ранее не испытывали оргазм.

### **Клиника**

Оргазм у некоторых женщин никогда не возникал ранее. Это сочетается со слабой выраженностью эротических фантазий. У других женщин он возникает только при мастурбации, но тормозится при обычном сношении. У мужчин и женщин оргазм может наблюдаться только во сне или при фантазировании в сочетании с мастурбацией. Иногда оргазм возникает во сне и при фантазировании с образами гомосексуальных партнеров.

### **Диагностика**

Оргазм не возникает или заметно задерживается — чаще отмечается у женщин, аноргазмия имеет чаще психогенный характер.

### **Дифференциальная диагностика**

Аноргазмия функциональной природы дифференцируется от аноргазмии при эндогенных психических расстройствах (депрессия, шизофрения) и органических аноргазмий.

### **Терапия**

Поведенческая терапия, психотерапия и психоанализ.



## **Преждевременная эякуляция (F52.4).**

### **Этиология**

Психогенные причины. Возможно возникновение при длительном воздержании, тревоге, боли. Включается в синдром парацентральной доли, в котором присутствуют, кроме преждевременной эякуляции, энурез в детстве и снижение ахилловых рефлексов.

### **Клиника**

При хорошей и удовлетворительной эрекции эякуляция возникает в тяжелых случаях до введения полового члена во влагалище, в более мягких вариантах пациент указывает на короткий период от введения полового члена до эякуляции, не позволяющий получить удовлетворение второму партнеру.

### **Диагностика**

Неспособность задерживать эякуляцию на период, необходимый для удовлетворения обоих партнеров полового акта.

### **Дифференциальная диагностика**

Следует дифференцировать с органическими, в том числе урологическими причинами расстройства.

### **Терапия**

Рефлекторная терапия, психотерапия, гармонизация отношений

## **Повышенное половое влечение (F52.7).**

### **Этиология**

Повышенное половое влечение у мужчин (сатириазис) и женщин (нимфомания) может быть связано со скрытой гомосексуальностью, которая препятствует установлению стойких симбиотических отношений с половым партнером; инцестузными мотивами, которые ведут к постоянному поиску идеального партнера; стремлением к гиперкомпенсации комплекса неполноценности; устойчивой тревогой, которая снимается половым актом.

### **Клиника**

Стремление к частым половым актам как изолированное расстройство, на которое пациент предъявляет жалобы в связи с тем, что в результате частых половых актов не удается достичь оргазма, или в результате стремления к новым сексуальным объектам разрушаются устойчивые семейные или партнерские связи.

### **Дифференциальная диагностика**

Следует дифференцировать с повышением полового влечения при лобной атрофии в среднем и позднем возрасте, эпизодами юношеской гиперсексуальности как физиологическими периодами, а также изменениями сексуальности при аффективных расстройствах. При лобной атрофии присутствуют другие симптомы социальной дисфункции, в частности усиливается эгоцентризм, возникает своенравная злоба или эйфория. Органика уточняется с помощью КТ и ЯМР исследований. При аффективных расстройствах можно выявить признаки депрессии или, чаще, мании.

### **Терапия**

Снижение полового влечения может быть достигнуто с помощью бромистого калия, бензодиазепинов, карбамазепина или лития, а также с помощью поведенческой терапии и психоанализа, методы которых направлены на усиление сублимационных процессов.

- Нормальное сексуальное  
поведение - это поведение,  
соответствующее возрастным и  
половозлевым онтогенетическим  
закономерностям данной  
популяции, осуществляемое в  
результате свободного выбора и не  
ограничивающее в свободном  
выборе партнера.

# F65 Расстройства сексуального предпочтения (парафилии).

Общими диагностическими критериями парафилий являются следующие:

- G1. Индивидууму свойственны периодически возникающие интенсивные сексуальные влечения и фантазии, включающие необычные предметы или поступки.
- G2. Индивидуум или поступает в соответствии с этими влечениями, или испытывает значительный дистресс из-за них.
- G3. Это предпочтение наблюдается минимум 6 месяцев.

Классификация аномального сексуального поведения (по А. А. Ткаченко, 1997):

- А. искажение влечения и способов его удовлетворения,** являющееся доведенным до гротеска, иногда и до качественного искажения тех элементов либидо и осуществления половой близости, которые в зачатке или в какой-то форме наличествуют в широкой норме:
- 1) Количественные изменения влечения: а) усиление полового влечения (сатириазис у мужчин, нимфомания, нимфоманическая фригидность у женщин); б) ослабление или угасание полового влечения.
  - 2) Аутоэротизм: нарцизм, патологический онанизм.
  - 3) Алголагнии: садизм, мазохизм, садо-мазохизм.
  - 4) Заместительные способы удовлетворения сексуального влечения, при которых сексуальное удовлетворение достигается вне полового акта: а) вуайеризм (визионизм, миксоскопия); б) фетишизм (включая пигмалионизм).

Б. **сексуальные перверзии**, представляющие собой качественное искажение влечения, "совершенно чуждое" нормальной половой жизни человека:

а) эксгибиционизм,

б) гомосексуализм (лесбианство, сафизм у женщин; активный гомосексуализм (с "мужской идентификацией"), пассивный гомосексуализм (с "женской идентификацией"); стадии развития;

в) трансвестизм,

г) педофилия.

В. **Перверзитеты (Fehlhaltungen)**: а) инцест, б) дон-жуанизм, в) содомия, г) фроттеризм, д) парадоксальные формы влечения: геронтофилия, пагизм, псевдолизм.

# Классификация К.И.Мелинского (1982):

## I. Сексуальные отклонения

- А. В отношении объекта: 1) педофилия; 2) геронтофилия; 3) зоофилия; 4) фетишизм; 5) трансвестизм; 6) прочие. Б.
- По способу реализации: 1) садизм; 2) мазохизм; 3) эксгибиционизм; 4) вуайеризм; 5) прочие. В.
- Нетипичные: 1) гомосексуализм; 2) транссексуализм; 3) кровосмешение.
- II. Патологические сексуальные отклонения
- А. Прогрессирующие формы (половые извращения).
- Б. Импульсивные формы.