



# ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՍԵՔՍՈԼՈԳԻԱ

•• Արամ Հակոբյան    Նարինե Ներսիսյան ••

ԳՏ 616.89-008.442(07)  
 ԳՄԴ 51.204.5 ց73  
 Հ 177

Գրախոս՝ պրոֆ.

Հ 177 Կլինիկական սեքսոլոգիա

**ԽՄԲԱԳԻՐՆԵՐ՝** Արամ Հակոբյան, Նարինե Ներսիսյան  
**ՀԵՂԻՆԱԿԱՅԻՆ ԽՈՒՄԲ՝** Արամ Հակոբյան (բժշկական գիտությունների դոկտոր, ԵՊԲՀ Կլինիկական սեքսոլոգիայի ամբիոնի վարիչ, ՀՀ ԱՆ գլխավոր սեքսոպաթոլոգ), Նարինե Ներսիսյան, Արսեն Գրիգորյան (ԵՊԲՀ Կլինիկական սեքսոլոգիայի ամբիոնի ասիստենտներ), Ռուզաննա Ազատյան, Մարատ Զաքարյան (բժշկական գիտությունների թեկնածու), Սևադա Հակոբյան, Վրեժ Շահրամանյան

**ՀԱՍՏԱԿԱՐԳՉԱՅԻՆ ՁԵՎԱՎՈՐՈՒՄԸ՝** Վարդան Վարդանյանի  
**ՏԵՆՆԻԿԱԿԱՆ ԽՄԲԱԳԻՐ ԵՎ ՍՐԲԱԳՐԻՉ՝** Կարո Վարդանյան

Դասագրքում հանգամանորեն ներկայացված են սեքսոլոգիայի ժամանակակից ձեռքբերումները, սեռական զարգացման մարմնասեռական և հոգեսեռական ասպեկտները, սեքսուալության դրսևորումները, սեռական խանգարումները և աններդաշնակությունները, սեռական օրգանների բորբոքային հիվանդություններով պայմանավորված սեռական խանգարումները:

Դասագիրքը նախատեսված է բժշկական համալսարանի բարձր կուրսերի ուսանողների, բժիշկ-սեքսոլոգների համար: Այն կարող է օգտակար լինել նաև հարակից մասնագետների՝ հոգեբույժների, նյարդաբանների, գինեկոլոգների, ուռուլոգների, էնդոկրինոլոգների, ինչպես նաև սոցիոլոգների, սոցիալ-հոգեբանների, հոգեբանների համար:

4105010000  
 Հ  $\frac{4105010000}{0066(01)-2003}$  2003

ԳՄԴ 51.204.5ց73

ISBN 99930-926-6-5

© Հեղինակային խումբ, 2006

## ՀԵՂԻՆԱԿԱՅԻՆ ԽՄԲԻ ԿՈՂՄԻՑ

Սեքսոլոգիան (սեռագիտությունը) սեռը և սեքսուալությունը (սեռականությունը) ուսումնասիրող միջգիտաճյուղային ոլորտ է, որը թերևս կարելի է հանրագիտարանային կոչել՝ այն առումով, որ այն ընդգրկում է խնդրի մոտեցման բժշկական, հոգեբանական, սոցիոլոգիական, անթրոպոլոգիական, պատմական, մշակութային, իրավական, կրոնական, գրական, գեղարվեստական տեսանկյուններ:

Եթե խնդրին նայելու լինենք զուտ բժշկական տեսանկյունից (ինչով և զբաղվում է կլինիկական սեքսոլոգիան), ապա դժվար չէ նկատել, որ սեռին և սեռական ֆունկցիային վերաբերող հարցերը ներառվում են միաժամանակ բժշկական մի քանի ճյուղերի շրջանակներում: Առավել արդյունավետ է բժշկագիտության մի քանի բնագավառների մասնագետների ջանքերի և ձեռքբերումների համատեղումը՝ սեռական խանգարումների պատճառագիտությունը, ախտաձագումը պարզաբանելու, հետազոտական աշխատանքներ իրականացնելու և բուժման արդյունավետ մեթոդներ մշակելու համար: Սեռական խանգարումը իբրև յուրահատուկ բժշկական մոտեցում պահանջող խնդիր դիտարկելը, տրամաբանորեն հանգեցրեց բժշկագիտության նոր, ինքնուրույն ճյուղի՝ կլինիկական սեքսոլոգիայի ստեղծմանը, որն ուսումնասիրում է սեռական գործունեության վրա բացասաբար անդրադարձող բազմաթիվ և բազմաբնույթ գործոնները և դրանց ախտաձին ազդեցությունը, մշակում է սեռական խանգարումների ախտորոշման, բուժման և կանխարգելման արդյունավետ մեթոդներ:

Բժշկության ոչ մի այլ բնագավառում այցելուի հետ աշխատանքը այնքան հազեցած չէ անձնական-զգացմունքային տարրերով, որքան սեքսուալության հետ գործ ունենալիս: Եվ քանի որ սեռական ոլորտը խիստ անձնական և ինտիմ բնույթ է կրում, այդ մասին խոսելիս անհարմարավետության զգացում կարող է առաջանալ սկսնակ բժիշկ-սեքսոլոգների և մասնավանդ՝ ուսանողների մոտ: Նշված դժվարությունը հաղթահարելու համար պահանջվում է սեռագիտության որոշակի սահմանային գիտելիքների պաշար: Դժվարություններից մյուսը սեռական ոլորտի լեզուն է, քանի որ այստեղ առկա է արտահայտված երկփեղկվածություն՝ մասնագիտական տերմինաբանության և առօրյա կյանքում սեռական գործունեությունը բնորոշող կենցաղային լեզվի միջև: Սեռական հարցերի քննարկումը պահանջում է հանդարտ, անկաշկանդ վերաբերմունք և հարմարավետության զգացում՝ ինչպես քննարկվող հարցերի բնույթի, այնպես էլ արտահայտչաձևերի նկատմամբ, քանի որ սեռական խանգարումով և սեռական դժվարություններով այցելուները հաճախ բացատրվում են իրենց մատչելի կենցաղային լեզվով:

Մյուս հանգամանքը, որ առանձնացնում է սեռագիտությունը այլ բժշկական բնագավառներից, այցելուի և բժշկի արժեքային համակարգերի հնարավոր տարբերությունն է, որն անհրաժեշտաբար պետք է հաշվի առնել սեռական խանգարումների հետ գործ ունենալիս: Բժշկի կողմից այդ հանգամանքի անտեսումը կարող է անուղակիորեն ազդել բուժման ընթացքի վրա:

Վերջապես, կլինիկական սեքսոլոգիան միակ բժշկական բնագավառն է, որտեղ ներկայացվող գանգատի մեջ շատ հաճախ ուղղակիորեն կամ անուղղակիորեն արտացոլվում են երկու անձնավորության համակարգային դրսևորումներ, քանի որ սեռական ֆունկցիան գույգային ֆունկցիա է:

Սեռական խանգարումներին վերաբերող հայալեզու գրականությունը սահմանափակվում է մեր իսկ կողմից հրատարակված «Սեքսուաթոլոգիա և ռեպրոդուկտոլոգիա» ուսումնական ձեռնարկով, որը մեծ արձագանք գտավ ոչ միայն ԵՊԲՀ-ի ուսանողների, այլև ընթերցասերների լայն շրջանում: Այն փոքրածավալ է և բավարար չէ սեռական առողջության մասին համընդգրկուն և խորը պատկերացում կազմելու համար, ուստի այս ձեռնարկը կոչված է լրացնելու նախորդին և ժամանակակից տեսանկյունով ներկայացնելու սեռական առողջության մասին պատկերացումները: Այստեղ տեղ են գտել այնպիսի թեմաներ, որոնք երբևիցե չեն արժարժվել, սակայն միշտ բուռն հետաքրքրություն են առաջացրել:

Ձեռնարկում ներկայացված է սեռական խանգարումների նոր դասակարգումը, հանգամանակից շարադրված են պատճառագիտության, ախտածագման, ախտորոշման, բուժման հարցերը, ինչպես նաև տղամարդու անպտղության խնդիրը:

Ձեռնարկը նախատեսված է բժշկական համալսարանի ուսանողների, սեքսոլոգների, հոգեբանների, հոգեբույժների, հոգեթերապևտների, սոցիոլոգների և այլ մասնագետների համար:

Անչափ շնորհակալ կլինենք ձեռնարկի վերաբերյալ կարծիքների, հիմնավորված դիտողությունների, նոր առաջարկությունների համար:

Մեր երախտագիտությունն ենք հայտնում վաստակավոր անդրոլոգ-սեքսոլոգ, բժշկական գիտությունների թեկնածու Ռոբերտ Միսակի Դավթյանին՝ մասնագիտական աջակցության, ճշմարիտ խորհուրդների և հոգատարության համար:

Շնորհակալություն Վահան Գևորգյանին և Ստեփան Շահինյանին, ովքեր անսպառ ոգեշնչում են պարգևել շնորհակալություն բոլոր ազնիվ և հավատարիմ ընկերներին, ովքեր մեր կողքին են եղել:

**ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ**

ՀԵՂԻՆԱԿԱՅԻՆ ԽՄԲԻ ԿՈՂՄԻՑ ..... 3

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒԹՅՈՒՆ ..... 5

ԳԼՈՒԽ 1. ՊԱՏՄԱԿԱՆ ԱԿՆԱՐԿ ...Ա. Հակոբյան ..... 8

ԳԼՈՒԽ 2. ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՍԵՔՍՈԼՈԳԻԱՅԻ ԱՌԱՐԿԱՆ ԵՎ  
ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ ...Ա. Հակոբյան ..... 15

    Սեքսոլոգիայի կայացման փուլերը ..... 16

ԳԼՈՒԽ 3. ՍԵՌԱԿԱՆ ՅԻԿԼԻ ՖԻԶԻՈԼՈԳԻԱՆ ...Ն. Ներսիսյան ..... 19

ԳԼՈՒԽ 4. ՍԵՔՍՈՒԱԼՈՒԹՅԱՆ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ԴՐՍԵՎՈՐՈՒՄՆԵՐԸ 26

    ՍԵՌԱԿԱՆ ՑԱՆԿՈՒԹՅՈՒՆ ...Ն. Ներսիսյան ..... 26

        Լիբիդոյի զարգացման տեսությունները ..... 30

        Սեռական ցանկության տարիքային դինամիկան և ուժգնության  
տատանումները ..... 34

    ՍԵՌԱԿԱՆ ԳՐԳՌՈՒՄ... Ա. Գրիգորյան ..... 36

        Տղամարդու էրեկցիա ..... 37

        Կանանց սեռական զրգռում-լյուբրիկացիա ..... 42

    ՀԵՇՏԱՆԲ... Ն. Ներսիսյան ..... 46

ԳԼՈՒԽ 5. ՄԱՐՄՆԱՍԵՌԱԿԱՆ ԶԱՐԳԱՅՈՒՄ ...Ն. Ներսիսյան ..... 50

    Վաղաժամ մարմնասեռական զարգացում... Ռ. Ազատյան ..... 55

    Ուշացած մարմնասեռական զարգացում... Ռ. Ազատյան ..... 56

ԳԼՈՒԽ 6. ՀՈԳԵՍԵՌԱԿԱՆ ԶԱՐԳԱՅՈՒՄ ...Ն. Ներսիսյան ..... 58

    Հոգեսեռական զարգացման տեմպի խանգարումներ... Ռ. Ազատյան ..... 73

        Վաղաժամ հոգեսեռական զարգացում ..... 73

        Հոգեսեռական զարգացման հապաղումներ և ուշացումներ ..... 74

ԳԼՈՒԽ 7. ՆՈՐՄԱ ՀԱՍԿԱՅՈՒԹՅՈՒՆԸ ՍԵՔՍՈԼՈԳԻԱՅՈՒՄ ...Ա.  
Հակոբյան, Ն. Ներսիսյան ..... 77

    Սեռական առողջություն ..... 77

    Նորմա հասկացությունը սեքսոլոգիայում ..... 78

    Սեռական կոնստիտուցիա ..... 79

    Սեքսուալ դրսևորումների տարիքային դինամիկան ..... 83

    Հոմոսեքսուալիզմ ..... 85

ԳԼՈՒԽ 8. ՍԵՌԱԿԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ ...Ա. Հակոբյան, Ն. Ներսիսյան ... 90

    Սեռական խանգարումների դասակարգումը ..... 90

    Սեռական խանգարումների էթիոպաթոգենեզը ..... 99

ԳԼՈՒԽ 9. ՍԵՔՍՈՒԱԼ ՅԻԿԼԻ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ ...Ա. Հակոբյան, Ն.  
Ներսիսյան ..... 104

    ՍԵՌԱԿԱՆ ՑԱՆԿՈՒԹՅԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ ..... 104

        Սեռական ցանկության նվազում ..... 104

        Սեքսուալ ավերսիա ..... 116

<i>Գերակտիվ սեռական ցանկություն</i> .....	117
Սեռական զրգոման խանգարումներ .....	118
<i>Կանանց սեռական զրգոման խանգարում</i> .....	118
<i>Տղամարդու էրեկտիլ դիսֆունկցիա</i> .....	125
Հեշտանքի խանգարումներ .....	131
<i>Կանանց հեշտանքի խանգարում</i> .....	131
<i>Տղամարդու հեշտանքի խանգարում</i> .....	136
<i>Վաղաժամ սերմնաժայթքում</i> .....	140
Սեռական ցիկլի ցավային խանգարումներ ... <i>Ռ. Ազատյան</i> .....	144
<i>Վազինիզմ</i> .....	144
<i>Դիսպարեունիա</i> .....	146
<i>Ցավ սերմնաժայթքման ժամանակ</i> .....	150
<b>ԳԼՈՒԽ 10. ՍԵՌԱԿԱՆ ՆՈՒՅՆԱՅՄԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ ...Ա.</b>	
<i>Հակոբյան, Ն. Ներսիսյան</i> .....	152
Տրանսսեքսուալիզմ .....	152
Երկդեր տրանսվեստիզմ .....	155
Երեխաների սեռական նույնացման խանգարում .....	155
<b>ԳԼՈՒԽ 11. ՍԵՌԱԿԱՆ ՆԱԽԸՆՏՐՈՒԹՅԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ ...Ռ.</b>	
<i>Ազատյան</i> .....	157
Ֆետիշիզմ .....	158
Ֆետիշային տրանսվեստիզմ .....	159
Էքսիբիցիոնիզմ .....	160
Վուայերիզմ .....	160
Պեդոֆիլիա .....	161
Սադոմազոխիզմ .....	162
<b>ԳԼՈՒԽ 12. ՍԵՌԱԿԱՆ ՉԱՐԳԱՅՄԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ ...Ա.</b>	
<i>Հակոբյան, Ն. Ներսիսյան</i> .....	164
Սեռական հասունացման խանգարումներ .....	164
Էզոդիստոնիկ հոմոսեքսուալիզմ .....	164
<b>ԳԼՈՒԽ 13. ՍԵՋՍՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ՀԵՏԱՉՈՏՈՒԹՅՈՒՆ ...Ռ. Ազատյան, Ն. Ներսիսյան</b> .....	168
<b>ԳԼՈՒԽ 14. ՍԵՌԱԿԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐԻ ԿԱՐԳԱՎՈՐՄԱՆ ԵՎ ԲՈՒԺՄԱՆ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՄԵԹՈԴԻԿԱՆ ...Մ. Չաքարյան</b> .....	175
Սեռական խանգարումների հոգեթերապիան .....	175
Սեռական խանգարումների դեդորալքային բուժումը .....	177
<b>ԳԼՈՒԽ 15. ԱՄՈՒՄՆԱԿԱՆ ՉՈՒՅԳԵՐԻ ՍԵՌԱԿԱՆ ԱՆՆԵՐԴԱՐՈՒՄՆԵՐԻ ՍԵՐԱԿԱՆ ...Մ. Չաքարյան</b> .....	178
Դասակարգումը ըստ Գ.Լ.Բուրտյանսկու և Վ.Վ.Կրիշտալի .....	178
1. <i>Ամուսինների սոցիալ-հոգեբանական անհարմարվողականություն</i> .....	178
2. <i>Ամուսինների սեռավարքային անհարմարվողականություն</i> .....	179

3. Մեռական աններդաշնակության դեզինֆորմացիոն- գնահատողական տարբերակ .....	179
Ամուսիններից մեկի մոտ առկա սեռական խանգարման հետևանքով առաջացած աններդաշնակություն .....	179
4. Տղամարդու պոտենցիայի խանգարման հետևանքով առաջացած սեռական աններդաշնակություն .....	180
5. Կնոջ սեռական ֆունկցիայի խանգարման հետևանքով առաջացած սեռական աններդաշնակություն .....	180
Մեռական աններդաշնակությունների հոգեթերապևտիկ կարգավորումը .....	180
<b>ԳԼՈՒԽ 16. ՄԵՌԱԿԱՆ ՕՐԳԱՆՆԵՐԻ ԲՈՐԲՈՔԱՅԻՆ</b> <b>ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՎ ՊԱՅՄԱՆԱՎՈՐՎԱԾ ՄԵՌԱԿԱՆ</b> <b>ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ ...Ս. Հակոբյան</b> .....	183
Մեռական խանգարումներ տղամարդկանց խրոնիկական բորբոքային հիվանդությունների ժամանակ .....	184
Մեռական խանգարումներ կանանց խրոնիկական բորբոքային հիվանդությունների ժամանակ .....	185
<b>ԳԼՈՒԽ 17. ՀԵՐԱՆՏՈՍԵՔՍՈԼՈԳԻԱ ...Ռ. Ազատյան</b> .....	187
<b>ԳԼՈՒԽ 18. ՄԵՌԱԿՐԹՈՒԹՅԱՆ ՀԻՄՈՒՆՔՆԵՐԸ ...Վ. Շահրամանյան</b> 192 Առնականության և կանացիության դաստիարակումը .....	192
Մեռակրթության սկզբունքները .....	196
Ընտանեկան կյանքին նախապատրաստելը .....	200
<b>ԳԼՈՒԽ 19. ՏՂԱՄԱՐԴՈՒ ԱՆՊՏՂՈՒԹՅՈՒՆ ...Ա. Հակոբյան</b> .....	202
Տղամարդու ռեպրոդուկտիվ համակարգը .....	202
Անպտուղ տղամարդու կլինիկական հետազոտում .....	205
Անպտղության պատճառները .....	207
Պրետեստիկուլյար խումբ .....	207
Տեստիկուլյար պատճառներ .....	209
Անպտղության պոստտեստիկուլյար պատճառներ .....	211
Անպտուղ տղամարդու լաբորատոր հետազոտություններ .....	211
Մերմի հետազոտություն .....	211
Հակասպերմ-հակամարմին տեստ .....	213
Հորմոնալ հետազոտություններ .....	213
Սոնոգրաֆիկ հետազոտություն .....	213
Միջամտություններ .....	214
Ամորձու քիռպսիա .....	214
<b>ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՅԱՆԿ</b> .....	215

## **ԳԼՈՒԽ 1** **ՊԱՏՄԱԿԱՆ ԱԿՆԱՐԿ**

Սեքսուոգիայի զարգացման պատմությունը բժշկության պատմության հետաքրքիր էջերից է: Հետադարձ հայացք նետելով սեքսուոգիայի անցած ուղուն, տեսնում ենք, որ սեռականությունն ուսումնասիրող առաջին աշխատությունները, որոնցում արժարժված են սեռական վարքի խանգարումները, պատկանում են հոգեբույժների գրչին: Այս հանգամանքը կարելի է բացատրել նրանով, որ պրակտիկ գործունեության ընթացքում սեռականության դրսևորման արտասովոր ձևերի հետ առնչվում էին հենց հոգեբույժները: Բացի այդ, պատմական այդ ժամանակաշրջանում վճռորոշ դեր ունեւր կրոնաբարոյախոսական քննադատությունը, որից քիչ թե շատ գերծ էին մնում միայն հոգեբուժական կլինիկաները:

Միջնադարյան բարոյախոսությունն ամբողջովին համակված էր հակասեքսուալ տրամադրվածությամբ: Սեռական կյանքին և ընդհանրապես մարմնականին առնչվող ամեն ինչ համարվում էր անմաքուր և անպարկեշտ, որոնց մասին մտածելը, առավել ևս՝ բարձրաձայն խոսելը պատիվ չէր բերում բարեկիրք մարդկանց:

Սեքսուոգիան իբրև գիտություն բուռն զարգացում ապրեց միայն 19-րդ դարի վերջում՝ կենսաբանական և սոցիալական գիտությունների համալիր զարգացման շնորհիվ: Մյուս կողմից, այս ժամանակաշրջանում հնարավոր եղավ հաղթահարել եկեղեցու դաժան և քաղքենիական կեղծ բարեպաշտության դիմադրությունը:

Առաջ քաշվեց կանանց և տղամարդկանց քաղաքական, տնտեսական և սեքսուալ իրավահավասարության գաղափարը, ամուսնության և ամուսնալուծության հարցերի կառավարումը ձերբազատվեց եկեղեցու իշխանությունից, ուժը կորցրած ճանաչվեցին հակաբեղմնավորիչների կիրառումը և աբորտները արգելող օրենքները, միայնակ մայրերի և «սայօրինի» զավակների իրավունքների պաշտպանությունը դարձավ կարևոր խնդիր:

1960-ականներին, էնդոկրինոլոգիայի բուռն զարգացման հետ, հրապարակ հանվեցին գիտական աշխատություններ, որոնցում սեռականության գնահատման գերիշխող չափանիշ էր համարվում հորմոնալ գործունը, հատկապես անդրոգենների քանակությունը արյան պլազմայում: Հոգեվիճակը, սեռական հակումը և անգամ վարքը դիտարկվում էին որպես տեստոստերոնի մակարդակով պայմանավորված դրսևորումներ: Դա բերեց սեռական խանգարումների բուժման նպատակով տեստոստերոնի ոչ ռացիոնալ նշանակմանը: Մինչև 1974 թ. տեստոստերոն պարունակող պրեպարատները լայնորեն օգտագործվում էին սեռական խանգարումով հիվանդների կողմից: Սակայն շուտով լույս տեսան մի շարք քննադատական հրապարակումներ, որոնք հերքում էին հորմոնալ համակարգի ուղղակի և անմիջական ազդեցությունը սեռական ֆունկցիայի վրա, քանի որ սեռական խանգարում ունեցող հիվանդների մանրակրկիտ քննությունը չի բացահայտում նյարդաէնդոկրին համակարգի որևէ լուրջ շեղում: Այն եզակի դեպքերը, երբ սեռական գործառնության նյարդահումորալ բաժինը թերանում է իր ֆունկցիայի



մեջ, հետևանք են ժամանակին մանկաբույժների կողմից չախտորոշված ախտաբանական վիճակի: Ինչպես նշում է Գ.Ս. Վասիլչենկոն, սեռական գործառնության նյարդահումորալ բաղադրիչը վերջնականորեն ձևավորվում է սեռական հասունացման ավարտին: Կանխորոշված հենքի, այն է՝ ուղեղի խորքային կառույցների և հորմոնալ համակարգի հիման վրա սեռահասունացման տարիքում կառուցվում է սեռականության վերջնական բովանդակությունը: Այսպես, սեռականության այնպիսի դրսևորումը, ինչպիսին է սեռական հակումը, ունի երկու բնութագրիչ՝ որակական և քանակական: Հորմոնալ պատրաստուկների նշանակումը լավագույն դեպքում ազդում է սեռական հակման քանակական, բայց ոչ երբեք՝ որակական կողմի վրա, ինչի ապացույցն է հոմոսեքսուալ սեռական կողմնորոշման փոխման անհնարինության փաստը՝ տեսաուստերոնի նույնիսկ գերդոզաների ազդեցության տակ:

1977 թ. Ի.Ֆ. Յունդան հիմնավորում է հիպոթալամո-հիպոֆիզար համակարգի կարգավորող, կանոնավորող գործունեության կապը միզասեռական համակարգի հետ: Նեղ մասնագիտությամբ լինելով ուռուղզ, նա փորձեր է անում դուրս գալ «ռեզուկցիոնիզմի» (ըստ Գ.Ս. Վասիլչենկոյի) շրջանակներից: Չթերագնահատելով սեռական համակարգի առողջ գործունեության համար անհրաժեշտ հորմոնների ակտիվության դերը, նա միևնույն ժամանակ սեռական խանգարումների ողջ շրջանակը միանշանակորեն չէր կապում շագանակագեղձի ախտահարման հետ, ինչպես դա անում էին իրենց «ուռոսեքսուոլզ» համարող որոշ բժիշկներ:

70-80-ական թվականները նշանավորվում են էնդոկրինոլոգիայի դերի նվազմամբ, քանի որ հորմոնալ պատրաստուկների ոչ ռացիոնալ կիրառման հետևանքով առաջացած կողմնակի բացասական երևույթները ակնհայտ էին: Սեռական խանգարումների առաջացման ախտածնության մեջ հիմնավորվեց միզասեռային որոշ հիվանդությունների, մասնավորապես շագանակագեղձի և սեռային հավելյալ գեղձերի հիվանդությունների գերակայությունը: Սա պարարտ հող ստեղծեց բժշկագիտության այնպիսի ճյուղի հիմնավորման և հաստատման համար, ինչպիսին է կոնսերվատիվ ուռուղզիան, որի հիմնական պնդումներից էր սեռական օրգանների ցանկացած ախտահարման ժամանակ սեռական խանգարման անխուսափելիությունը: Ընդ որում, սեռական խանգարման ախտածնության մեջ դեր է խաղում ինչպես բուն օրգանական վնասվածքը, այնպես էլ հոգեբանական գործոնը՝ հիվանդության առկայության գիտակցման և ողբերգականացման հետևանքով: Օրինակ կարող է ծառայել կալկուլյոզ պրոստատիտի դեպքում սեռական հակման իջեցումը: Բժիշկ-ուռուղզի մտածողությունը ձևավորվում է իր մասնագիտության շրջանակներում, որը ըստ էության վիրաբուժական է: Դա հաճախ հղի է սեռական ֆունկցիայի ապահովման գործում հոգեբանական, սոցիալական, վարքային գործոնների թերագնահատման, երբեմն անգամ լրիվ անտեսման վտանգով, մի մոտեցում, որից գերծ է թերապևտի, և առավել ևս՝ հոգեբույժի մտածողությունը: Այլ խոսքերով ասած, բուժման շեշտը դրվում է օբյեկտիվ հիվանդության մեխանիկական վերացման, այլ ոչ այցելուի սուբյեկտիվ բարեկեցության վերականգնման վրա: Իհարկե, կան բժիշկներ, որոնք ուռուղզիական բուժական

միջոցառումներին զուգահեռ՝ կիրառում են հոգեթերապիայի տարբեր մեթոդներ՝ ազդելով անձի հոգեբանության և վարքի վրա:

Ներկայումս սեքսոլոգիան ծանր ժամանակաշրջան է ապրում: Մի կողմից՝ բժշկական ապահովագրությունը այլևս ի գործ չէ ծածկելու բուժման և ախտորոշման հետ կապված ծախսերը, մյուս կողմից՝ փոփոխություններ են տեղի ունենում ուռուլոգիայի և անդրոլոգիայի բովանդակային և սկզբունքային մոտեցումներում:

Սեքսոլոգիական օգնության դիմող այցելուների մեջ մեծ տոկոս են կազմում այնպիսիք, որոնք իրենց սեռական խանգարումը կապում են տարած վեներական վարակի հետ: Ներկայումս փոխվել են սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունների (ՄՃՓՀ) տարածման դեմ պայքարի միջոցառումների ուղղությունները: Եթե նախկինում պայքար էր տարվում վարքային շտկումների՝ մոնոգամիայի և սեռական ձեռնպահության խրախուսման ուղղությամբ, ապա այսօր, պոլիգամիայի տարածման կապակցությամբ՝ մեծ կիրառություն են ստացել ՄՃՓՀ-ներից պաշտպանման միջոցները: Լայն տարածում է ստացել պահպանակների և հակաբեղմնավորիչ հաբերի գովազդումը, որը բժշկական սեքսոլոգիայի խնդիրների շրջանակը նեղացրել է մինչև ընտանիքի պլանավորման և վերարտադրողական առողջության պահպանման մակարդակը: Այդ սահմանափակման մասին են վկայում վերջին 10 տարիների ընթացքում տպագրված բազմաթիվ հոդվածներ, որոնք վերաբերում են միջազգային գործակալությունների կողմից ֆինանսավորվող ծրագրերի արդյունքներին: Այդ ծրագրերում միտում կա նույնացնելու սեռական գործունեության պրոկրետատիվ և ռեկրետատիվ կողմերը, որոնք իրենց խորքում արմատապես տարբեր են: Այստեղ, իհարկե, դեր է խաղում մարդու վերարտադրողական ֆունկցիային գինեկոլոգիական մենաշնորհային մոտեցումը և գերիշխող ազդեցությունը այն կարծիքի, որ գույզի անպտղության գործում հիմնական «մեղավորը» կինն է:

Բժիշկ-սեքսոլոգը պրակտիկ գործունեության ընթացքում բախվում է սեռական օրգանների խրոնիկ բորբոքային հիվանդությունների հետևանքով առաջացած սեռական խանգարումների հետ: Քանի որ վեներոլոգի կամ ինֆեկցիոնիստի գլխավոր նպատակը ինֆեկցիոն ազենտի հեռացումն է, ապա սեռական ֆունկցիայի վերականգնմանը ինքնըստինքյան տրվում է երկրորդական դեր: Սեռական խանգարման առաջացման առաջնային պատճառի շուրջ հաճախ են բանավեճեր ծագում: Զննարկվում են ինֆեկցիոն ազենտի ազդեցության բոլոր հնարավոր տարբերակները՝ անտեսելով դեռևս Հիպոկրատի ժամանակներից ճանաչված բժշկական գործունեության հիմնական սկզբունքը՝ ոչ միայն ֆիզիկական, այլ նաև հոգեկան բարեկեցության աներկբա անհրաժեշտությունը: Սեքսոլոգիական գանգատների յուրահատկություններից է հոգեկան ապրումների ներգրավումը: Այդ գանգատների վերացմանն ուղղված աշխատանքները ենթակա են ձախողման, եթե անտեսվի այցելուի սուբյեկտիվ ինքնազգացողության վերականգնումը:

Եվ այսպես, մինչ օրս սեքսոլոգիան զբաղվում է գլխավորապես պաթոլոգիայով, ընդ որում բժշկագիտության յուրաքանչյուր բաժին ուսումնասիրում է խնդիրը իր տեսանկյունից:

Նախկինում նորմալ սեռական վարքը չէր համարվում բացատրություն պահանջող և խնդիրներ հարուցող երևույթ: Նորմալ սեռական վարքի մասին դատողություններ արվում էին՝ ելնելով սեռական խանգարումների ուսումնասիրումից: Իսկապես, ու՞մ և ի՞նչը համարել նորմա: «Նորմա» հասկացությունը կենսաբանության և բժշկության մեջ *բազմիմաստ է*: Նախևառաջ, նորման վիճակագրական միջինն է, այն ցուցանիշը, որն ամենից հաճախ է հանդիպում: Ընդ որում, դա ոչ միայն միջին վիճակագրական թիվ է, այլ նաև այդ թվի որոշակի սահմանների տատանումները:

Առաջներում գիտնականները չգիտեին, թե որոնք են սեռական վարքի վիճակագրական նորմաները և թե ինչպիսին է մարդկանց սեռական վարքի նկարագիրը կլինիկայից դուրս: Այդ տվյալները ձեռք բերելու համար անհրաժեշտ էր իրականացնել զանգվածային հարցումներ: Նմանատիպ հարցումներ առաջին անգամ իրականացվել են XX դարի սկզբում՝ Մագնուս Հիրշֆելդի նախաձեռնությամբ:



Ալֆրեդ Կինգի

Սակայն իսկական հեղափոխությունը այդ գործում կապված է ամերիկացի գիտնական Ալֆրեդ Կինգիի անվան հետ: Նա անց է կացրել 19 հազար հարցազրույց, որոնցից յուրաքանչյուրը պարունակում էր 350-ից 520 հարց: Դրանց արդյունքները նա հրատարակ հանեց «Տղամարդու սեռական վարքը» (1948) և «Կնոջ սեռական վարքը» (1953) երկհատորյակով, որոնք սեքսոլոգիայի համար բացեցին նոր հորիզոններ և ուսումնասիրման լայն շրջանակ:

1940-1960 թթ.-ին սեքսոլոգիայի հիմնական խնդիրը գիտականորեն ապացուցված, հավաստի տվյալների կուտակումն էր՝ այս բնագավառում տիրող դիլետանտությունը հաղթահարելու նպատակով: Սա հնարավոր էր միայն սեփական մեթոդոլոգիական մոտեցումների մշակման պարագայում, քանի որ գիտության յուրաքանչյուր ճյուղ կարող է կայանալ և զարգանալ, եթե ունի մեթոդոլոգիական սեփական մոտեցումներ: Առաջ քաշվեց սեռական հարաբերության լաբորատոր ուսումնասիրման գաղափարը: Ամերիկացի գիտնականներ Ու. Մաստերսը և Վ. Ջոնսոնը առաջինն էին, որ լաբորատոր պայմաններում ուսումնասիրեցին 7500 ավարտուն կանացի և 2500 տղամարդու սեքսուալ ցիկլեր՝ օբյեկտիվորեն գրանցելով ֆիզիոլոգիական յուրաքանչյուր փոփոխություն: Առաջին անգամ հնարավոր դարձավ օբյեկտիվ նկարագրել սեքսուալ ցիկլի ֆիզիոլոգիան: Դրա հիման վրա Ու. Մաստերսը և Վ. Ջոնսոնը մշակեցին գույգային սեքս-



Ու. Մաստերս

Վ. Ջոնսոն

թերապիայի սկզբունքները:

Խորհրդային կարգերի օրոք, ինչպես միութենական մյուս հանրապետություններում, այնպես էլ Հայաստանում սեռական կյանքին վերաբերող խնդիրները ևս գտնվում էին իշխող գաղափարախոսության ազդեցության ներքո: 1930-1956 թթ. տոտալիտարիզմի ռեժիմի ներքո ընտանիքի ձևավորման և ամրության խնդիրները որոշվում էին հրամայողական եղանակով. հաստատված էր համընդհանուր հսկողություն անձի նկատմամբ, ժխտվում և

ճնշվում էր սեքսուալությունը: 1956-1986 թթ. տոտալիտարիզմի փոխարինումը ավտորիտարիզմով բերեց որոշակի անհատական ազատության: Այս ժամանակաշրջանում սեքսուալության ուղղակի ճնշումը և ժխտումը փոխարինվեց այն կառավարելի դարձնելու և վերահսկելու ռազմավարությամբ: Խորհրդային իշխանության փլուզումից հետո սեռական կյանքի դրսևորումները միանգամից հայտնվեցին ամենաթողության դաշտում, սեքսը վուլգարացվեց և դարձավ կոմերցիոն շահարկումների առարկա:

Խորհրդային սեքսուոլոգիայի կայացման գործում մեծ դեր է խաղացել Գ.Ս. Վասիլչենկոն, ում գլխավորությամբ Մոսկվայում 1973թ.-ին հիմնվեց սեքսուաթոլոգիայի համախորհրդային գիտամեթոդական կենտրոնը: Վասիլչենկոյի հետևողական ջանքերի շնորհիվ Խորհրդային Միությունում ևս սեքսուաթոլոգիան դարձավ բժշկական ինքնուրույն ճյուղ: Այս դիրքերից գրվեցին սեքսուաթոլոգիայի առաջին ռուսերեն ձեռնարկները բժիշկների համար. «Ընդհանուր սեքսուաթոլոգիա» (1977թ.) և «Մասնավոր սեքսուաթոլոգիա» (1983թ.): Սեքսուաթոլոգիայի շրջանակներում քննարկվում էին նաև նորմալ սեքսուալության հարցերը: Սեքսուալությունը կառավարելի դարձնելու և վերահսկելու միտումը, որ գերիշխող ռազմավարություն էր այդ ժամանակաշրջանում, իր արտացոլումն է գտել վերոնշյալ ձեռնարկներում:

Սակայն սեքսուաթոլոգիան, որպես ինքնուրույն բժշկական գիտաճյուղ, խորհրդային բժշկության մեջ մնում էր խորթ զավակի դերում: Եվ միայն 80-ականներին Լենինգրադի, Խարկովի և Մոսկվայի բժիշկների վերապատրաստման ինստիտուտներում բացվեցին հատուկ կուրսեր, որոնց նպատակն էր բժիշկ-սեքսուոլոգների պատրաստումը և վերապատրաստումը:

Սեքսուոլոգիան և սեքսուաթոլոգիան Հայաստանում դեռ գտնվում են ձևավորման փուլում: Առայժմ դրանք առավելապես կրում են ռուսական դպրոցների՝ Վասիլչենկոյի և Կրիշտալի սեքսուոլոգիական հայացքների ազդեցությունը:

Հայաստանում առաջին անգամ սոցիոլոգիական հարցում իրականացվել է 1960 թ.-ին, Ս.Ս. Թորոսյանի կողմից: Լինելով ներպաթոլոգ, Թորոսյանի ուշադրությունը ավելի շատ սևեռված էր այն սեռական խանգարումների վրա, որոնք իրենց հիմքում ունեին ներոլոգիական գործոններ:

Սեռական խանգարումներով այցելուների մեկ այլ ստվար խումբ գտնվում էր ուռոլոգիական բաժանմունքներում: 1973թ.-ին Երևանի 3-րդ քաղաքային հիվանդանոցի բազայի հիման վրա բացվեց կոնսերվատիվ ուռոլոգիայի և սեքսուաթոլոգիայի բաժանմունքը: 1975թ.-ին նմանատիպ բաժանմունք բացվեց 1-ին քաղաքային հիվանդանոցում: Միզասեռական օրգանների քրոնիկ բորբոքային հիվանդություններով մեծաթիվ հիվանդներ անարդյունավետ էին բուժվում ուռոլոգիական բաժանմունքներում, քանի որ վերջիններս գործում էին վիրաբուժական բաժանմունքների շրջանակներում և իրենց բուժական մոտեցումները խարսխում էին վիրաբուժական մտածողության վրա: Մյուս կողմից՝ գոյություն ուներ բուժման տևողության հաստատված ժամկետ՝ 7-10 օր՝ այն հիմնավորմամբ, որ վիրահատության և դրանից հետո վերքի լավացման համար պահանջվում է ոչ ավելի, քան վերոնշյալ 7-10 օրը: Մինչդեռ քրոնիկ բորբոքային պրոցեսների բուժումը պահանջում է առնվազն 30-40-օրյա

կոնսերվատիվ բուժում: Բաժանմունքները ղեկավարում էին բժիշկներ, որոնց գերիշխող բուժական ռազմավարությունը վիրահատականն էր:

Միզասեռական օրգանների քրոնիկ բորբոքային հիվանդություններով այցելուների սեռական խնդիրներով զբաղվելու համար Լ.Տ. Միանսարյանի կողմից բացվեց հատուկ բաժանմունք, որտեղ հավաքվեցին սեռական ոլորտի հետ կապված խնդիրներն ուսումնասիրող մի շարք հարակից մասնագետներ: Բաժանմունքը գործում էր մուլտիդիսցիպլինար մոդելի օրինակով, այսինքն սեռական խանգարում ունեցող այցելուն հետազոտվում էր միաժամանակ մի քանի հարակից մասնագետների համատեղ ջանքերով: 1980թ.-ից բաժանմունքը համալրվեց Լենինգրադում և Խարկովում վերապատրաստված բժիշկ-սեքսոլոգներով, և բուժման մեթոդոլոգիական մոտեցումը վերափոխվեց համակարգային: Այդ պարագայում սեռական խանգարումով այցելուն գտնվում էր հիմնականում մեկ բժշկի հսկողության տակ, որը տիրապետում էր սեռական խանգարումների ախտորոշման և բուժման համակարգային պատկերացումներին:

Պլանավորված տնտեսական համակարգի շրջանակներում բժիշկ-սեքսոլոգների քանակը պայմանավորված էր բնակչության թվով: Սեքսոպաթոլոգների մասնագիտացման կենտրոններ էին համարվում Խարկովի ԲՎԻ և ՌՖՆՀ հոգեբուժության ինստիտուտի կազմում գործող սեքսոպաթոլոգիայի ամբիոնները: 1986 թ.-ին Հայաստանում սեքսոպաթոլոգիայի բնագավառում իրականացված գիտական աշխատանքները սահմանափակվում էին 6 թեկնածուական ատենախոսություններով, որոնց պաշտպանությունը իրականացվել էր Վ. Կրիշտալի ղեկավարությամբ:

1993թ.-ին ՀՀ ԱՆ ԱԱԻ-ի հոգեբուժության և հոգեթերապիայի ամբիոնում բացվեց սեքսոպաթոլոգիայի հատուկ կուրս, որտեղ կլինիկական օրդինատուրայի շրջանակներում մինչ օրս պատրաստվում և վերապատրաստվում են բժիշկ-սեքսոլոգներ:

Գիտական աշխատանքներն ընթանում են Կ.Գ. Դանիելյանի ղեկավարությամբ և վերաբերում են ուղեղի օրգանական խանգարումների հետևանքով առաջացած փսիխոսեքսուալ խանգարումներին:

1998թ.-ին ԵՊԲՀ-ում բացվեց սեքսոպաթոլոգիայի և ռեպրոդուկտոլոգիայի ամբիոնը, որը մեծապես նպաստեց սեքսոլոգիայի բնագավառում գիտական և ուսումնամեթոդական աշխատանքների ծավալմանը:

Քաղաքակրթության զարգացման ժամանակակից փուլում եվրոպական և ամերիկյան ազդեցությունների հետևանքով Հայաստանում փոխվում են նաև բժշկական սեքսոլոգիայի մոտեցումները՝ ներառելով ինչպես հարակից բժշկական դիսցիպլինաների, այնպես էլ ոչ բժշկական դիսցիպլինաների տարրեր:

Ֆրանսիացի սեքսոլոգ և փիլիսոփա Ժան Ֆավյե-Տերնելը պնդում է, որ ժամանակակից մարդը վաղուց այլևս չի զգում ֆիզիկական սիրո այն պահանջը, որը դարեր շարունակ ունեցել են մեր նախնիները: Եվրոպացու առօրյա կյանքում սեքսի զբաղեցրած տեղը անհամեմատ զիջում է կարիերային, սննդին և նույնիսկ հեռուստատեսությանը: Ըստ նրա, նոր դարի մարդկանց շփումը արտահայտվելու է ոչ թե «մարմնի պարզունակ շարժումների», այլ հոգևոր մտերմության միջոցով: Իսկ հաջողության չափանիշը ոչ թե սեքսի կամ փողի քանակն է, այլ կենսակերպի համապատասխանությունը սեփական

ցանկություններին և հնարավորություններին: Մեքսիկն հատուկ, չափազանցված նշանակություն տալը մեծապես պայմանավորված է դեղին մամուլի գործունեությամբ: Մարդկությունն անցել է «հիպերսեքսուալության շրջանը» (XIX դարի վերջ և XX դարի 60 ականներ), իսկ սեռական գերցանկության բավարարման ամենահեշտ և մատչելի միջոցը ձեռնաշարժությունն է: Ըստ գիտնականի սեքսը հիմնականում նախատեսված է սերնդի շարունակության համար, իսկ ովքեր կանոնավոր և հաճախակի սեքսը համարում են պարտադիր, տառապում են ցածր ինքնագնահատականով, քանի որ կարծում են, թե հաճախակի սեռական կապերը իրենց պետքականության ապացույցն են: Իսկ ովքեր կոնստիտուցիոնալ հիպերսեքսուալ են, կազմում են մարդկության ընդամենը 5%-ը:

Ֆրանսիացի գիտնականի կանխատեսումները բխում են նրա դավանած փիլիսոփայական ուղղությունից, որը կոչվում է կոնստրուկտիվիզմ: Վերջինս պնդում է, որ մարդու սեքսուալությունը ոչ թե բնության կողմից տրված հատկանիշ է, այլ պատմության և մշակույթի հարափոփոխ արգասիք, որը տարբեր հասարակություններ տարբեր կերպ են տնօրինում:

## **ԳԼՈՒԽ 2** **ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՍԵՔՍՈԼՈԳԻԱՅԻ ԱՌԱՐԿԱՆ ԵՎ** **ՄԵԹՈԴՆԵՐԸ**

Կլինիկական սեքսոլոգիան բժշկության բնագավառ է, որն ուսումնասիրում է սեռական *ֆունկցիայի խանգարման վարքային, անձնային և էմոցիոնալ ասպեկտները* և մշակում այդ խանգարումների ախտորոշման, բուժման և կանխարգելման մեթոդներ:

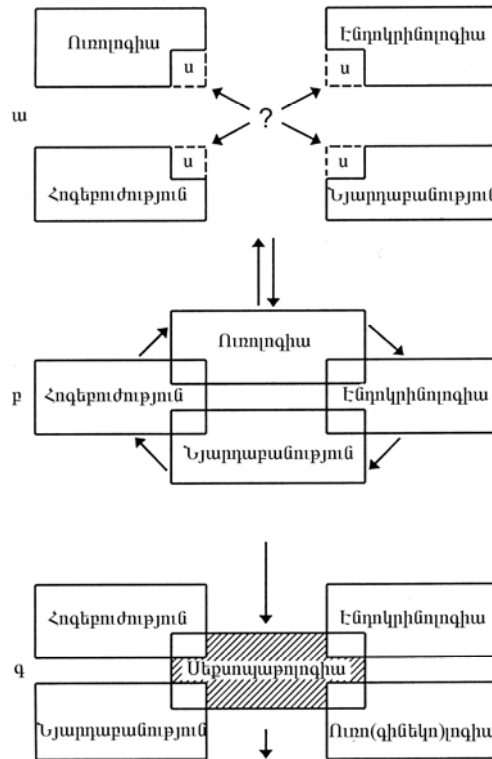
Սեքսոլոգիայի զարգացման սկզբնական փուլերում կարծում էին, որ սեռական խանգարումների պատճառը որևէ հիմնական հիվանդության (էնդոկրին, ուռուլոգիական, հոգեբուժական) առկայության փաստն է, և հիվանդներին տրվում էր օգնություն այն մասնագիտության շրջանակում, որին պատկանում էր տվյալ սեռական խանգարման պատճառ հանդիսացող հիվանդությունը: Սակայն շատ հաճախ սեռական խանգարումը հանդիպում էր առանձին՝ առանց որևէ հիմնական հիվանդության առկայության: Մյուս կողմից՝ լուրջ ախտահարումների ժամանակ՝ ինչպես սոմատիկ, այնպես էլ հոգեկան, դիտվում էր լիակատար սեքսուալ առողջություն՝ իր բոլոր դրսևորումներով: Բացի այդ, առավել կայուն և բուժման հանդեպ համառ սեռական խանգարումներ հանդիպում էին այն հիվանդների մոտ, որոնց մանրակրկիտ ուռուլոգիական, էնդոկրին, նյարդաբանական և հոգեբուժական հետազոտումը չէր հայտնաբերում նորմայից որևէ շեղում:

*Այս ամենը ապացուցում է, որ սեքսուալ պաթոլոգիան որակապես տարբերվում է իր յուրահատկությամբ և կարիք ունի սեփական մեթոդաբանության, ախտորոշիչ և թերապևտիկ միջոցառումների սեփական համակարգի մշակման:*

Սեքսոլոգիայի մոտեցումների գնահատման ժամանակ, ինչպես մեր երկրում, այնպես էլ արտասահմանում բժիշկներն անվերապահորեն պնդում են, որ սեքսուալությունը և նրա դրսևորումները ապահովվում են տարբեր ֆունկցիոնալ համակարգերի բարդ և ինտեգրալ փոխազդեցությամբ: Այդ համակարգերն են՝ ուռոգենիտալ ապարատից սկսած մինչև հոգեբանական համընդհանուր կառույցները, այդ թվում՝ վարքի համար պատասխանատու ուղեղային կառույցները: Սեքսոլոգիայի մեթոդաբանական մոտեցումները երեքն են՝

- Ա** - *Մոնոդիսցիպլինար կամ ռեդուկցիոնիստական մոտեցումը* սահմանափակվում է որևէ մասնագետի՝ ուռուլոգի, էնդոկրինոլոգի, նյարդաբանի կամ հոգեբույժի մասնագիտական հայեցողությամբ, սեքսոպաթոլոգիայի առանձին ասպեկտները դիտվում են միայն համապատասխան հարակից մասնագիտության շրջանակում:
- Բ** - *Մուլտիդիսցիպլինար կամ համալիր քննարկման մոտեցում.* այստեղ սեքսոպաթոլոգի դերը սահմանափակվում է դիսպետչերի պարտավորություններով:
- Գ** - *Միջդիսցիպլինար կամ ինտեգրալ մոտեցում.* սեքսոպաթոլոգիան որոշում է հիվանդների իր կոնտինգենտը, ձևավորում կատեգորիաների

սեփական համակարգ և առանձնանում իբրև ինքնուրույն կլինիկական դիսցիպլին:



**ՈՒ. 1 Մեքստոլոգիայի երեք մեթոդաբանական մոտեցումները**

- ա. Մոնոդիսցիպլինար կամ ռեդուկցիոնիստական մոտեցում
- բ. Մուլտիդիսցիպլինար կամ համալիր քննարկման մոտեցում
- գ. Միջդիսցիպլինար կամ ինտեգրալ մոտեցում

### *Մեքստոլոգիայի կայացման փուլերը*

**I փուլ** – Մեխանիկական կամ լոկալիզացիոն փուլ՝ բոլոր սեռական խանգարումները կապվում են սեռական օրգաններում կատարվող փոփոխությունների հետ

**II փուլ** – Հանրագիտարանային փուլ՝ կատարվում է անցում դեպի մուլտիդիսցիպլինար մեթոդոլոգիական մոտեցում

**III փուլ** – Համակարգային վերլուծության փուլ:

I փուլի ներկայացուցիչները համարում են, որ սեռական խանգարումները տեղային են՝ ուռուցիկական ախտահարման հետևանք, օրինակ՝ ուրետրիտի, պրոստատիտի կամ կոլիկուլիտի, և բուժման մարտավարությունն ուղղվում է այդ



օջախների բուժմանը՝ ենթադրելով սեքսուալ ֆունկցիայի մեխանիկական վերականգնում: Տվյալ փուլի ազդեցությունն արտացոլվում է նաև ներկայումս՝ սեքսուալաթոլոգիային հարակից այնպիսի ոլորտների մասնագետների աշխատանքային գործունեության ընթացքում, ինչպիսիք են ուռոլոգիան, վեներոլոգիան, գինեկոլոգիան: Այն արտահայտվում է ախտորոշիչ միջոցառումների համատարած կադապարային մարտավարությամբ և բորբոքային պրոցեսի հայտնաբերելուց հետո ոչ ռացիոնալ քանակությամբ հակաբակտերիալ պրեպարատների նշանակմամբ: Դ-ա, բնականաբար, չի բերում սեքսուալ ֆունկցիայի վերականգնմանը, և հիվանդը հեռանում է տվյալ բժշկական հաստատությունից նույն գանգատներով, ինչով և դիմել էր: Հետագայում, փորձարարական էնդոկրինոլոգիայի և հորմոնների քիմիայի զարգացման ֆոնի վրա ձևավորվեց հորմոնների ամենակարողության մասին պատկերացում, և սեքսուալաթոլոգիայում առաջատար դերը վերապահվեց էնդոկրին ուղղվածությամբ մասնագետներին: Դ-րա արդյունքում սեքսուալության դրսևորումների և խանգարումների ողջ համալիրը սկսեց մեկնաբանվել սեռական և այլ հորմոնների քանակական և որակական տեղաշարժերով:

Մեր գործնական աշխատանքում բավականին մեծ թիվ են կազմում այն այցելուները, որոնք նախկինում երկար ժամանակ չհիմնավորված բուժում են ստացել արական սեռական հորմոններով՝ պոտենցիան վերականգնելու նպատակով, այնինչ խանգարման իսկական պատճառը եղել է կոնքի օրգաններում կանգային պրոցեսի առկայությունը՝ պայմանավորված «անհաջողության սպասումի նկրդով»: Նման դեպքերում հորմոնալ բուժումը ոչ միայն անարդյունք է, այլև հղի է ընդհանրապես էրեկցիայի վերացման վտանգով:

II – Հանրագիտարանային փուլը բնութագրական է նրանով, որ այստեղ գերիշխում է սեքսուոլոգիայի մուլտիդիսցիպլինար մեթոդաբանական մոտեցումը: Սեռական խանգարումների առաջացումը այլևս չի դիտարկվում միապատճառ տեսանկյունով և միակողմանիորեն: Հաշվի են առնվում գործոնների միանգամից մի քանի խումբ. ուռոլոգիական, նյարդաբանական, էնդոկրին, հոգեկան, որոնց նաև ավելանում են սոցիալ-հոգեբանական, մշակութային և այլ գործոններ:

Այս փուլի բարձրագույն նվաճումը պարամետրիկ հետազոտություններն են, որոնք անց են կացվել ինչպես Ռուսաստանում, այնպես էլ ԱՄՆ-ում: ԱՄՆ-ում հետազոտություններն իրականացվել են Կինգի կողմից (1948-1953թթ.): Ի դեպ, այսօր էլ ԱՄՆ-ում գործում է Կինգի անունը կրող սեքսուոլոգիայի ինստիտուտը: Հաղթահարելով հասարակության պահպանողական տրամադրվածությունը՝ նա հատուկ մշակված հարցաթերթիկների հիման վրա հավաքել է մեծաքանակ նյութ և դուրս է բերել վիճակագրական միջին ցուցանիշներ: Գիտնականի ստացած տվյալները հետագայում հիմք հանդիսացան կլինիկական սեքսուոլոգիայի՝ ոչ միայն որպես բժշկական մասնաճյուղի, այլև որպես ինքնուրույն գիտության զարգացման համար, որն ընդգրկում է հասարակական կյանքի այլ ասպեկտներ ևս:

Հետազոտությունների հետագա ընթացքը նշանավորվեց Մաստերս և Ջոնսոն ամուսինների կողմից սեքսուալության ֆիզիոլոգիական պարամետրերի բացահայտմամբ, ինչը հարստացրեց սեքսուոլոգիան փաստարկային տվյալներով:

III – Կլինիկական սեքսոլոգիայի համակարգային մոտեցումը և միջոցա-  
ցիայինար մոդելը մշակվեց Գ.Ս. Վասիլչենկոյի կողմից՝ արդեն գոյություն  
ունեցող այնպիսի հիմնարար հետազոտությունների հիման վրա, ինչպիսիք էին  
Անոխինի (1975) ֆունկցիոնալ համակարգերի տեսությունը և իր իսկ կողմից  
մշակված կոպուլյատիվ ցիկլի փուլերի և բաղադրիչների հայեցակարգը: Դրանք  
թույլ տվեցին որոշել սեքսուալ խանգարումների յուրահատուկ նոզոլոգիական  
ձևերը և մշակել այդ ձևերին համապատասխան բուժում:

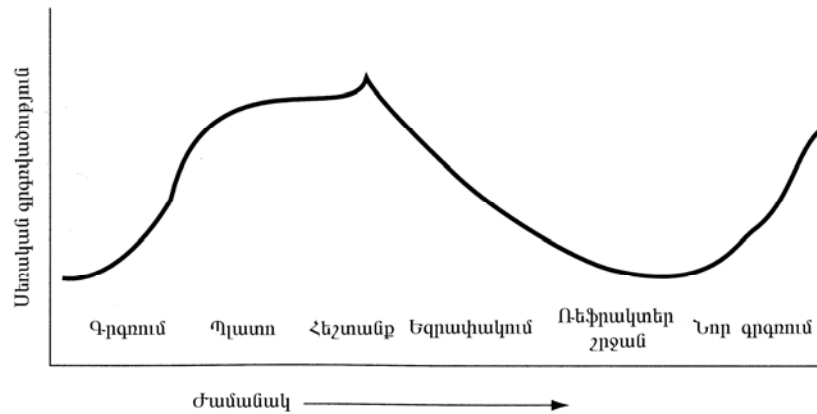
### **ԳԼՈՒԽ 3** **ՍԵՌԱԿԱՆ ՑԻԿԼԻ ՖԻԶԻՈԼՈԳԻԱՆ**

Սեռագիտության պատմության ընթացքում մարդու սեքսուալ գործունեությունը դիտարկվել է իբրև միահուն ընթացքով ցիկլ: Սկիզբ առնելով սեռական ցանկությունից, այն վերածում է սեռական գրգռման, ինչն էլ իր հերթին ավարտվում է հեշտանքով: Ըստ այդմ բոլոր սեռական խանգարումները դիտարկվում էին իբրև մեկ կլինիկական միավոր: Տարբերություն չէր դրվում վաղաժամ սերմնաժայթքման և էրեկտիլ դիսֆունկցիայի կամ սեռական ցածր ցանկության և սեռական խուսափման միջև: Բոլոր տղամարդկանց, ովքեր ի վիճակի չէին իրականացնելու սեռական հարաբերություն, անվանում էին իմպոտենտ, բոլոր կանայք, ովքեր ունեին սեռական խնդիրներ, համարվում էին ֆրիգիդ:

Այստեղից հետևում է, որ բուժումը նույնպես տարբերակված չի եղել: Քանի որ սեռական դիսֆունկցիայով բոլոր այցելուները կրել են միևնույն ախտորոշումը, ուստի բոլորը ստացել են միևնույն բուժումը: Միևնույն ժամանակ սեռական խանգարումների պատճառագիտությունը հայտնի չէր, և բուժումը էմպիրիկ բնույթ էր կրում: Չարմանալի չէ, որ նման պարագայում բուժման արդյունավետությունը խիստ ցածր էր:

Ի տարբերություն օրգանիզմի այլ կենսական ֆունկցիաների (շնչառություն, մարսողություն և այլն) մասին մեր առաջընթաց պատկերացումների, սեքսուալ ֆունկցիան ապահովող ֆիզիոլոգիական մեխանիզմները երկար տարիներ մնացել են չբացահայտված: Գա պայմանավորված էր ոչ թե սեքսուալ ֆիզիոլոգիայի բարդությամբ, որն անհնարին էր ուսումնասիրել այն ժամանակների հետազոտական միջոցներով, այլ սեռական ոլորտի հուզական հազեցվածության և դրա շուրջ տիրող նախապաշարմունքների արգելակող ներուժով: Հիրավի, եթե համեմատենք սեքսուալ գործունեությունը կենտրոնական նյարդային համակարգի գործունեության հետ, կարող ենք տեսնել՝ ինչքան պարզ կազմավորված և դյուրըմբռնելի են սեքսուալ ռեակցիաները, ի տարբերություն ուղեղի բարդ և նրբին ֆիզիոլոգիական մեխանիզմների:

Ինչպես նշվեց վերևում, ամերիկացի բժիշկ-գիտնականներ Մաստերս և Ջոնսոն ամուսիններն առաջինն էին, որ քաջություն ունեցան գիտական հետազոտման ենթարկելու սեքսուալ ոլորտը: Նրանք դիտարկեցին սեքսուալ գործունեությունը իբրև սովորական կենսական ֆունկցիա և համարձակություն ունեցան ուսումնասիրել այն լաբորատոր պայմաններում, ճիշտ այնպես, ինչպես ուսումնասիրում են այլ կենսական ֆունկցիաները: Այս հետազոտությունների արդյունքում տրվեց սեքսուալ (սեռական) ցիկլի ընթացքում ֆիզիոլոգիական փոփոխությունների առաջին մանրակրկիտ նկարագրությունը: Սեռական ցիկլը ըստ նրանց տված մոդելի ընդգրկում է չորս փուլ՝ *գրգռում, սլլատո, հեշտանք* և *եզրափակում*:



**Յկ. 2 Մեռական գրգռվածությունը ժամանակի ընթացքում**

Թեև յուրաքանչյուր փուլի առանձին նրբություններ ենթակա են որոշակի անհատական բազմազանության, ընդհանուր առմամբ սեռական ցիկլը բոլոր մարդկանց մոտ ընթանում է միևնույն ձևով:

*Գրգռումը* սեռական օրգանների աճող արյունալցման և մկանային լարվածության բարձրացման փուլն է: Արդյունքում ի հայտ են գալիս գրգռման հիմնական դրսևորումները՝ էրեկցիան՝ տղամարդկանց և հեշտոցի խոնավացումը՝ կանանց մոտ:

*Պլատոն* սեռական գրգռման պահպանումն է միևնույն մակարդակի վրա, առանց նշանակալից փոփոխության: Այս փուլի տևողությունը տարբեր է տարբեր մարդկանց մոտ և կախված է մի շարք գործոններից՝ ինչպես սեռական կոնստիտուցիայից, այնպես էլ անհատական փորձառության ընթացքում ձեռք բերված սեքսուալ նախընտրություններից: Որոշ մարդիկ փորձում են ինչքան հնարավոր է երկարաձգել այս փուլը և դրան ուղեկցող հաճույքի զգացման տևողությունը, մյուսները՝ ճիշտ հակառակը՝ աշխատում են շտապ հասնել հեշտանքի, երրորդները՝ պարզապես ունակ չեն կամովի կառավարելու այս փուլը:

*Հեշտանքը* սեռական ցիկլի ամենակարճատև փուլն է, ընդ որում այն ավելի կարճ է տղամարդկանց, քան կանանց մոտ: Այս փուլում տեղի է ունենում ֆիզիկական և հոգեկան լարվածության կտրուկ աճ, որին անմիջապես հաջորդում է հաճույքաբեր թուլացումը: Հեշտանքի ֆիզիոլոգիական մեխանիզմը նույնն է երկու սեռերի մոտ. տեղի են ունենում գեներալ շրջանի մկանային կծկումներ: Տղամարդկանց մոտ հեշտանքը ուղեկցվում է սերմնաժայթքումով (թեև հնարավոր է հեշտանք՝ առանց սերմնաժայթքման):

*Եզրափակումը* սեռական ցիկլի ավարտական փուլն է, որն ուղեկցվում է հոգեկան և ֆիզիկական բավարարվածության զգացումով: Պետք է նշել, սակայն, որ որոշ դեպքերում, հատկապես կանանց մոտ, բավարարվածության զգացումը կապված չէ հեշտանքի հետ, ի տարբերություն տղամարդկանց, ովքեր հեշտանքի բացակայությունը ապրում են հուսախաբության ծանր զգացումով:

Եզրափակման փուլում տղամարդիկ հայտնվում են սեռապես անդրովելի վիճակում, այսպես կոչված՝ ռեֆրակտեր շրջանում: Այդ ժամանակ խաղաղության զգացում է առաջանում, որը բերում է քնի և հանգստի պահանջ: Կանանց մոտ նույնպես հնարավոր է զարգացում դեպի հանգստի վիճակ և քուն: Սակայն լինում են դեպքեր, երբ որոշ կանայք հեշտանքի փուլից հետո վերադառնում են պլաստիկ փուլ և ձգտում վերստին հասնել հեշտանքի: Սրանք այսպես կոչված մուլտիօրգաստիկ կանայք են, որոնք հեշտանքի զգացողության բազմակի վերապրումից հետո են հասնում եզրափակման փուլ և նոր միայն անցնում հանգստի վիճակի: Բացառիկ տղամարդիկ, այն էլ միայն երիտասարդ տարիներին, նույնպես ընդունակ են բազմակի հեշտանքի:

Մեքսուալ ցիկլը շատ մասնություններ ունի սթրեսային ռեակցիայի հետ: Այսպես, գրգռման աճին զուգընթաց զարգանում են վեգետատիվ նյարդային համակարգի գործունեության դրսևորումներ՝ սրտի զարկերի հաճախացում (110-180 զարկ/րոպեում), զարկերակային ճնշման բարձրացում (սիստոլիկը՝ 20-80 մմ սնդ. սյամբ, դիաստոլիկը՝ 20-40 մմ սնդ. սյամբ), դեմքի գերարյունություն, մկանային լարվածության աճ, շնչառության հաճախացում (մինչև 60 ներշնչում րոպեում), բքի լայնացում, քրտնարտադրություն:

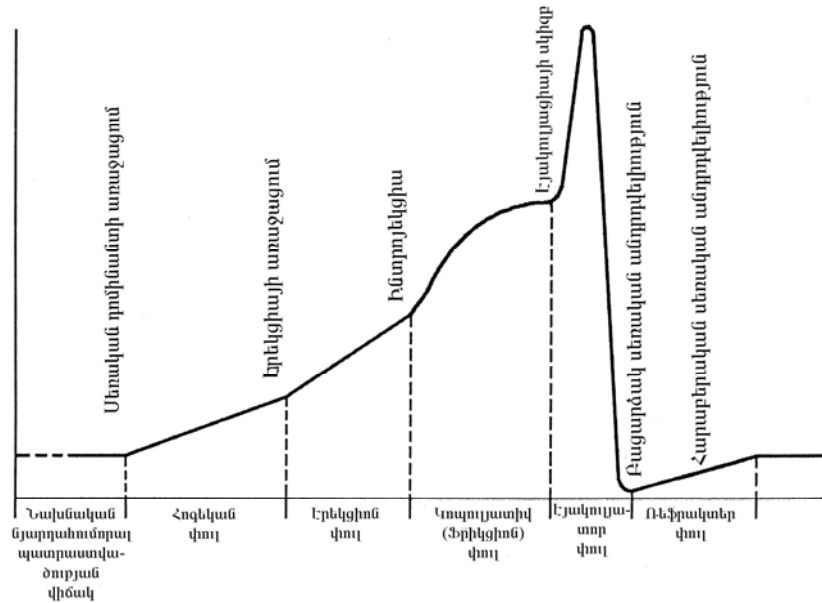
Մեքսուալ ցիկլի վերոնշյալ փուլերը, ըստ էության, գենիտալ փոփոխությունների արտացոլանք են: Գրգռումը և պլաստոն գենիտալ արյան հոսքի աճի երկու տարբեր մակարդակներ են, հեշտանքը՝ գենիտալ մկանների կծկում: Եզրափակումը պասիվ անցում է հանգստի վիճակ:

Մաստերսի և Ջոնսոնի ներկայացրած մոդելը ցույց է տալիս, որ սեքսուալ ցիկլը սկսում է գրգռումից: Սակայն, ինչպես ցույց են տալիս կլինիկական փորձը և սեքսոլոգիայի ժամանակակից ձեռքբերումները, սեքսուալ ցիկլը սկսվում է ոչ թե գրգռումից, այլ սեռական ցանկությունից: *Սեռական ցանկությունը* սեքսուալ քաղցի զգացողությունն է, որը մղում է անձին որոնելու սեքսուալ ապրումներ: Մեքսուալ քաղցի այդ զգացողությունն առաջանում է օրգանիզմի հոմեոստատիկ հավասարակշռության խախտման ժամանակ, երբ նյարդահումորալ նկատելի տեղաշարժերը ակտիվացնում են սեռական հակման նյարդային կենտրոնները: Ի սկզբանե սեռական հակումը սերնդաշարունակման կենսաբանական նշանակությունն ունի: Սակայն սեքսուալ գործունեության հաճույքաբեր կողմը սեռական հակմանը տալիս է ևս մեկ՝ այսպես կոչված ռեկրեստիվ ուղղություն՝ հաճույքի պարբերական վերապրման պահանջ, ի հակադրումն սերնդաշարունակման պրոկրեստիվ ուղղության: Այսպիսով, սերնդաշարունակման բնագրի հետ մեկտեղ, սեռական հակումը մարդկանց մոտ ծառայում է նաև հաճույքի ստեղծման և այն սիրած անձնավորության հետ կիսելու նպատակին:

Սեռական ցանկության՝ իբրև ինքնուրույն փուլի առանձնացման գաղափարը պատկանում է ամերիկացի սեքսոլոգ Հ. Կապլանին: Ըստ նրա, սեռական ցիկլը բաղկացած է երեք փուլից՝ *սեռական ցանկություն*, *սեռական գրգռում* և *հեշտանք*: Յուրաքանչյուր փուլ ունի անատոմիական և ֆիզիոլոգիական ինքնուրույն ապահովում և կարող է առանձին ախտահարվել: Միևնույն ժամանակ, այդ փուլերն ունեն համընդհանուր հիմք և սերտորեն փոխկապակցված են այնպես, որ մեկի թերացումը կարող է փոխհատուցվել

մյուսով, ինչպես նաև խանգարման դեպքում ախտաբանական գործընթացի մեջ ներառել մյուսին:

Վասիլչենկոյի կողմից առաջարկված սեռական ցիկլի կառուցվածքը\*, որը թերևս վերաբերում է միայն տղամարդկանց\*\*, ընդգրկում է հետևյալ 5 փուլերը՝ հոգեկան, էրեկցիոն, ֆրիկցիոն, էյակուլյատոր և ռեֆրակտեր:



Նկ. 3 Տղամարդու կոպուլյատիվ ցիկլի տիպային կորագիծ

Սեքսուալ ցիկլի կայացման համար առաջին հերթին անհրաժեշտ է նյարդահումորալ բավարար ֆոնի առկայություն: Սա այն նախնական սեքսուալ լարվածությունն է, որը սուբյեկտիվորեն ընկալվում է իբրև ֆիզիոլոգիական կոմֆորտի վիճակ և չի կրում որևէ հուզական երանգավորում: Սա դեռևս սեքսուալ ցիկլի փուլ չէ:

Սեքսուալ ցիկլը սկսվում է հոգեկան փուլով, որի առաջացումը պայմանավորված է սեռական դոմինանտի ձևավորմամբ: Սեռական դոմինանտը այն նյարդաֆիզիոլոգիական հիմքն է, որը պայմանավորում է սեռական ցանկությունը և ուղղորդում է վարքային ակտիվությունը դեպի սեռական օբյեկտի տիրապետմանը: Այնուհետև առաջանում է սեռական գրգռում՝ էրեկցիա, և սկսվում է էրեկցիոն փուլը: Եթե էրեկցիային հաջորդում է առնանդամի ներհորումը հեշտոցամուտք (ինտրոեկցիա, ինտրոմիսիա, իմիսիա),

\* Վասիլչենկոն նախընտրում է «կոպուլյատիվ ցիկլ» անվանումը՝ համարելով, որ այն ավելի կոնկրետ է, ի տարբերություն սեռական ցիկլի, որն իր մեջ կրելով կենսաբանական շեշտադրում՝ ավելի լայն հասկացություն է:

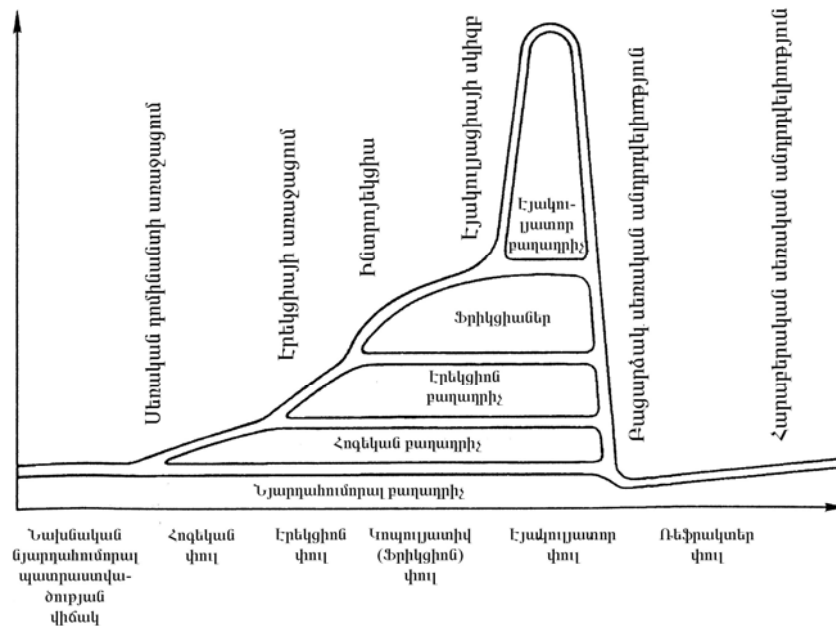
\*\* Վասիլչենկոն գտնում է, որ կնոջ սեքսուալությունը ոչ թե ինքնուրույն, այլ տղամարդու սեքսուալությունից բխող երևույթ է, տղամարդու սեքսուալության հայելային արտացոլումը:

ապա սեքսուալ ցիկլն անցնում է ֆրիկցիոն փուլին: Ֆրիկցիոն շարժումներին զուգընթաց սեռական գրգռումը սկզբում բավական կտրուկ աճում է, իսկ հետո շարունակում է մնալ միևնույն մակարդակի վրա, որը համապատասխանում է Մաստերսի և Ջոնսոնի նկարագրած պլատոյի փուլին: Եվս մի քանի ֆրիկցիաներ գրգռման այս մակարդակում սկիզբ են տալիս հեշտանքին, որն ուղեկցվում է սերմնաժայթքմամբ: Սկսվում է ռեֆրակտեր շրջանը, որի ժամանակ նյարդահումորալ նախնական ֆոնի իջեցման հետևանքով անհնարին է դառնում սեռական նոր գրգռումը: Իր հերթին ռեֆրակտեր շրջանը բաժանվում է բացարձակ և հարաբերական ենթափուլերի: Եթե առաջինի ժամանակ առկա է բացարձակ սեռական անդդվելիություն, ապա հարաբերական ռեֆրակտերությունը բնորոշվում է վերջնական գրգռների նկատմամբ սեռական զգայունությամբ, այսինքն՝ այս ընթացքում միայն բացառիկ սեռական գրգռներ են ի վիճակի վերստին առաջացնելու սեռական գրգռում:

Վասիլչենկոյի առաջարկած մոդելում հոգեկան փուլը ըստ էության համապատասխանում է Կասպլանի նկարագրած սեռական ցանկության փուլին (թեև ամբողջությամբ չի համընկնում նրա հետ), էրեկցիոն և ֆրիկցիոն փուլերը՝ գրգռման փուլին, էյակուլյատորը՝ հեշտանքին: Կան մի քանի առավելություններ, որով առանձնանում է սեռական ցիկլի այս մոդելը: Նախ և առաջ հստակ են մի փուլից մյուսին անցման սահմանները՝ սեռական դոմինանտի առաջացում, էրեկցիայի առաջացում, ինտրոիտուս, էյակուլյացիայի սկիզբ, բացարձակ սեռական անզգայություն: Էրեկցիոն և ֆրիկցիոն փուլերի առանձնացումը, որոնք ըստ էության գրգռման փուլի տարբեր աստիճանի դրսևորումներ են, ունի այն կլինիկական նշանակությունը, որը հնարավորություն է տալիս տարբերակելու էրեկցիայի առաջացման գործում հոգեկան և տակտիլ գրգռների դերը: Եվ վերջապես, այս կորագիծը ակնհայտ ցույց է տալիս, որ յուրաքանչյուր հաջորդ սեռական ցիկլի կայացումը հնարավոր է միայն որոշակի նյարդահումորալ ֆոնի առկայության դեպքում:

Մակայն Վասիլչենկոյի առաջարկած մոդելը չունի ախտորոշիչ նշանակություն, քանի որ այն ելնում է ոչ թե սեքսուալ առանձին փուլերի անատոմոֆիզիոլոգիական կառուցվածքից, այլ զուտ նկարագրում է ժամանակի ընթացքում ծավալվող փոփոխությունների ընթացքը: Այս առումով Կասպլանի կողմից առաջադրված մոդելը ախտորոշման տեսանկյունից ավելի նպատակահարմար է, քանի որ ըստ էության սեքսուալ ցիկլը ընդգրկում է երեք ֆիզիոլոգիական մեխանիզմներ, որոնցից յուրաքանչյուրն ունի իր սեփական ախտաֆիզիոլոգիան: Սեքսուալ ցիկլի խանգարումների միջազգային դասակարգումը ելնում է հենց այս մոդելից՝ տարբերելով սեքսուալ ցիկլի երեք հիմնական դիսֆունկցիաներ՝ սեռական ցանկության, գրգռման և հեշտանքի խանգարումներ:

Սեքսուալ ցիկլի բաղադրիչների մասին Վասիլչենկոյի կոնցեպցիան լրացնում է այն ախտորոշիչ բացը, որ կրում է սեքսուալ ցիկլի փուլային բաժանումը: Նա տարբերում է 4 բաղադրիչ՝ նյարդահումորալ, հոգեկան, էրեկցիոն, էյակուլյացիոն: Կանանց համար սեքսուալ ցիկլի նման բաղադրիչային պատկերումը ներառում է նյարդահումորալ, հոգեկան և գենիտոսեզմենտար բաղադրիչներ:



**ՈՒ. 4 Կոպուլյատիվ ցիկլի փուլերի և թաղաղրիչների փոխազդեցությունը**

Սեքսուալ ֆունկցիայի ապահովման համար բոլոր թաղաղրիչներն էլ ունեն իրենց պարտադիր մասնակցությունը: Հոգեկան թաղաղրիչի ակտիվացման պահին նյարդահումորալ թաղաղրիչը չի անջատվում, այլ շարունակում է ակտիվորեն ուղեկցել և ավելին՝ ամրապնդել առաջինի գործունեությունը: Ծիշտ այդպես էլ, երբ ակտիվանում է Էրեկցիոն թաղաղրիչը, հոգեկանը շարունակում է ծավալվել և ընդգրկել նորանոր նյարդային խմբավորումներ: Այսպիսով, սեքսուալ ցիկլը կարելի է համեմատել այն էստաֆետային մրցավազքի հետ, որի վերջնակետին նրա բոլոր մասնակիցները պետք է տեղ հասնեն միասին: Բոլոր այն դեպքերում, երբ դա տեղի չի ունենում, դիտվում են այսպես կոչված դեգինտեգրացիոն խանգարումներ՝ էյակույացիա առանց էրեկցիայի, էյակույացիա առանց հեշտանքի, հեշտանք առանց էյակույացիայի, պրիապիզմ և այլն:

Սեքսուալ ցիկլի թաղաղրիչային դիտարկումը, ինչ խոսք, մեծ ներդրում է սեքսուալ ֆիզիոլոգիայի պատկերացման համար, սակայն կլինիկական տեսանկյունից այն լրացուցիչ բարդություններ է ստեղծում: Այսպես, օրինակ, սեռական ցանկության խանգարումների դեպքում հաճախ շատ դժվար է իրարից տարբերակել նյարդահումորալ և հոգեկան թաղաղրիչների դերը ախտահարման գործում: Գենիտոսեզմենտար թաղաղրիչի առանձնացումը կանանց մոտ ընդհանրապես չի համապատասխանում կնոջ սեքսուալության ժամանակակից



պատկերացումներին, քանի որ գիտականորեն ապացուցված է, որ կանանց սեքսուալ ցիկլում նույնպես տեղ են գտնում գրգռման և հեշտանքի իրարից անկախ փուլերը, որոնք, ըստ Վասիլչենկոյի, դիտվում են իբրև մեկ ընդհանուր անատոմոֆիզիոլոգիական մեխանիզմ:

Այսպիսով, սեքսուալ ցիկլը միահուն չէ, ունի ախտահարման բազմակի մեխանիզմներ, որոնք ենթակա են որոշակի ու կոնկրետ բուժման: Այն բաղկացած է առանձին, բայց փոխկապակցված փուլերից, որոնցից յուրաքանչյուրն անկախ է և խոցելի իրեն հատուկ բազմաթիվ ֆիզիկական և հոգեկան գործոնների նկատմամբ, իրեն հատուկ մեխանիզմներով: Հետևաբար, գոյություն ունեն մի շարք առանձին սեռական խանգարումներ, որոնք պահանջում են տարբեր բուժական միջոցառումներ:

## **ԳԼՈՒԽ 4** **ՄԵՔՍՈՒԱԼՈՒԹՅԱՆ ՀԻՄՆԱԿԱՆ** **ԴՐՍԵՎՈՐՈՒՄՆԵՐԸ**

Մարդու սեքսուալության հիմնական դրսևորումներն են սեռական ցանկությունը, սեռական գրգռումը և հեշտանքը (էյակուլյացիան):

### **ՍԵՌԱԿԱՆ ՑԱՆԿՈՒԹՅՈՒՆ**

*Սեռական ցանկությունը կամ լիբիդոն զգացողություն է, որը բարձրացնում է անձի ընկալունակությունը սեռական ապրումների և զգայությունների նկատմամբ և մղում է նրան սեռական ակտիվության:*

Սեռական ցանկության ակտիվացման ժամանակ անձը զգում է ներքին սեռական գրգռվածություն, առաջանում են անորոշ գենիտալ զգայություններ, հետաքրքրություն է ի հայտ գալիս սեռական կյանքի շուրջ, անձը «տրամադրվում է» դեպի սեռական կյանքը կամ, պատկերավոր ասած՝ կորցնում է իր ներքին հանգիստը: Հիշյալ զգացողությունները դադարում են սեռական բավարարումից հետո, երբ անձը վերագտնում է իր հանգիստը:

Սեռական ցանկության առաջացումը կապված է ուղեղային կենտրոնների ակտիվացման հետ: Եթե ուղեղային կենտրոնները ակտիվ չեն կամ գտնվում են արգելակող մեխանիզմների ազդեցության տակ, ապա անձը հետաքրքրված չէ էրոտիկ թեմաներով, նա կարծես կորցնում է իր «սեռական ախորժակը» կամ պարզապես դառնում է ասեքսուալ:

Ալբերտ Մոլլը, որ մենագրական հետազոտություն է նվիրել այս ֆենոմենին, լիբիդոյի կազմում տարբերում է երկու բաղադրիչ՝ *հայվելու մղում*, որը դրդում է այլ անձի հետ ֆիզիկական (գրկախառնություններ, համբույրներ) ու հոգևոր շփման և *թուլանալու, հանգստանալու մղում*, որի հետևանքով սեռական օրգաններում տեղի են ունենում վազոմոտոր և մկանային գործընթացներ, որոնք հաջորդում են էյակուլյացիային՝ տղամարդկանց մոտ և հեշտանքին՝ երկու սեռերի մոտ:

**Սեռական ցանկության անատոմիական հիմքը** ուղեղային կենտրոններն են, որոնք բաժանվում են երկու խմբի՝ ցանկությունը ակտիվացնող և ցանկությունը արգելակող: Դրանք տեղակայված են գլխուղեղի լիմբիկ համակարգում, տեսաթմբերում, պրեօպտիկ շրջանում: Ինչպես հայտնի է, լիմբիկ համակարգը գլխուղեղի հնագույն բաժինն է, որի ֆունկցիան վարքի կազմակերպումն ու կառավարումն է: Այն պատասխանատու է տեսակի գոյապահպանման, ներառյալ՝ վերարտադրման համար: Այդ նպատակով նրանում տեղակայված են նյարդային կորիզներ, որոնք կառավարում են հույզերի առաջացումը և դրդապատճառների ձևավորումը: Լիմբիկ համակարգը գրեթե նույնությամբ առկա է նաև պրիմիտիվ ողնաշարավորների մոտ: Այն ընդգրկվել է մարդու բարդ ուղեղային կառույցի մեջ այնպես, որ միանգամայն անտեսանելի է դարձել, մինչդեռ հույզերի առաջացման և սեռական

փորձառության մեջ շարունակում է խաղալ իր ծանրակշիռ դերը՝ հանդիսանալով դրանց կենսաբանական հենքը:

Այստեղ մի պահ կանգ առնենք **սեռական ցանկության դրդապատճառային ասպեկտի** վրա: Կլինիկական աշխատանքի ժամանակ սեռական վարքի մոտիվացիոն ասպեկտների ուսումնասիրումը պայմանավորված է նրանով, որ սեռական վարքը չի սահմանափակվում միայն սերնդաշարունակմամբ, այլ ունի նաև բոլորովին այլ ֆունկցիաներ, որոնց նպատակը միանգամայն տարբեր է վերարտադրումից: Ինչպես գիտեք, սեռական վարքի այս վերջին կողմը անվանում են ռեկրեացիոն ուղղություն, ի տարբերություն պրոկրեացիոնի, որը ենթադրում է զուտ վերարտադրում:

Սեռական վարքի դրդապատճառների ուսումնասիրման մյուս նպատակը, որ ունի կլինիկական մեծ նշանակություն, դրդապատճառների տարիքային փոփոխության մեջ է, որն անդրադառնում է ամուսնական զույգի սեռական ներդաշնակության վրա: Այսպես, եթե սեռական կյանքի սկզբում սեռական մերձեցման հիմնական դրդապատճառը սեռական բավարարություն ստանալու և տալու անհաղթահարելի պահանջն է, ապա տարիքի հետ, նյարդահումորալ տոնուսի իջեցման հետևանքով, անձը կարող է պահպանել սեռական կյանքի ռիթմը՝ ելնելով ոչ թե ներքին պահանջումներից, այլ սովորության համաձայն:

Վասիլչենկոն առանձնացնում է տղամարդու սեքսուալ մոտիվացիայի 4 հիմնական տիպ՝

1. **Հոմեոստաթիկզացնող տիպ.** բնորոշվում է նրանով, որ յուրաքանչյուր հերթական մերձեցումից և դրան հաջորդող համեմատական հանգիստ վիճակից հետո տղամարդը ապրում է աստիճանաբար աճող սեռական լարվածության զգացողություն, որը խախտում է նրա նյարդային հավասարակշռությունը: Ինչպես քաղցի զգացողությունն է կրում բացասական հուզական երանգավորում, այնպես էլ սեռական ձեռնպահությունը ուղեկցվում է ֆիզիոլոգիական դիսկոմֆորտի զգացողությամբ: Ըստ այդմ սեռական կյանքի ռիթմը կազմակերպվում է այնպես, որպեսզի հնարավորինս պահպանվի ֆիզիոլոգիական կոմֆորտը: Վարքի այս տեսակը ամենից հաճախ հանդիպում է ստեղծագործական հակվածությամբ մարդկանց մոտ, որոնց արժեքային համակարգում սեռական կյանքը ենթակա տեղ է գրավում: Ստեղծագործական աշխատանքից ստացած բուռն ուրախությունը կարող է մթազնվել, եթե այդ պահին առաջանա քաղցի զգացողություն կամ սեռական ցանկություն, որոնք շեղիչ և հետևաբար ոչ ցանկալի գործոններ են նրա համար, թեև դրանց բավարարումը միանգամայն լի է հաճույքի զգացողությամբ:
2. **Խաղային տիպ.** բնորոշվում է սեռական վարքում ռոմանտիկ և սեքսուալ բաղադրիչների ներդաշնակ համադրությամբ: Այսպիսի տղամարդիկ գերծ են կնոջը աստվածացնելու կամ հակառակը՝ նրան միայն որպես սեռական կիրքը բավարարող օբյեկտ դիտելու ծայրահեղություններից: Այս տիպի սեքսուալ մոտիվացիա ունեցող տղամարդիկ դիտարկում են սեռական կապը իբրև եզակի հնարավորություն, որտեղ նրանք կարող են համատեղ դրսևորել իրենց հոգեհուզական և մարմնական ապրումները՝ իրականացնելով իրենց սեքսուալ երևակայությունները, հնարքները: Ամեն

անգամ նրանք նորովի են ապրում սեռական հաճույքը, իբրև նախադեպը չունեցող և անկրկնելի իրողություն:

3. Կադապարային տիպ. բնորոշվում է նրանով, որ տղամարդը սեռական հարաբերությունը իրականացնում է իբրև որոշակի պարտականություն՝ խուսափելու համար հնարավոր կշտամբանքներից կամ ասեկոսեներից: Այսպիսի տղամարդիկ ունեն սեռական վարքի որոշակի կարծրատիպ, որով առաջնորդվում են իրենց ողջ սեռական կյանքի ընթացքում:
4. Գենիտալ տիպ. այս տիպի տղամարդիկ աչքի չեն ընկնում բարձր ինտելեկտով, շատ հաճախ նույնիսկ չեն տարբերում էրեկցիան սեռական ցանկությունից: Նրանց համար էրեկցիայի առաջացումը սեռական հարաբերություն ունենալու ազդանշան է: Այսպիսով, նրանց սեռական կյանքի ռիթմը կարգավորվում է սոսկ գենիտալ շրջանի զգացողություններով՝ առանց էթիկական և էսթետիկական «ավելորդությունների»: Եթե նախորդ դեպքերում սեռական վարքը կախված է անձի դիրքորոշումներից, ապա այստեղ այն պայմանավորված է արտաքին ազդեցություններով, ուստի շատ հեշտ է նմանատիպ անձանց ներգրավել սեռական կապի մեջ:

Մեքսուալ մոտիվացիաների նկարագրված տիպերը պայմանավորված են ժառանգական, կոնստիտուցիոնալ գործոններով, ինչպես նաև անհատական զարգացման ընթացքում ձեռք բերած հայացքների և համոզմունքների համակարգով:

Սեռական ցանկության նյարդային կենտրոնները սերտ կապեր ունեն ուղեղային այլ հատվածների հետ, որոնք մինչ օրս դեռ լիովին բացահայտված չեն: Ամենայն հավանականությամբ նյարդային սերտ կապեր գոյություն ունեն մի կողմից սեռական կենտրոնների, մյուս կողմից՝ հաճույքի ու ցավային կենտրոնների միջև: Սեռական մերձեցման ժամանակ գրգռվում են հաճույքի կենտրոնները, և դա պայմանավորում է սեռական կյանքի հաճույքաբեր կողմը: Ցավային զգացողության ժամանակ սեռական ցանկությունը ճնշվում է, որովհետև ցավի կենտրոններն ակտիվանալիս արգելակում են սեռական կենտրոններին:

Ցավային կենտրոններն ակտիվանում են ֆիզիկական վնասման կամ նման հնարավորության կանխատեսման պարագայում, և երբ դրանք ակտիվ են, ապա դրանցից նյարդային արգելակող գրգիռներ են տարածվում ուղեղի բոլոր այն կենտրոնները, ներառյալ սեռական ցանկության կենտրոն, որոնք չեն ծառայում անհատի գոյության պահպանմանը: Էվոլյուցիայի ընթացքում մեր ուղեղի գործունեությունը կազմակերպվել է այնպես, որ ցավից խուսափումը առաջնահերթ կարևորություն է ձեռք բերել հաճույքի ստացումից, ինչը միանգամայն տրամաբանական է տեսակի պահպանման համար: Անհատի ինքնապահպանման բնագոյը նախորդում է նրա վերարտադրման բնագոյին, ուստի բոլոր այն դեպքերում, երբ անհատի կյանքը վտանգի մեջ է, ցավային կենտրոններն ակտիվանում են այնպես, որ օրգանիզմի ողջ գործունեությունն ուղղորդվում է այդ իրավիճակից դուրս գալուն (փախուստ կամ պայքար): Այսպիսով հաղթահարվում են սեռական գրգիռները, որոնց ազդեցությանը նման պարագայում ենթարկվելը կարող է ճակատագրական ելք ունենալ: Նյարդաֆիզիոլոգիական մեխանիզմների միջոցով սեռական ցանկությունը

կարող է արգելակվել բոլոր այն դեպքերում, երբ անձի կողմից որոշվում է, որ սեռական ակտիվությունը վտանգ է պարունակում:

Վարքային հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ սեռական ցանկության կենտրոնները սերտ կապեր ունեն հիշողության և անհատական փորձի վերլուծման համար պատասխանատու կենտրոնների հետ: Այս է պատճառը, որ հոգեսեռական զարգացման ընթացքում տեղ գտած շեղումները, պահպանվելով ենթագիտակցականում՝ մի օր, որոշակի ուժերի ազդեցության տակ ակտիվանում են և ճնշում սեռական ցանկությունը: Հիշողությունը կրում է ոչ միայն անցյալում տեղ գտած իրադարձությունները, այլ նաև կյանքի ընթացքում ձեռք բերված ինֆորմացիայի հիման վրա նախապես ծրագրավորված պատկերացումները: Առաջին սեռական հարաբերությունը իրականացվում է հենց այս մոտավոր պատկերացումների հիման վրա: Եվ հնարավոր է, որ բախվելով իրականության հետ, որը չի համապատասխանում այդ պատկերացումներին, անձի մոտ (հատկապես տազնապային խառնվածք ունեցող) առաջանա հոգեսեռական խանգարում:

Լիբիդոյի կենտրոնները սերտ կապի մեջ են նաև ողնուղեղում տեղակայված՝ սեռական գրգռման և հեշտանքի կենտրոնների հետ: Կենտրոնախույս նյարդային գրգռները կարող են փոփոխել վերջիններիս նյարդային գրգռման շեմը: Այդ պատճառով, երբ սեռական ցանկությունը բարձր է, սեռական գրգռման և հեշտանքի գենիտալ ռեակցիաները հեշտությամբ են գործի դրվում: Եվ հակառակը՝ սեռական ցանկության բացակայությունը դժվարացնում և երբեմն նույնիսկ անհնարին է դարձնում հիշյալ պրոցեսները: Սրա փաստացի ապացույց կարող է հանդիսանալ այն հանգամանքը, որ սեռական գրգռման և նույնիսկ հեշտանքի կարելի է հասնել միայն սեքսուալ երևակայության օգնությամբ, առանց սեռական օրգանների անմիջական գրգռման:

**Սեռական ցանկության ֆիզիոլոգիան**, այսինքն այն մեխանիզմները, որոնք պատասխանատու են սեռական ցանկության առաջացման համար՝ մինչ օրս լիովին բացահայտված չեն: Կենդանիների վերարտադրության գործընթացները կարգավորվում են էստրալ ցիկլով և ենթակա են կենսաբանական ռիթմերի ազդեցությանը: Դրանից դուրս կենդանիները միանգամայն ասեքսուալ են և խուսափում են հակառակ սեռի հետ սեռական շփումներից: Ապացուցված է, որ էստրալ ցիկլի առաջացման գործում մեծ դեր են խաղում էստրոգենները, որոնց ազդեցության տակ ակտիվանում են ուղեղային վերարտադրման կենտրոնները մի կողմից և արտադրվում են հեշտոցային ֆերոմոններ մյուս կողմից:

Մարդկանց մոտ էստրոգենները սեռական ցանկության նմանատիպ ցիկլային փոփոխություններ չեն առաջացնում: Մարդկանց սեռական վարքը շատ քիչ է ենթարկվում կենսաբանական ռիթմերին: Ապացուցված է, որ լիբիդոյի հորմոնը, ինչպես տղամարդկանց, այնպես էլ կանանց մոտ, արական սեռական հորմոնն է՝ *տեստոստերոնը*, որն էրոտիզացնող ազդեցություն ունի սեքսուալության բարձրագույն կեղևային կենտրոնների և դրանց ենթակա կառույցների վրա: Առանց տեստոստերոնի բավարար մակարդակի սեռական ցանկությունը ճնշվում է, քանի որ խանգարվում է նյարդային կենտրոնների գործունեությունը:

Վերջերս հետազոտությունների արդյունքում պարզվել է, որ սեռական ցանկության վրա խթանիչ ազդեցություն ունի հիպոթալամուսում արտադրվող լյուլիբերինը: Փաստերը վկայում են, որ լյուլիբերինը ակտիվացնում է սեռական ցանկությունը անգամ տեստոստերոնի անբավարարության կամ դրա անարդյունավետ գործունեության դեպքում: Հայտնի է, որ լյուլիբերինը խթանում է լյուտեինիզացնող հորմոնի արտադրությունը ադենոհիպոֆիզում, որն էլ իր հերթին ակտիվացնելով ամորձիներում Լեյդիգի բջիջները՝ բարձրացնում է տեստոստերոնի մակարդակը: Կնոջ օրգանիզմում լյուլիբերինի ազդեցությունն արտահայտվում է հիմնականում գեստագենների՝ մասնավորապես պրոգեստերոնի քանակության աճով: Ներկայումս հետազոտությունները խնդիր ունեն պարզելու, թե ինչպե՞ս է իրականանում լյուլիբերինի՝ սեռական ցանկությունը խթանող ազդեցությունը և արդյոք հնարավո՞ր է այն օգտագործել սեռական ցանկության խանգարումների բուժման նպատակով:

Լիբիդոյի ակտիվացման գործում կարևոր դեր են խաղում գգայարանները. հոտը, տեսքը, շոշափումը այն հզոր ազդակներն են, որոնք կարող են անմիջապես արգելակել կամ խթանել սեռական ցանկությունը: Կլինիկական դիտարկումները վկայում են, որ գոյություն ունի լիբիդոյի ուղեղային կենտրոնների սեռային տարբերություն: Տղամարդկանց լիբիդոն առավելապես պայմանավորվում է տեսողական գրգիռներով, իսկ կանանց սեռական ցանկությունը «բորբոքվում է» լսողական գրգիռների ազդեցության տակ:

Լիբիդոն ակտիվանում է ցանկալի անձի ներկայությամբ: Այսպես, ապացուցված է, որ արական սեռի ճագարների միայն ներկայությունը բավական է իգական սեռի ճագարների մոտ օվուլյացիայի և կոիտուսի նկատմամբ պատրաստակամության առաջացման համար: Հիշողության, սեքսուալ երևակայական պատկերների ազդեցության տակ նույնպես հնարավոր է սեռական ցանկության ակտիվացում:

Այսպիսով, լիբիդոն կախված է կենսաբանական, հոգեբանական և սոցիալական գործոնների բարդ համադրումից, որոնց փոխազդեցությունից լիբիդոյի նյարդաֆիզիոլոգիական մեխանիզմներն արգելակվում են բոլոր այն դեպքերում, երբ ուղեղը «որոշում է», որ իրավիճակը չի համապատասխանում սեռական մերձեցմանը:

### ***Լիբիդոյի զարգացման տեսությունները***

Լիբիդոյի զարգացման ընթացում Վասիլչենկոն տարբերում է 5 շրջաններ՝ ճանաչողական, պլաստոնական, էրոտիկ, սեքսուալ և հասուն սեքսուալության:

1. **Ճանաչողական փուլը** կարելի է մինչլիբիդինոզ համարել, քանի որ այս ժամանակ չկա որևէ հուզական երանգավորում: Այս փուլը կապված է սեռային ինքնագիտակցության ձևավորման հետ, երբ երեխան սկսում է ճանաչել իր սեռը: Երեխան սկսում է ուսումնասիրել և ճանաչել արտաքին աշխարհը, ընդ որում նրա մտածողությունը ելնում է ոչ թե վերլուծությունից, այլ անալոգիաներ առաջացնելուց: Այսպես նա սկզբում սկսում է տարբերել առանձին առարկաներ, այնուհետև խմբավորել դրանք ըստ ընդհանրական հատկանիշների՝ մեծ-փոքր, մոտիկ-հեռու, կարելի է-չի կարելի: Հետո սկսում է հասկանալ, որ իր խաղընկերները բաժանվում են աղջիկների և

տղաների, ընդ որում սեռային բաժանման հիմնական տարբերակիչը մազերի երկարությունը և հագուստի ձևն են: Սեռային բաժանումից հետո նա իրեն նմանեցնում է սեռերից որևէ մեկին: Աղջնակների մոտ ինքնաճանաչողական փուլում արթնանում է մայրական բնագործ. նրանք խաղում են այնպիսի խաղեր, որտեղ մայրական ֆունկցիաներ են իրականացնում՝ մայրիկ-հայրիկ, տուն-տունիկ, խաղեր տիկնիկով: Ըստ Վասիլչենկոյի, մայրական բնագործի այսպիսի վաղ արթնացումը հետևանք է սեռական կյանքի մյուս դրսևորումների նկատմամբ մայրական բնագործի առաջնայնության, ինչը առանցքային հատկանիշ է կանանց լիբիդոյի զարգացման ողջ ընթացքում:

2. **Պլատոնական կամ ռոմանտիկ փուլը** բնորոշվում է վառ արտահայտված հուզական ապրումներով, որոնք ունեն ոգեղեն, ռոմանտիկ բնույթ: Առաջանում են սեռական երևակայություններ, որտեղ հանում սիրելիի անձը մեծ սխրանքներ է գործում: Նրա զգացմունքային ապրումների մեջ գերակշռող են տրագիզմը, ինքնամոռացությունը, զոհաբերությունը և այլն: Հետաքրքրական է, որ այս փուլում սեռական օրգանների նկատմամբ հետաքրքրությունը շատ թույլ է արտահայտված, ավելի թույլ, քան նախորդ փուլում: Պլատոնական փուլի համար հատկանշական է սեռական բնագործից անցումը դեպի սիրո վեհությունը: Աղջիկների մոտ ռոմանտիկ փուլը արտահայտվում է դուր գալու, իր վրա ուշադրություն գրավելու ձգտումով, երևակայություններով, որոնցում նա արժանանում է իր ասպետի բոլորանվեր հոգատարությանը: Մեծահասակների կողմից կյանքի խրատական դասերով այս պատրանքների փլուզումը ընկալվում է իբրև կոպիտ և վիրավորական, իսկ սիրեցյալից հարկադիր հեռացումը կարող է ծանր ապրումներ առաջացնել: Ռոմանտիկ փուլը առավելապես բնորոշ է աղջիկներին, որը խառնվելով հաջորդ՝ էրոտիկ փուլի դրսևորումներին, կարող է երկար տարիներ պահպանվել: Տղաները հակված են լիբիդոյի սահուն և արագ փուլային անցումների՝ տարիքային հատակ սահմաններով, մինչդեռ աղջիկների մոտ հնարավոր են փոխադարձ անցումներ մի փուլից մյուսը, և տարիքային սահմանները անորոշ են:
3. **Էրոտիկ փուլը** բնորոշվում է գուրգուրանքների և մարմնական քնքշանքների դևսևորմամբ: Այս փուլը հատկապես բնորոշ է կանանց սեքսուալությանը և հազվադեպ է հանդիպում տղամարդկանց մոտ: Էրոտիկ փուլի վառ դրսևորումը վերջիններիս մոտ կարող է հոգեսեռական զարգացման հապաղման արդյունք լինել: Էրոտիկ փուլում գեղարվեստական գրականության ընթերցման կամ կինոֆիլմերի դիտման ժամանակ հուզող հետաքրքրություն է ի հայտ գալիս էրոտիկ դրվագների նկատմամբ: Երևակայությունները ձեռք են բերում զգայական երանգ, նրանցում սկսում են գերակշռել շոշափելու, հպվելու ցանկությունները, սիրահետման արժանանալու ձգտումը: Պարը, սիրեցյալի հետ առանձնացումը, առաջին սիրահարվածության ապրումները լցնում են էրոտիկ փուլը հարուստ զգացմունքներով և հույսերով, որոնցից շատերը, ավաղ, կյանքի ընթացքում դատապարտված են ձախողման: Տղաների

կողմից սեքսուալ կապի ներգրավման փորձերը այս փուլում աղջիկների մոտ առաջացնում են զզվանքի զգացում:

4. **Սեքսուալ փուլ.** պատանի տղաների մոտ այս փուլը ընթանում է ցածրակարգ էնդոհիաների ֆոնի վրա, որոնք առաջին անգամ ի հայտ գալով սեռական հասունացման տարիքում, այնուհետև մշտական խթանող գրգիռներ են ստանում սեռական գեղձերի սեկրետոր ակտիվության շնորհիվ (Տարխանովի ֆենոմեն): Սեռահասունացման տարիքում սեքսուալության դրսևորումները սովորաբար գերազանցում են անհատական ֆիզիոլոգիական նորման (պատանեկան հիպերսեքսուալության շրջան), դիտվում են հսկողության չենթարկվող և ոչ կամային մի շարք երևույթներ, օրինակ՝ սևեռուն հետաքրքրասիրություն ցանկացած սեքսուալ թեմայի շուրջ, ինքնաբուխ էրեկցիաներ՝ վառ արտահայտված սեքսուալ գրգռմամբ, գիշերային երազախաբություններ, ձեռնաշարժության էքսցեսներ, որոնք երբեմն հոգեկան ծանր ապրումներ են առաջացնում՝ արդեն ձևավորված բարոյաէթիկական դիրքորոշումների և անվերահսկելի Ես-ի միջև ծագող կոնֆլիկտներով:

Աղջիկների մոտ սեքսուալ լիբիդոյի ձևավորումը և հեշտանքի հասնելու կարողությունը սովորաբար առաջանում է կանոնավոր սեռական կյանքի անցնելիս կամ ակտիվ ձեռնաշարժության փորձի արդյունքում: Կանանց միայն շատ փոքր մասն է (ըստ Կինգիի տվյալների՝ 9%-ը) հեշտանքի զգացողություն ունենում նախքան սեռական հասունացման շրջանը, որն էլ մեծ մասամբ պայմանավորված է պաթոլոգիկ բարձր զգայունակությամբ, ի հետևանք պարացենտորալ բլթակների ախտահարման: Աղջիկների սեռական հասունացման շրջանում ավելի հավանական է էրոտիկ լիբիդոյի դրսևորումը: Ըստ Սվյադոշչի ուսումնասիրությունների, կանանց 22.4%-ը ընդհանրապես չի ունենում սեքսուալ լիբիդոյի արթնացում ողջ կյանքի ընթացքում: Ընդ որում դա պայմանավորված է ոչ այնքան սոմատիկ գործոններով, որքան սեքսուալ ապրումների արգելակմամբ՝ ոչ ճիշտ դաստիարակման կամ սեռական զուգընկերոջ ոչ ադեկվատ վարքի հետևանքով: Հաճախ կանանց սեքսուալության այսօրինակ արգելակումները հասարակության մեջ կանանց սեքսուալ դրսևորումների նկատմամբ առկա քննադատական վերաբերմունքի արդյունք են:

5. **Հասուն սեքսուալության փուլը** բնորոշվում է լիբիդոյի ճանաչողական, ռոմանտիկ, սեքսուալ-զգայական բաղադրիչների և անձի արժեքային համակարգի ներդաշնակ համադրությամբ: Սեռական հասունության հասնելով՝ անձը ի վիճակի է դառնում վերահսկելու իր սեքսուալ իմպուլսները և, ի տարբերություն նախորդող փուլերի՝ հաջողությամբ կարողանում է ճնշել սեռական մղումները, եթե դրանք չեն համապատասխանում տվյալ իրավիճակին և հանգամանքներին, կամ էլ հակասում են իր դավանած բարոյաէթիկական արժեքներին:

Ի տարբերություն լիբիդոյի զարգացման Վասիլչենկոյի բացատրության, հոգեվերլուծաբանները գտնում են, որ լիբիդոն ոչ թե պարզապես աճում է՝ պահպանելով իր ձևը, այլ անցնում է իրար հաջորդող և իրար չնմանվող մի շարք փուլերով, ինչպես, օրինակ, տեղի է ունենում թրթուրից դեպի թիթեռ զարգացումը: Հոգեվերլուծական տեսանկյունից լիբիդոյի զարգացման տեսությունը



հասկանալու համար պահանջվում է մտքի լարում և վառ երևակայություն: Թերևս սա է պատճառներից մեկը, որ շատերի կողմից այս տեսությունը թերագնահատվում է կամ ընդունվում թերահավատությամբ: Ամենասկզբում նշենք, որ «լիբիդո» հասկացությունը մի փոքր այլ բովանդակային իմաստ է կրում հոգեվերլուծության մեջ: Այն իրենից ներկայացնում է սեռական կյանքն ամբողջությամբ, որը սկսում է դեռևս մանկությունից և իր զարգացման ընթացքում, տարիքային տարբեր խմբերում, դրսևորվում է տարբեր հակումներով, ինչպես նաև տարբեր էրոգեն գոտիների առաջնայնությամբ:

Լիբիդոյի զարգացման ընթացքում Ֆրոյդը տարբերում է 3 փուլ՝ *օրալ, անալ և ֆալիկ*: Առաջին երկու փուլերում էրոգեն գոտին սեփական մարմնի մասերն են, և սեռական հակումը իրականանում է օրալ փուլում՝ ծծելու, իսկ անալ փուլում՝ արտաթորանքը պահելու և արտամղելու միջոցով: Այս առումով հիշյալ փուլերում խոսքը աուտոէրոտիզմի մասին է: Երրորդ՝ ֆալիկ կամ էդիպյան փուլում, սեռական հակումն ուղղվում է դեպի արտաքին աշխարհ, դեպի ծնողներ, իսկ էրոգեն գոտու նշանակություն են ձեռք բերում սեռական օրգանները:

Չարգացման շրջադարձային կետ է համարվում սեռական օրգանների առաջնայնության հաստատումը և, դրա հետ միասին, սեքսուալությունը սերնդի շարունակման ֆունկցիային ուղղորդելը: Մինչ այդ գոյություն ունի այսպես կոչված ցրված սեռական կյանք՝ առանձին մասնավոր հակումների տեսքով, որոնց նպատակը օրգանական հաճույքի ձգտելն է:

Սկսած երեք տարեկանից մինչև սեռական օրգանների առաջատար դերի հաստատումը, երեխայի սեռական կյանքը շատ տեսակետներից նման է մեծահասակի սեռական կյանքին: Վերջինից այն տարբերվում է այլասերվածության անխուսափելի գծերով, հակումների անհամեմատ փոքր ուժով և, իհարկե, սեռական օրգանների առաջատարության բացակայությամբ: Այս ժամանակ առաջին պլանի վրա հանդես են գալիս ոչ թե գենիտալային մասնակի հակումները, այլ սադիստական և անալային հակումները: Անդիմադրելի են դիտելու և իմանալու հակումները: Անցումը դեպի ֆալիկ փուլ իրականանում է սիրո առաջին օբյեկտի՝ մոր ընտրությամբ, և այս պահից սկսած սեռական հակումները անջատվելով սեփական մարմնից՝ ուղղվում են դեպի մայրը:

Մորը որպես սիրո օբյեկտ ընտրելու հետ է կապվում Էդիպի բարդույթի ձևավորումը: Այս պահից սկսում է գործել նաև ամորձատման բարդույթը, որը տարբեր ազդեցություն է ունենում տղա և աղջիկ երեխաների սեռական կյանքում: Ի վերջո, էդիպյան բարդույթի տրոհմամբ ավարտվում է լիբիդոյի ֆալիկ փուլը: Դա տեղի է ունենում մինչև 6 տարեկան հասակը, որից հետո սկսվում է թաքուն շրջանը, երբ սեռական ապրումների և հոգեկան դրսևորումների մեծ մասը ենթարկվում են մանկական ամենեզիայի, մոռացման՝ սքողելով մեր կյանքի «առաջին երիտասարդությունը» և հեռացնելով մեզ նրանից:

Սեռական հասունացման շրջանում, երբ սեռական հակումն առաջին անգամ ամբողջ ուժով դրսևորում է իր պահանջները՝ արյունապղծական օբյեկտները ընտրվում են կրկին անգամ: Ծնողներից սեռական հակման տարանջատման բարդ խնդիրը լուծելով՝ հնարավոր է դառնում էդիպյան բարդույթի տրոհումը, նրա ժառանգորդ գեր-Ես-ի հայտնվելով:

### ***Սեռական ցանկության տարիքային դիմամիկան և ուժգնության տատանումները***

Սեռական ցանկության ուժգնությունը փոփոխվում է տարիքի հետ և ունի զարգացման սեռային տարբերություններ: Երեխաների էրոտիկ զգացողությունները երևան են գալիս նրանց սեռական օրգաններին դիպչելիս: Այսպես, լողացնելու կամ հագուստը փոխելու ժամանակ երեխայի ծլիկը կամ արական օրգանը շոշափելիս, նա արտահայտում է հաճույքի զգացում՝ ժպտալով կամ դունդունալով: Հաճույքի այս զգացողությունները երեխաների մոտ առաջացնում են դրանք վերապրելու պահանջումներ. հաճախ այս տարիքում երեխաները զբաղվում են ձեռնաշարժությամբ, իսկ ավելի ուշ՝ խաղում այնպիսի խաղեր, որոնց ընթացքում հնարավորություն ունեն նայելու և շոշափելու միմյանց սեռական օրգանները:

Սեռական հասունացման տարիքում դիտվում է սեռական ցանկության զգալի աճ: Սա պայմանավորված է մի կողմից սեռական վարքի համար պատասխանատու ուղեղային կենտրոնների հասունացմամբ, մյուս կողմից՝ սեռական գեղձերի ակտիվացման շնորհիվ տեստոստերոնի մակարդակի բարձրացմամբ, որը խթանում է ուղեղային այդ կենտրոնները:

Պուրերտատից հետո երկու սեռերի մոտ սեռական զարգացումը ընթանում է տարբեր կերպ: Տղամարդկանց մոտ սեռական ցանկությունը մնում է իր բարձունքին մոտավորապես 20 տարի շարունակ և այնուհետև սկսում է դանդաղ նվազել: Սեռապես առողջ հասուն տղամարդը մեծ հետաքրքրություն է ցուցաբերում սեռական կյանքի հանդեպ, հեշտությամբ զբաղվում է և զուգընկերուհու բացակայության դեպքում ձբաղվում է ձեռնաշարժությամբ՝ երևակայելով սեռական տեսարաններ, օրվա մեջ մի քանի անգամից մինչև շաբաթվա մեջ մի քանի անգամ: Եթե նա զրկված է այս հնարավորությունից, ապա ունենում է ֆրուստրացիայի զգացողություն: Եթե տղամարդու սեռական զարգացումը ընթացել է առանց սեռական ցանկության պուրերտատային աճի, որն արտահայտվում է ակտիվ ձեռնաշարժության, հարուստ սեռական երևակայության կամ կենսակցումների տեսքով, ապա կարելի է մտածել սեռական զարգացման խանգարման մասին:

Տղամարդու սեռական հակման ուժգնությունը աստիճանաբար նվազում է երիտասարդության տարիներից հետո: Միջին տարիքում նա թեև պահպանում է սեռական ցանկությունը, բայց կարող է վերապրել սեռական ձեռնպահությունը համեմատաբար հանգիստ, առանց ֆրուստրացիայի: Սակայն որոշակի պայմաններում նրա սեռական ցանկությունը կարող է տատանվել՝ գրանցելով աճի և նվազման ժամանակավոր հատվածներ:

Կանայք նույնպես ունենում են լիբիդոյի աճ պուրերտատի ընթացքում: Սակայն, ի տարբերություն տղամարդկանց, լիբիդոյի ուժգնությունը նրանց մոտ ավելի պակաս է: Աղջիկներն այս տարիքում ավելի հեշտությամբ են ձեռնպահ մնում սեռական ինքնադրստորումից, քան տղաները: Այդ պատճառով պուրերտատային ձեռնաշարժության բացակայությունը աղջիկների մոտ չունի սեռական արգելակման այն կլինիկական նշանակությունը, ինչ՝ տղաների մոտ: Կանանց սեռական հակումը չի նվազում երիտասարդ տարիներից հետո, ընդհակառակը, դանդաղորեն աճում է և հասնում իր գագաթնակետին:

մոտավորապես 40 տարեկան հասակում: Դրանից հետո սեռական ցանկության փոփոխությունը ենթակա է անհատական տատանումների:

Կյանքի ընթացքում առողջ անհատը սեռական ցանկություն է ունենում թե ինքնաբերաբար կերպով, թե զուգընկերոջ կողմից գրգռվելով: Երբ սեռական հակումը ուժեղ է, ցանկության վերապրումները և սեռական գրգռումը ի հայտ են գալիս լայն շրջանի գրգիռների ազդեցությամբ: Իսկ երբ հակման ուժգնությունը նվազում է, գրգիռների շրջանակը, որ կարող է հարուցել սեռական քաղց, նեղանում է, և արդյունքում ավելի ուժգին հոգեկան և ֆիզիկական գրգիռներ են պահանջվում սեռական պատասխան առաջացնելու:

Բացի տարիքից կան ուրիշ գործոններ ևս, որոնք ազդում են սեռական հակման ուժգնության վրա: Տրամադրությունը, ընդհանուր ֆիզիկական առողջությունը սեռական վարքի որոշիչներից են: Երկու սեռերն էլ վերապրում են սեռական ցանկության բարձրացում, երբ սիրահարված են, և հակառակը՝ սեռական ցանկությունը նվազում է, երբ առկա է հոգեկան լարվածություն:

Սեռական ցանկության ուժգնությանը բնորոշ են որոշակի ֆիզիոլոգիական տատանումներ: Կինզի կարծիքով կանանց սեռական ցանկության աճ է դիտվում նախադաշտանային փուլում (52%), այլ հետազոտություններ վկայում են, որ ցանկությունը ամենաուժեղն է արտահայտված ամնիջապես դաշտանից հետո կամ էլ հենց դաշտանի ժամանակ: Մաստերսի և Ջոնսոնի կարծիքով, սեռական ցանկության տատանումները կանանց մոտ ենթակա չեն դաշտանային ֆունկցիային և հետևաբար հորմոնալ ֆոնի տատանմանը, այլ պայմանավորված են հոգեբանական գործոններով: Դաշտանադարից հետո սեռական ցանկությունը որոշ կանանց մոտ մնում է նույնը, իսկ ավելի հաճախ դիտվում է ցանկության բարձրացում:

Տղամարդկանց սեռական ցանկության ֆիզիոլոգիական տատանումները պայմանավորված են երկու ֆենոմենով՝ *Տարխանովի* և *Բելովի*: Առաջինը պայմանավորված է սերմնատար ծորաններում և սերմնաբշտերում սերմնահեղուկի կուտակման շնորհիվ այդ ռեգերվուարների պատերում գտնվող ռեցեպտորների մեխանիկական գրգռումով: Այլ խոսքերով ասած, հենց որ տեղի է ունենում սերմնահեղուկի կուտակում, բարձրանում է սեռական լարվածության մակարդակը, և առաջանում է սեռական ցանկություն: Սերմնաժայթքումից հետո կուտակված սերմնահեղուկի գործադրած ճնշումը թուլանում է և դիտվում է սեռական ցանկության նվազում: Առաջին անգամ այս երևույթը նկարագրվել է Տարխանովի կողմից՝ գորտերի վրա կատարած փորձերի արդյունքում: Ի տարբերություն գորտերի, մարդու մոտ չի դիտվում ուղիղ համեմատական կապ՝ կուտակված սերմնահեղուկի քանակության և սեռական ցանկության ուժգնության միջև: Սա պայմանավորված է մեկ այլ՝ Բելովի ֆենոմենով: Դրա հիմքում ընկած է պրոստատովեզիկուլյար փոխազդեցությունը: Ինչպես հայտնի է, շագանակագեղձը համարվում է մկանագեղձային օրգան՝ արտաքին սեկրետոր գործունեությամբ: Սակայն, Բելովի փորձերը ցույց տվեցին, որ սեռական ձեռնպահության ժամանակ այն վեր է ածվում ֆակուլտատիվ ներքին սեկրետոր գեղձի: Նրանում արտադրված նյութերը, ելք չզտնելով դեպի արտաքին աշխարհ՝ ներծծվում են արյան մեջ և արգելակում ամորձիների սեկրետոր գործունեությունը, որի հետևանքով իջնում է տեստոստերոնի մակարդակը և սեռական ցանկությունը: Սեռական ակտիվ գործունեության

Ժամանակ այս նյութերի արտագատումը իջեցնում է շագանակագեղձի արգելակող ազդեցությունը ամորձիների վրա, և տեղի է ունենում հակառակ էֆեկտ: Ամորձիների ակտիվացմամբ ավելանում է անդրոգենների քանակությունը և խթանվում է շագանակագեղձի ակտիվությունը: Անդրոգենների բացակայության դեպքում շագանակագեղձը աստիճանաբար ենթարկվում է ատրոֆիայի:

Սեռական կյանքի սովորական ռիթմի խախտման դեպքում, հատկապես նրա կտրուկ ընդհատման ժամանակ, սկզբում գործում է Տարխանովի ֆենոմենը՝ սեքսուալ-էրոտիկ հիշողությունները օրեցօր ավելի վառ երանգ են ձեռք բերում, սեռական ցանկություն է առաջանում ամենաչնչին առիթի դեպքում, հաճախանում են սպոնտան էրեկցիաները, գիշերային երազախաբությունները: Վերջիններս, սակայն, միայն մասամբ են վերացնում սեռական ձեռնպահության առաջացրած տհաճ զգացողությունները: Աստիճանաբար սեռական երևակայությունները դառնում են հազվադեպ, կորցնում են իրենց նախնական գունավորումը, նվազում է սպոնտան էրեկցիաների, գիշերային երազախաբությունների հաճախականությունը: Այս ամենը խոսում է այն մասին, որ գործի է դրվել Բելովի ֆենոմենը, որն ունի հարմարողական նշանակություն: Ցածր սեռական ակտիվությունից բարձրի անցումը նույնպես ապահովվում է Բելովի ֆենոմենով, բայց՝ հակառակ ուղղությամբ: Մովորաբար սրա համար պահանջվում է որոշակի ժամանակ: Այդ պատճառով երկարատև գործուղումից վերադարձած ամուսնու սեռական ցածր ակտիվությունը որոշ կանանց կողմից հանիրավի է մեկնաբանվում իբրև ամուսնական անհավատարմության նշան:

Վերջում հարկ ենք համարում մատնանշել, որ սեռական ցանկությունը սեռական օրիենտացիա չէ: Պետք չէ շփոթել այս երկու բոլորովին տարբեր սեքսուալ դրսևորումները, ինչպես արել է Վասիլչենկոն: Սեռական կողմնորոշումը՝ սեքսուալ օրիենտացիան, կարող է հանդես գալ հետերո-, հոմո- և բիսեքսուալ տարբերակներով, և յուրաքանչյուր դեպքում սեռական ցանկությունը ինքնուրույն դրսևորում է իր ձևավորման, զարգացման օրինաչափություններով և խանգարման տարբերակներով: Սեռական ցանկությունը պետք չէ շփոթել նաև սեռական նախընտրության հետ: Սեռական նախընտրությունը սեռական ցանկության բավարարման ձևն է: Դրա խանգարումները պարաֆիլիաներն են:

## ՍԵՌԱԿԱՆ ԳՐԳՈՒՄ

Սեռական գրգռումը տղամարդկանց մոտ ուղեկցվում է էրեկցիայի, իսկ կանանց մոտ՝ լյուբրիկացիայի դրսևորմամբ: Երկու սեռերի մոտ էլ սեռական գրգռումը պայմանավորված է միևնույն ֆիզիոլոգիական մեխանիզմով. դա նյարդանոթային ռեֆլեքս է, որի ժամանակ նյարդային գրգիռների ազդեցությամբ տեղի է ունենում սեռական օրգանների արտերիոլների լայնացում և զարկերակային արյան հոսքի ուժեղացում: Նյարդային գրգիռները սկիզբ են առնում ողնուղեղային երկու կենտրոններից, որոնք ակտիվանում են սեռական գրգռման ժամանակ: Մի կենտրոնը տեղակայված է ողնուղեղի S<sub>2</sub>-S<sub>4</sub>, մյուսը՝ T<sub>11</sub>, T<sub>12</sub>, L<sub>1</sub> և L<sub>2</sub> սեգմենտներում: Վազոդիլատացիան առաջացնում է արտաքին սեռական օրգանների ծավալի, չափերի մեծացում և ձևի այնպիսի փոփոխություն, որը պատրաստում է սեռական օրգանները վերարտադրման

Ֆունկցիային: Անատոմիական կառուցվածքի հետևանքով ծավալային մեծացումը տարբեր տեսք է տալիս արական և իգական սեռական օրգաններին, որոնք դառնում են միմյանց փոխլրացնող:

### ***Տղամարդու էրեկցիա***

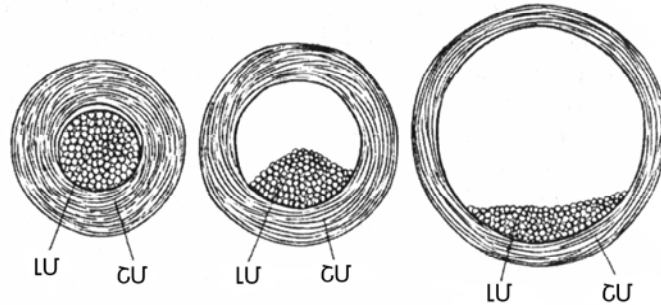
*Տղամարդու էրեկցիան բնորոշվում է առնանդամի չափերի մեծացումով և պնդության ձեռքբերումով:*

Էրեկցիան ամենահասարակ, ամենակայուն և միևնույն ժամանակ ամենախոցելի սեքսուալ դրսևորումն է տղամարդու մոտ: Հասարակ ասելով նկատի է առնվում էրեկցիայի առաջացման համար անհրաժեշտ անատոմոֆիզիոլոգիական կառուցվածքային միավորների փոքր քանակը և հիմնականում պերիֆերիկ կառույցների մասնակցությունը (ողնուղեղային, հարողնուղեղային և առպատային վեգետատիվ հանգույցներ), որոնք մեծապես օժտված են գործունեության ինքնուրույնությամբ, այսինքն անկախ են արտաքին միջավայրի ազդակներից: Էրեկցիայի նշանակալից կայունությունը, որը վերաբերում է օրգանական բնույթի վնասակար ազդակներին, պայմանավորված է նրանով, որ այն ֆիլոգենետիկ տեսանկյունից ամենահին և հետևաբար ամենահուսալի կառուցվածքների վրա է հիմնված: Այդ պատճառով օտոզգենեզի ընթացքում էրեկցիան սեռական ամենաառաջին դրսևորումն է, որ կարելի է հայտնաբերել նույնիսկ պտղի մոտ՝ ներարգանդային զարգացման ընթացքում: Էրեկցիայի խոցելիությունը վերաբերում է հոգեբանական գործոններին և հատկապես արգելակող հույզերին: Էրեկցիան առավել խոցելի է այն տղամարդկանց մոտ, որոնց պատկերացումներում էրեկցիային վերագրվում է առնականության և տղամարդկային արժանապատվության ֆետիշացված նշանակություն (ֆալոսյան կուլտ):

Էրեկցիան առաջանում և պահպանվում է բարդ ֆիզիոլոգիական մեխանիզմների շնորհիվ, որոնք ուժեղացնում են զարկերակային արյան հոսքը դեպի առնանդամ և դժվարացնում երակային հետհոսք: Սեռական օրգանների արյունամատակարարումը ունի 2 առանձնահատկություն, որոնք մեծ դեր են խաղում սեռական ֆունկցիայի իրականացման ժամանակ, հատկապես տղամարդու մոտ: Առաջին առանձնահատկությունն այն է, որ, ի տարբերություն այլ օրգանների արյունամատակարարման, սեռական օրգաններում մեկ v. dorsalis penis-ը ուղեկցվում է երկու aa. dorsales penis-ներով: Հանգիստ վիճակում առնանդամի զարկերակները գտնվում են պարուրված վիճակում, որն անհայտանում է էրեկցիայի ընթացքում:

Մյուս առանձնահատկությունը զարկերակների ներսային մակերեսին գտնվող երկայնաձիգ տեղակայված հարթ մկանային գոյացություններն են, այսպես կոչված Էբների բարձիկները: Հանգիստ վիճակում, առնանդամի զարկերակները և Էբների բարձիկները գտնվում են կծկված վիճակում և նեղացնում են զարկերակն այնպես, որ արյան համար անցանելի է մնում միայն մի նեղ՝ ճեղքաձև բացվածք: Էրեկցիայի ժամանակ զարկերակների և Էբների բարձիկների մկանային թուլացումը բերում է վերջիններիս տափակեցմանը, և զարկերակը լայնորեն բացվում է: Հայտնաբերված է, որ Էբների բարձիկները

գերազանցապես տեղակայված են corpora cavernosi penis-ի զարկերակներում՝ ի տարբերություն corpus cavernosum urethrae-ի զարկերակների:

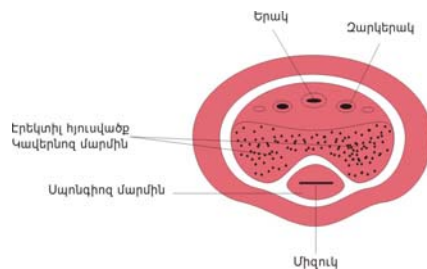


**ՈՒ. 5 Առնանդամի զարկերակը՝ Էրնեղի «բարձրիկով» կծկման տարբեր աստիճաններում**  
ԼՄ - լայնական մկանուղ, ՇՄ - շրջանաձև մկանուղ.

Նմանատիպ կառուցվածքով և ֆունկցիայով են օժտված և v. dorsalis penis-ը և v. profunda penis-ը, որոնք կծկվելով փակում են վեճուլաներից արյան հոսքի ճանապարհը:

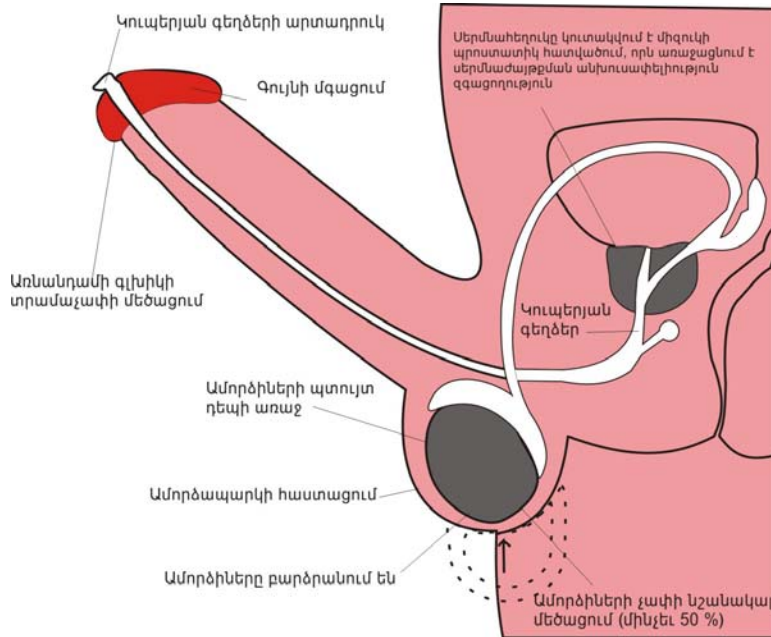
Անոթների վերոնշյալ կառուցվածքային առանձնահատկությունները բարենպաստ պայմաններ են ստեղծում գեճիտալիաների արյունամատակարարման արագ փոփոխությունների համար: Դրան մեծամասամբ նպաստում է նաև այն, որ ի տարբերություն այլ օրգանների, գեճիտալիաների արյունամատակարարումը կարգավորվում է ոչ միայն ներհոսի, այլ նաև արտահոսի հատվածում:

Էրեկցիայի ժամանակ առնանդամը ոչ միայն մեծանում է իր չափերով, այլ նաև իր բարձրագույն կետին հասնելիս ձեռք է բերում առավելագույն պնդություն: Ինչպես հայտնի է, առնանդամի անատոմիական կառուցվածքում տարբերում են երկու կավերնոզ մարմիններ (corpora cavernosi penis) և միզուկի սպոնգիոզ մարմին (corpus spongiosum s. cavernosum urethrae), որը առջևում լայնանալով վեր է ածվում առնանդամի գլխիկի (glans penis):



**ՈՒ. 6 Առնանդամը լայնական կտրվածքով**

Առնանդամի կավերնոզ և սպոնգիոզ մարմինների հյուսվածքային տարբերությունների հետևանքով էրեկցիայի ժամանակ, նույնիսկ դրա բարձրագույն պահին, պնդանում են միայն կավերնոզ մարմինները, մինչդեռ սպոնգիոզ մարմինը և հետևաբար առնանդամի գլխիկը պահպանում են իրենց փափկությունը (դրանով կանխվում է կնոջ սեռական ուղիների վնասումը ֆրիկցիաների ժամանակ):



ՈՒՅ. 7 Տղամարդու սեռական գրգռման փուլ

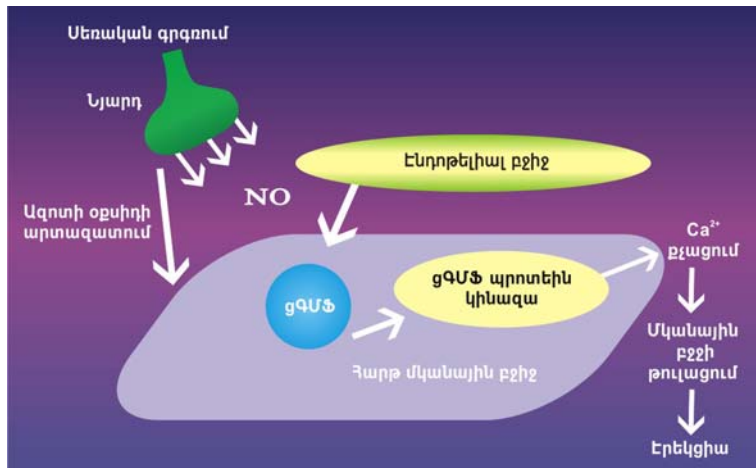
Հետաքրքիր է այն փաստը, որ եթե համեմատենք արյան ճնշումը կավերնոզ մարմիններում և աորտայում, ապա կտեսնենք, որ կավերնոզ մարմիններում արյան ճնշման ավելի ցածր մակարդակի պարագայում դրանք իրենց պնդությամբ գերազանցում են աորտային: Դա պայմանավորված է փապարային մարմինների հատուկ կառուցվածքով, որը կարելի է բիոմեխանիկայի տեսանկյունից անկրկնելի և եզակի երևույթ համարել: Առնանդամը սնող զարկերակը, մտնելով կավերնոզ մարմիններ, այնուհետև ճյուղավորվում է մանր զարկերակների, որոնք ի վերջո բացվում են փապարային խորշիկներում:

Արյունատար անոթների լայնացումը իրականանում է պարասիմպաթիկ նյարդային համակարգի մասնակցությամբ: Սեռական գրգռման ժամանակ էրեկցիայի ողնուղեղային կենտրոններից պարասիմպաթիկ գրգիռներ են հասնում առնանդամի զարկերակներ: Պարասիմպաթիկ նյարդային մեղիատոր ացետիլխոլինը, ակտիվացնելով NO-սինթետազան, բերում է NO-ի քանակության աճի, որն իր հերթին հատուկ միացություն առաջացնելով՝ ակտիվացնում է մկանի ցիտոզոլային գուանիլատոցիկլազան: Վերջինս բերում է

ցիկլիկ գուանոզինմոնոֆոսֆատի սինթեզի, որը պրոտեինկինազների միջոցով գործի է դնում ակտին-միոզին համակարգի ֆոսֆորացումը, բացում է  $Ca^{2+}$  -ի խողովակները և իջեցնում է  $Ca^{2+}$  -ի ցիտոզոլային քանակը՝ առաջացնելով մկանի ռելաքսացիա:

**Աղյուսակ 1. Էրեկցիայի առաջացման փուլերը**

Էրեկցիայի առաջացման հիմնական էտապները
<p>Սեռական գրգռում</p> <p>↓</p> <p>NO-ի ձերբագատում, g-ԳՄՖ ավելացում (g-ԳՄՖ-ի քայքայումը ֆոսֆոդիեսթերազ-5-ով)</p> <p>↓</p> <p>Առնանդամի հարթ մկանային համակարգի թուլացում</p> <p>↓</p> <p>Արյան ներհոսի ուժեղացում և առնանդամի փապարային մարմինների լայնացում</p>

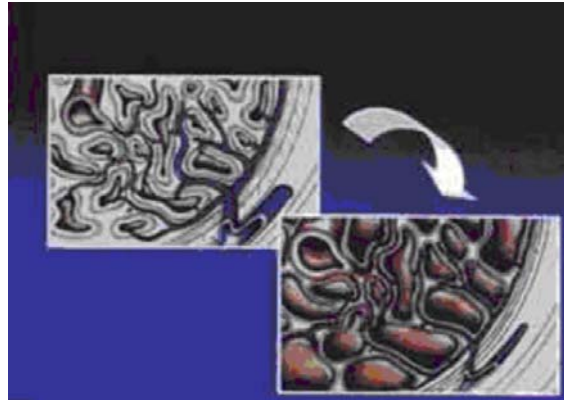


**Նկ. 8 Էրեկցիայի առաջացման g-ԳՄՖ-կախյալ մեխանիզմը**

Էրեկցիայի առաջացման գործում NO-ի և g-ԳՄՖ-ի առաջատար դերի բացահայտումը բերեց մի շարք դեղամիջոցների սինթեզին, որոնք ի վիճակի են ավելացնելու ներքջային g-ԳՄՖ-ի քանակությունը: Դրանք NO-դոնորներն են (Na-ի նիտրոպրուսիդ, նիտրոզլիցերին) և ֆոսֆոդիեսթերազ-5-ի ինհիբիտորները: Առնանդամի հարթ մկանների թուլացում կարող է առաջանալ նաև g-ԱՄՖ-կախյալ մեխանիզմներով: Կան դեղամիջոցներ, որ ազդում են այս վերջին մեխանիզմով, օրինակ՝ պրոստագլանդին  $E_1$ -ը: Երակային հետհոսքի դժվարացման պատճառները դեռ լիովին բացահայտված չեն: Հնարավոր է, որ դեր են խաղում երակների անմիջական կծկման մեխանիզմները, այլ հիպոթեզի



համաձայն՝ գործի է դրվում երակներում առկա փականային համակարգը, և վերջապես՝ լցվող փապարային փորշիկները մեխանիկական ճնշում գործադրելով երակների վրա, պարզապես խոչընդոտում են երակային արյան հետհոսքը:



նկ. 9 Էրեկցիայի մեխանիզմը

**Էրեկցիայի պահին փապարային մարմինները գտնվում են թուլացած վիճակում, արյունը ազատ լցվում է խորշիկներ և փքելով դրանք՝ սեղմում դրենավորող երակները՝ կարծես ծուղակի մեջ առնելով կուտակված արյունը:**

Էրեկցիան պարասիմպաթիկ ռեակցիա է, թեև կան որոշակի փաստեր, որ վկայում են էրեկցիայի առաջացման մեխանիզմներում սիմպաթիկ գրգիռների մասնակցության մասին: Հնարավոր է սիմպաթիկ այս մեխանիզմների մասնակցությունը երակային հետհոսքի կարգավորման գործում: Այնուհանդերձ, հայտնի է, որ սուր սիմպաթիկ հակազդումը, որ դիտվում է օրինակ վախի ժամանակ, ակնթարթորեն անհետացնում է էրեկցիան՝ դատարկելով լրացուցիչ արյան քանակությունը:

Էրեկցիայի առաջացումը կարգավորվում է հատուկ նյարդաֆիզիոլոգիական մեխանիզմներով: Լինելով ողնուղեղային ռեֆլեքս, որի կենտրոնները գտնվում են ողնուղեղում, էրեկցիան մեծապես գտնվում է գլխուղեղի կառավարման ներքո: Վերջինս կոորդինացնում է հոգեկան և զգայական ներգործությունները և հանդիսանում է էրեկցիայի հոգեբանական ամրապնդման կամ արգելակման կենսաբանական հիմքը:

Էրեկցիայի ողնուղեղային երկու կենտրոններից վերինը միջնորդում է հոգե-երոտիկ ազդակները, իսկ ստորինը՝ տակտիլ ներգործությունները: Այդ պատճառով ռեֆլեկտոր էրեկցիա կարելի է առաջացնել առնանդամի անմիջական տակտիլ գրգռման միջոցով, այդ թվում ողնուղեղի վերսրբանային վնասումների դեպքում: Եվ ընդհակառակը, միայն սեռական երևակայությունների կամ մյուս զգայարաններից եկող գրգիռների միջոցով նույնպես կարելի է հասնել էրեկցիայի:

Տարբերում են ոչ աղեկվատ (սպոնտան) և աղեկվատ էրեկցիա:

Սպոնտան էրեկցիան դրսևորվում է դեռևս զարգացման վաղ փուլերում և պայմանավորված է էրեկցիայի սպինալ կենտրոնների գրգռմամբ: Սպոնտան

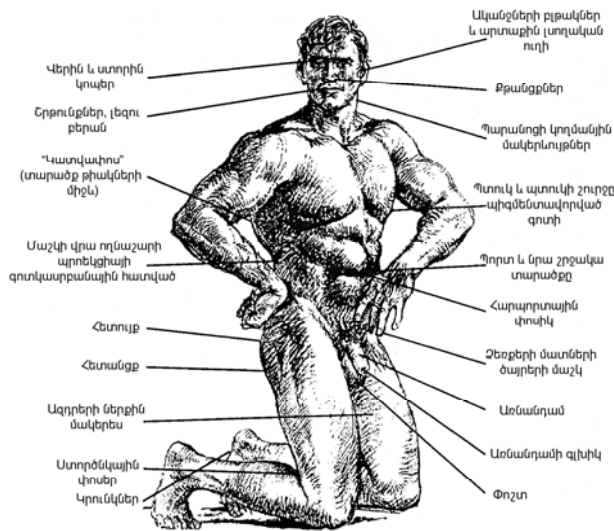
Էրեկցիաներն առաջանում են արտաքին սեռական օրգանների անմիջական գրգռման ժամանակ, կոմքի խոռոչի կանգային երևույթների հետևանքով՝ առանց բարձրագույն կեղևային կենտրոնների մասնակցության:

Հասուն տղամարդու մոտ սպոնտան էրեկցիաներ լինում են միայն քնի ժամանակ, առավոտյան արթնանալիս, արստինենցիայի դեպքում: Այդպիսի էրեկցիաների բացակայությունը խոսում է կարգավորիչ նյարդաանոթային մեխանիզմների օրգանական վնասման մասին:

Աղեկվատ էրեկցիան առաջանում է սեքսուալ գրգռման ժամանակ՝ էրեկցիայի բարձրագույն կեղևային կենտրոնների մասնակցությամբ:

Քանի որ էրեկցիան անոթային ռեակցիա է, հասկանալի է, որ դրա առաջացման համար կարևոր է նաև անոթների վիճակը, դրանց անցանելիությունը, էլաստիկությունը:

Տղամարդու սեռական գրգռման գործում դեր են խաղում էրոգեն գոտիները:



ՈՒ. 10 Տղամարդու էրոգեն գոտիներ

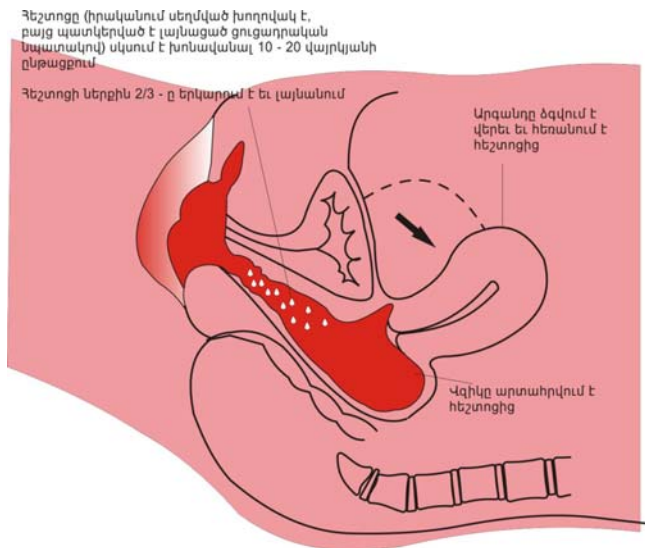
Տարբերում են գենիտալ և էքստրագենիտալ էրոգեն գոտիներ: Ի տարբերություն կանանց, տղամարդու սեքսուալ գրգռման համար հիմնական և ծանրակշիռ դերը պատկանում է գենիտալ էրոգեն գոտիներին:

### **Կանանց սեռական գրգռում-յուրբիկացիա**

Կանանց սեռական գրգռումը, որի հիմնական արտահայտությունը հեշտոցի խոնավացումն է, իր էությամբ կոմպլեքսն է առնանդամի էրեկցիային: Ի հայտ են գալիս այնպիսի փոփոխություններ, որոնք պատրաստում են կանացի գենիտալիաները պրկված առնանդամի մուտք գործելուն: Բացի հեշտոցի խոնավացումից, որը հեշտացնում և հաճույքաբեր է դարձնում ֆրիկցիոն փուլը, սեռական գրգռման ժամանակ տեղի է ունենում

հեշտոցի փխրունացում, էլաստիկության աճ և ծավալային տարողության մեծացում՝ ի հաշիվ հեշտոցի հետին երկու երրորդի երկարացման: Այս ամենը նպաստում է մեծացած և պնդացած առնանդամի մուտքին և ազատ շարժումներին հեշտոցում:

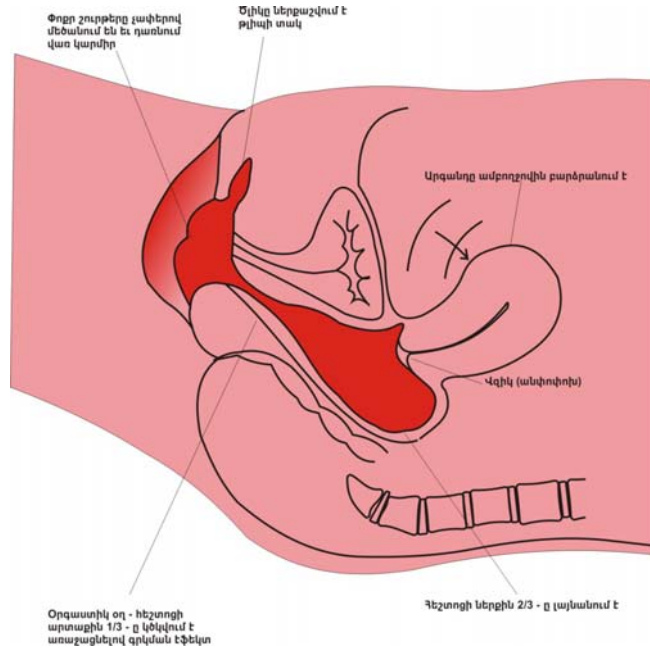
Սեռական գրգռումը կանանց մոտ նույնպես պայմանավորված է գենիտալիաների անոթային լայնացման պարասիմպաթիկ ռեֆլեքսով: Ջարկերակային արյան ներհոսի ուժեղացման շնորհիվ անոթներում ստեղծվում է արյան բարձր ճնշում, որի տակ տեղի է ունենում պլազմայի տրանսուդացիա դեպի հեշտոցի լուսանցք: Արյան ներհոսի ուժեղացմամբ է պայմանավորված նաև արտաքին սեռական օրգանների՝ ծղիկի, մեծ և փոքր ամոթաշրթերի, ինչպես նաև ողջ հեշտոցային գլանակի փքումը, չափերի զգալի մեծացումը: Դա ուղեկցվում է նաև գույնի զգալի փոփոխությամբ: Եթե հանգիստ վիճակում գենիտալիաների մակերեսը աչքի է ընկնում բաց վարդագույն երանգով, ապա գրգռման ժամանակ այն ձեռք է բերում ալ կարմիր գունավորում:



**նկ. 11** Կնոջ սեռական գրգռման փուլը

Սեռական գրգռման ժամանակ մեծ ամոթաշրթերում տեղակայված Բարտոլինյան գեղձերը արտադրում են փոքր քանակությամբ լորձային արտադրուկ, որի ֆիզիոլոգիական նշանակությունը հեշտոցամուտքի խոնավացումն է և ինտրոիտուսի հեշտացումը:

Պլաստոյի ֆազայում սեռական գրգռման աճի հետ փոքր ամոթաշրթերը ձեռք են բերում կարմրամանուշակագույն երանգ: Հեշտոցի արտաքին երրորդականում առաջանում է օրգաստիկ օղը՝ լորձաթաղանթի հաստացումից գոյացած բարձիկը, որն ամուր գրկում է առնանդամը: Ըստ էության, օրգաստիկ օղակի ձևավորմամբ է պայմանավորված հեշտանքի ռեֆլեքսի թողարկումը:



ՈՂ. 12 ՊԼԱՏՈ

Լյուբրիկացիան ուղեկցում է ողջ գրգռման փուլը, երբեմն, նույնիսկ, շարունակվելով հեշտանքի փուլից հետո, որը մուլտիօրգաստիկ կանանց բնորոշ հատկանիշ է: Սովորաբար հեշտանքից հետո այն արագ հետ է զարգանում, քանի որ հեշտոցի լորձաթաղանթի անոթները օժտված են երկկողմանի թափանցելիությամբ:

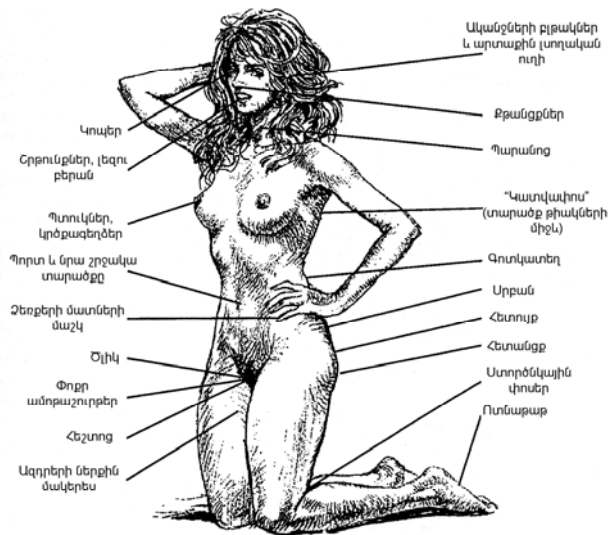
Որոշ կանանց մոտ լյուբրիկացիան այնքան ուժեղ է արտահայտված, հատկապես նախաօրգաստիկ շրջանում, որ այն տպավորությունն է ստեղծվում, թե հեշտանքի ժամանակ տեղի է ունենում հեղուկի արտաժայթքում: Իրականում, ոչ մի նմանատիպ բան էլ տեղի չի ունենում: Օրգաստիկ կծկումների ժամանակ լորձային արտադրություն կարող է արտազատվել միզուկից՝ հարմիզուկային գեղձերի ակտիվ գործունեության շնորհիվ: Տուբոավելոյար այս գեղձերը, որ բացվում են միզուկի մեջ, համարվում են տղամարդու շագանակագեղձի գեղձային հատվածի ռուդիմենտար անալոգը կանանց մոտ:

Կանանց սեռական գրգռումը կառավարող ողնուղեղային և բարձրագույն կեղևային կենտրոնները դեռ հստակորեն տարբերակված չեն, սակայն ելնելով օնտոգենետիկ զարգացման նմանությունից, կարելի է ենթադրել, որ դրանք համընկնում են տղամարդու համանման կենտրոններին:



ՈՒՅ. 13 Պարարտարալ գեղձեր

Կանանց սեքսուալությանը բնորոշ է այն երևույթը, որ միևնույն գրգիռը տարբեր իրավիճակներում կարող է տարբեր ռեակցիա առաջացնել: Այսպես, եթե կիսամերկ պարողի մարմինը ներկայացման ժամանակ առաջացնում է զուտ էսթետիկ զգացողություններ, ապա ինտիմ պայմաններում այն կարող է սեռական գրգռում առաջացնել: Միևնույն օրինաչափությունը գործում է նաև տակտիլ գրգիռների համար: Որոշ հեղինակներ կարծում են, որ գոյություն ունեն հատուկ սեռազգացողության ընկալիչներ՝ գեմիտալային մարմիններ՝ սեռական տակտիլ գրգիռների ընկալման համար: Սակայն ինտիմ իրավիճակից դուրս, օրինակ՝ գինեկոլոգիական հետազոտության ժամանակ, դրանք սեռական գրգռում չեն առաջացնում: Այսպիսով, կնոջ մոտ սեռական գրգռում առաջանալու համար հարկավոր է, որ սեռական գրգիռներին տրվի էրոտիզացնող նշանակություն, ինչը վկայում է կեղևային կենտրոնների մասնակցության մասին:



ՈՒՅ. 14 Կնոջ էրոգեն գոտիներ

Բացի այդ, կնոջ մարմնի տարբեր մասեր տարբեր զգայունակությամբ են օժտված սեռական գրգիռների նկատմամբ: Դա թույլ է տալիս որոշ հեղինակների առանձնացնելու այսպես կոչված էրոգեն գոտիներ, որոնց գրգռումը հիմնականում բերում է սեռական գրգռման արագ և կայուն աճի:

Տարբերում են գենիտալ և էքստրագենիտալ էրոգեն գոտիներ: Վերջիններս կնոջ սեռական կյանքում խաղում են ավելի մեծ դեր, քան գենիտալ գոտիները, ի տարբերություն տղամարդկանց, որոնց մոտ գործում է հակառակ օրինաչափությունը: Գենիտալ էրոգեն գոտիներն են ծլիկը, փոքր ամոթաշորքերը, հեշտոցամուտքը, հեշտոցի արտաքին մեկ երրորդի առաջային պատը՝ այսպես կոչված G-գոտին, արգանդի վզիկը: Գենիտալ էրոգեն գոտիների նշանակությունը ունիվերսալ է, այսինքն ընդհանուր է բոլոր կանանց համար, ինչը չի կարելի ասել էքստրագենիտալ էրոգեն գոտիների մասին, որոնք աչքի են ընկնում խիստ անհատական բնույթով և դինամիկ փոփոխությամբ:

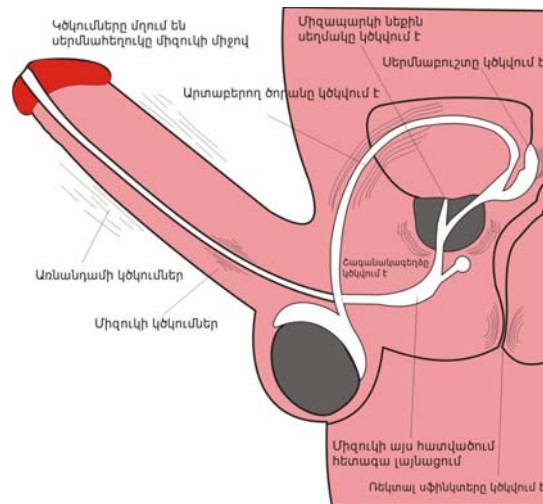
Ա.Մ. Սվյադոշչը տարբերում է նաև առաջնային և երկրորդային էրոգեն գոտիներ՝ ելնելով դրանց ֆունկցիոնալ նշանակությունից: Եթե առաջնային էրոգեն գոտիների գրգռումը ստեղծում է ընդհանուր հուզաէրոտիկ տրամադրվածություն, ապա երկրորդայինների գրգռումը տանում է հեշտանքի: Երկրորդային էրոգեն գոտիների տեղակայումը պայմանավորում է հեշտոցային, ծլիկային և խառը հեշտանքների գոյությունը:

## ՀԵՇՏԱՆՔ

Անհրաժեշտ է տարբերել հեշտանքի փուլ և հեշտանք հասկացությունները: Հեշտանքը հեշտանքի փուլի ավարտին ի հայտ եկող հաճույքի զգացողությունն է: Տղամարդկանց մոտ հեշտանքն ուղեկցվում է սերմնաժայթքումով: Հեշտանքի փուլը, ինչպես և սեռական գրգռման փուլը, գենիտալ ռեակցիա է, որը կառավարվում է ողնուղեղային կենտրոններով: Այն չի ընդգրկում անոթային փոփոխություններ, այլ զուտ մկանային ռեֆլեքս է, որին մասնակցում են որոշակի գենիտալ մկաններ:

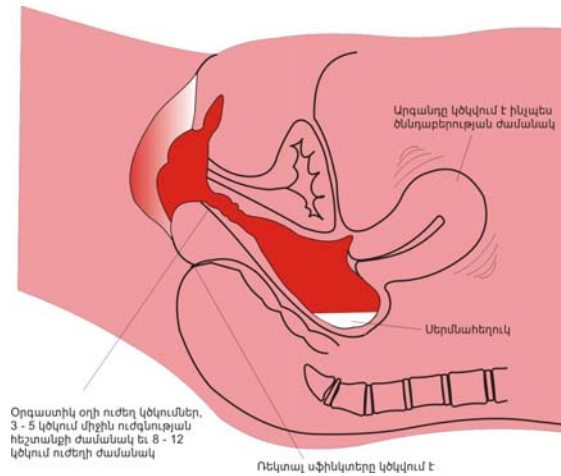
Հեշտանքի փուլը տարբեր կերպ է ընթանում կանանց և տղամարդկանց մոտ: Տղամարդու հեշտանքի փուլը կազմված է երկու, իրարից անկախ, բայց փոխկապված ենթափուլերից՝ էմիսիա և էյակուլյացիա: Էմիսիան սերմնահեղուկի մղումն է դեպի միզուկի շագանակագեղձային հատված: Այս փուլը հաճույքաբեր չէ, այլ ընկալվում է իբրև մի զգացողություն, որ Մաստերսի և Ջոնսոնի կողմից կոչվել է «սերմնաժայթքման անխուսափելիության զգացողություն»: Տղամարդը զգում է, որ սերմնաժայթքման պահը վրա է հասել և այլևս ի գործ չէ կառավարելու այն: 2-4 վայրկյան հետո հաջորդում է երկրորդ՝ էյակուլյացիայի կամ սերմնաժայթքման ենթափուլը, որի ժամանակ տեղի է ունենում սերմնահեղուկի արտաբերում՝ միզուկի արտաքին բացվածքով:

Կարճ ժամանակի ընթացքում իրար հաջորդող սերմնաժայթքումների ժամանակ, յուրաքանչյուր հաջորդ էյակուլյատում պակասում է սպերմատոզոիդների քանակը, երրորդ կամ չորրորդ էյակուլյացիայի ժամանակ նրանք իսպառ բացակայում են: Սպերմատոզոիդների վերականգնումը սերմնահեղուկում տեղի է ունենում 2-3 օրից:



**Նկ. 15 Տղամարդու հեշտանք**

Կանանց հեշտանքի փուլը բաղկացած է միայն մեկ մասից՝ հենց հեշտանքից, որը ըստ էության համապատասխանում է տղամարդու սերմնաժայթքման ենթափուլին: Սակայն, ի տարբերություն տղամարդկանց, հեշտանքի փուլում կանանց մոտ որևէ հեղուկ չի արտաբերվում:



**Նկ. 16 Կնոջ հեշտանք**

Հեշտանքի առաջին ենթափուլը տղամարդկանց մոտ կառավարվում է սիմպաթիկ նյարդային համակարգով: Աֆերենտ նյարդային գրգիռները ոտ. Pudendi-ի միջոցով հասնում են ողնուղեղի սակրալ հատված: Էֆերենտ նյարդային գրգիռները դուրս են գալիս T<sub>11</sub>-L<sub>2</sub> սեգմենտներով: Պոստգանգլիոնար սիմպաթիկ նյարդաթելերը տարածվում են սերմնատար ծորանների, սերմնաբշտերի, միզուկի ներքին սֆինկտերի մակերեսներով: Էմիսիայի

Ժամանակ հիշյալ անատոմիական կառույցների կծկման շնորհիվ դրանցում կուտակված հեղուկները լցվում են միզուկի հետին հատված՝ հայտնվելով փակ տարածքում, քանի որ մի կողմից ամուր փակվում է միզուկի ներքին սֆինկտերը, մյուս կողմից՝ փակ է արտաքին սֆինկտերը: Այսպիսով հետին միզուկում ստեղծվում է բարձր ճնշում, որը թողարկում է երկրորդ՝ սերմնաժայթքման ենթափուլը:

Սերմնաժայթքման փուլում կծկվում են շագանակագեղձի և միզուկի մկանները՝ m. constrictor urethrae, ինչպես նաև կմախքային մկանները, այդ թվում՝ mm. bulbo et mm. ischio-cavernosi, կոնքի հատակի մկանները: Առաջին երկուսի կծկումներն ապահովվում են S<sub>2</sub>-S<sub>4</sub> սեգմենտներից դուրս եկող պարասիմպաթիկ նյարդային գրգիռներով, իսկ կմախքային մկանների կծկումը՝ սոմատիկ նյարդերով: Միզուկի արտաքին սֆինկտերը թուլանում է, և մեծ ճնշման տակ սերմնահեղուկը ռիթմիկ կծկումներով արտամղվում է դեպի դուրս:

Հեշտանքի կարգավորմանը, բացի ողնուղեղային կենտրոններից, մասնակցում են նաև ենթակեղևային կառույցները, առաջին հերթին՝ լիմբիկ, հիպոթալամիկ և կեղևային համակարգերը: Դրանով է պայմանավորված հոգեհուզական վիճակի ազդեցությունը հեշտանքի վրա, որը հատկապես ցայտուն է կանանց մոտ:

Հեշտանքի ժամանակ և՛ տղամարդու, և՛ կնոջ գենիտալիաների մկանային կծկումները տեղի են ունենում յուրաքանչյուր 0,8 վայրկյանը մեկ: Սովորաբար գրանցվում են 3-10 այդպիսի կծկումներ, որոնց ուժգնությունը գնալով պակասում է: Հաճույքի ինտենսիվությունը հեշտանքի ժամանակ կախված է այս կծկումների ուժգնությունից և քանակից: Օրգաստիկ լիցքաթափման տևողությունը կանանց մոտ ավելի երկար է (20-30 վրկ), քան տղամարդկանց մոտ: Որոշ կանայք ունակ են բազմակի հեշտանքներ ապրելու առանց ռեֆրակտեր շրջանի (մուլտիօրգաստիկ կանայք): Այսպիսի կանայք սովորաբար քիչ են, ըստ մի հետազոտության տվյալների՝ հարցված կանանց միայն 5%-ը: Նրանք սեռական բավարարման են հասնում միայն հեշտանքի բազմակի ապրումներից հետո:

Տղամարդկանց մոտ հեշտանքի ուժգնությունը կախված է մի շարք գործոններից: Այսպես՝ մեծ քանակով էյակուլյատի դուրս մղումն ուղեկցվում է ուժեղ օրգաստիկ զգացումով: Սեռական թմբկի, հետին միզուկի և շագանակագեղձի բորբոքային ախտահարումների ժամանակ օրգաստիկ զգացողության ուժգնությունը թուլանում է:

Կանանց հեշտանքի ուժգնությունը կարող է տատանվել՝ կախված տարիքից, սեռական փորձառությունից, դաշտանային ցիկլի փուլից, կիրառվող հակաբեղմնավորիչ մեթոդից:

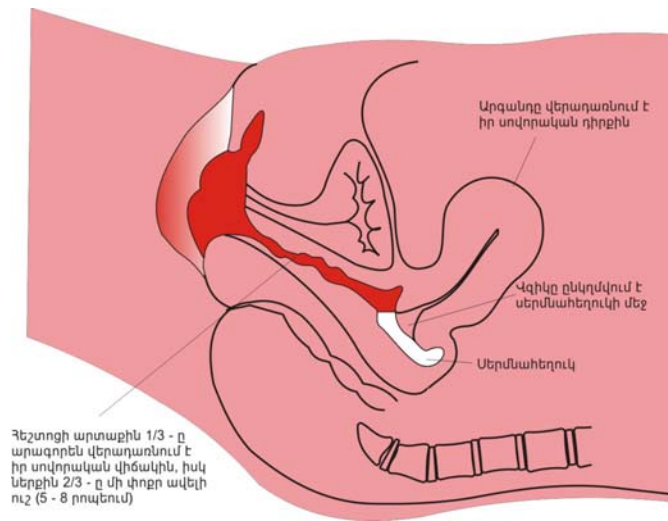
Ա.Մ. Սվյադոշչը առաջարկել է կնոջ հեշտանքի հետևյալ դասակարգումը՝

1. ըստ ծագման աղբյուրի – կոիտալ, էքստրակոիտալ (պետտինգի, ձեռնաշարժության, գիշերային երազատեսության ժամանակ)
2. ըստ տեղակայման – կլիտորալ, վագինալ, անորոշ տեղակայման
3. ըստ ընթացքի – կարճատև (պիկանման), ձգձգվող (ալիքանման), եզակի, բազմակի
4. ըստ ուժգնության – ուժեղ, միջին, թույլ:



Հեշտանքն ունի մեծ կենսաբանական նշանակություն: Այն հանդիսանում է խթան հաջորդ սեռական մերձեցման համար և ամրացնում բոլոր այն ֆիզիոլոգիական տեղաշարժերը, որ տեղ են գտել մինչ հեշտանքի հասնելը:

Հեշտանքից հետո սկսվում է եզրափակման փուլը, որի ընթացքում տեղի են



**ՈՒ. 17 Եզրափակման փուլ**

ունենում սեռական գրգռմանը հակադարձ գործընթացներ և վերադարձ հանգիստ վիճակի:

## ԳԼՈՒԽ 5 ՄԱՐՄՆԱՍԵՌԱԿԱՆ ԶԱՐԳԱՅՈՒՄ

*Մարմնասեռական զարգացումը սեռի կենսաբանական հիմքի ձևավորումն է:* Ժամանակակից գիտությունը սեռ ասելով տարանջատում է դրա կենսաբանական և հոգեազդեցիկ ասպեկտները: Եթե կենսաբանական սեռը արական կամ իգական սեռին պատկանելն է, ապա հոգեազդեցիկ սեռը (գենդերը) բնորոշվում է սեռային նույնացմամբ, սեռին բնորոշ վարքի յուրացումով և սեռի դերային իրականացմամբ: Այլ խոսքերով ասած, հոգեազդեցիկ սեռը պայմանավորում է անձի կին կամ տղամարդ լինելու ինքնագիտակցումը, կանացիությունը և առնականությունը: Այսպիսով, սեռ հասկացությունը չի սահմանափակվում արական և իգական սեռերի բաժանմամբ: Սեռը մի քանի՝ իրար հետ փոխկապակցված կենսաբանական և սոցիալ-հոգեբանական բաղադրիչների համադրություն է, որը ժամանակագրային առումով անցնում է ձևավորման հետևյալ փուլերը (տես՝ սխեմա 1):

Մարմնասեռական զարգացումը սկսվում է դեռևս ներարգանդային զարգացման շրջանում: Մինչև ներարգանդային կյանքի 12-րդ շաբաթը հնարավոր չէ որոշել պտղի սեռը՝ ելնելով արտաքին սեռական օրգանների կառուցվածքից: Այդ ժամանակ սաղմի ներսում ձևավորվում են մեկ զույգ *առաջնային սեռական գեղձեր*, որոնցից հավասարապես կարող են զարգանալ թե՛ ամորձիներ, թե՛ ձվարաններ: Բացի այդ, գոյանում են նաև երկու զույգ խողովակներ՝ Մյուլերյան և Վոլֆյան, որոնք իրենցից ներկայացնում են իգական և արական վերարտադրողական օրգանների նախատիպերը:

Ինչպես ցույց են տալիս հետազոտությունները՝ հատկապես y-քրոմոսոմի ներկայությունն է՝ իր SRY-գենով հանդերձ, որ որոշում է, թե որ սեռի գոնադներ կձևավորվեն առաջնային սեռական գեղձերից: Եթե առկա է մեկ x-քրոմոսոմ և առնվազն մեկ y-քրոմոսոմ, ապա կզարգանան ամորձիներ: Քրոմոսոմների ցանկացած կոմբինացիա, որում բացակայում է y-քրոմոսոմը, բերում է ձվարանների զարգացման:

Ասվածից հետևում է, որ արական սեռի պտղի ձևավորումը ակտիվ գործընթաց է և, հետևաբար, ավելի խոցելի է արտաքին և ներքին վնասակար գործոնների ազդեցություններից: Ի տարբերություն դրա, իգական պտղի սեռական օրգանների զարգացման համար հարկավոր չէ որևէ հավելյալ սպիտակուցի առկայություն, և բավական է միայն XRY գենի բացակայությունը:

Գոնադների սեռային տարբերակումը որոշակիանում է ներարգանդային զարգացման 7-10-րդ շաբաթվա ընթացքում: Մինչ այդ պտղի սեռը որոշվում է միայն սեռական քրոմոսոմների կազմով, այսինքն պտուղը ունի միայն **քրոմոսոմային սեռ**: 10-րդ շաբաթից սկսած սաղմի սեռը կարելի է որոշել արդեն երկու չափանիշով՝ սեռական քրոմոսոմների կազմով և գոնադների հյուսվածաբանական կառուցվածքով: **Գոնադային սեռը** որոշվում է գեներատիվ հյուսվածքով. ձվարաններում դրանք ձվաբջիջ պարունակող պրիմորդիալ ֆոլիկուլներն են, ամորձիներում՝ սպերմատոգոններ պարունակող սերմնատար խողովակները: Բացի գամետային ֆունկցիայից, գոնադներն ունեն նաև հորմոնալ ֆունկցիա: Վերջինս դրսևորվում է գոնադների ինտերստիցիալ

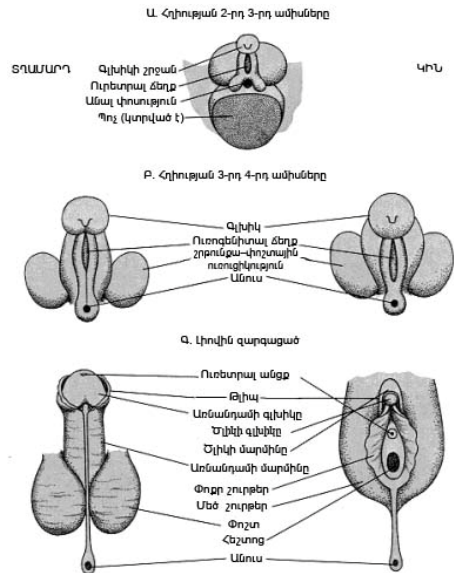
հյուսվածքում սեռական հորմոնների արտադրությամբ: Ընդ որում, երկու սեռի գոնադներն էլ արտադրում են և՛ արական, և՛ իգական սեռական հորմոններ, սակայն տարբեր քանակական հարաբերությամբ: Չվարանները արտադրում են հիմնականում էստրոգեններ, իսկ օվուլյացիայի դեպքում՝ պրոգեստերոն, ամորձիները՝ հիմնականում տեստոստերոն: Գոնադների էնդոկրին ֆունկցիան որոշում է պտղի **հորմոնալ սեռը**:

Սեռական գեղձերի գործունեության շնորհիվ ձևավորվում է **սոմատիկ սեռը**, այսինքն տվյալ սեռին բնորոշ մարմնակազմվածքը: Ներարգանդային զարգացման 10-12 շաբաթվա ընթացքում զարգանում են ներքին վերարտադրողական օրգանները: Մինչ այդ, ինչպես նշվեց վերևում, պտղի մոտ կարելի է հայտնաբերել և՛ արական, և՛ իգական վերարտադրողական օրգանների նախատիպերը՝ երկու զույգ խողովակներ՝ Մյուլերյան և Վոլֆյան: Պտղի ամորձիները, լիովին հասունանալով՝ սկսում են արտադրել երկու տեսակի հորմոններ՝ *տեստոստերոն*, որի ազդեցությամբ Վոլֆյան խողովակներից ձևավորվում են տղամարդու ներքին սեռական օրգանները և *հակամյուլերյան հորմոն*, որի դերը Մյուլերյան խողովակների ապաճման ապահովումն է: Եթե ամորձին ամբողջությամբ չի հասունանում, ապա հակամյուլերյան հորմոնի անբավարար քանակության հետևանքով Մյուլերյան խողովակները չեն ապաճում և մոր էստրոգենների ազդեցությամբ վեր են ածվում արգանդի, արգանդափողերի և հեշտոցի վերին մեկ երրորդի:

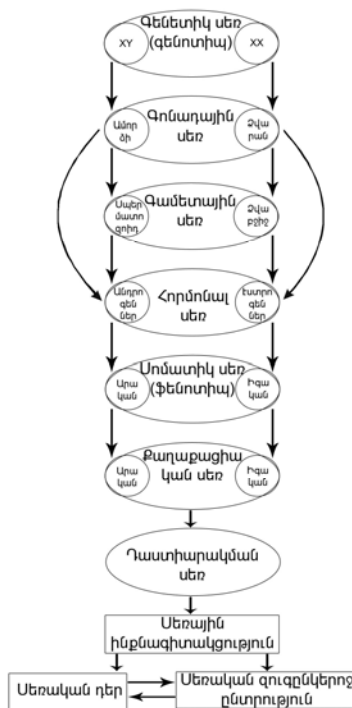
Միայն 12-րդ շաբաթից հետո, անդրոգենների բավարար մակարդակի դեպքում, սկսվում է արական պտղի արտաքին սեռական օրգանների մասկուլիզացիան, որն ավարտվում է 20-րդ շաբաթում: Իգական պտղի դեպքում, ինչպես նաև արական պտղի անդրոգենային անբավարարության դեպքում, մասկուլիզացիա չի ընթանում, և արտաքին սեռական օրգանները ձևավորվում են իգական տիպով:

Սոմատիկ սեռի հիման վրա մանկաբարձուհին հայտարարում է նորածնի սեռը, որն անվանում են **քաղաքացիական սեռ**: Վերջինս կանխորոշում է **դաստիարակման սեռը**, ինչը պայմանավորում է **սեռային ինքնագիտակցությունը**, **սեռային դերի յուրացումը** և, վերջին հաշվով, **սեքսուալ զուգընկերոջ ընտրությունը**:

Քաղաքացիական սեռը համարվում է այն սահմանը, որով իրարից բաժանվում են սեռի կենսաբանական և հոգեոցիալ որոշիչները: Սեռի կենսաբանական որոշիչների տարբերակման խանգարումները հայտնի են *ինտերսեքսուալ վիճակներ* անունով: Հոգեոցիալ որոշիչների խանգարումները հայտնի են իբրև *սեռական նույնացման խանգարումներ* (*տես՝ գլուխ 10*) և *սեռական կողմնորոշման հետ կապված խանգարումներ* (*տես՝ գլուխ 12*):



ՈՒ. 18 Կանանց և տղամարդկանց սեռական օրգանների զարգացումը



Մխենա 1

Ամենահաճախադեպ ինտերսեքտուալ վիճակներն են.

1. Պտղի ձևավորված ամորձիները արտադրում են տեստոստերոն, բայց ոչ հակամյուլերյան հորմոն, ինչի հետևանքով ծնված երեխան ունենում է և՛ արական արտաքին սեռական օրգաններ, և՛ իգական ներքին վերարտադրողական օրգաններ:
2. Մոր օրգանիզմում առաջացող անդրոգենների մեծ քանակությունը իգական սեռի պտղի արյան մեջ ևս բարձրացնում է դրանց մակարդակը, ինչի հետևանքով աղջիկ պտուղը ծնվում է մեծ պենիսով և դատարկ ամորձապարկով: Դա շփոթմունք է առաջացնում նորածնի սեռի պարզաբանման մեջ՝ սովորաբար հակառակ սեռին պատկանելու վերջնական սխալ որոշման կայացմամբ:
3. Ամորձիների կողմից տեստոստերոնի արտադրության անբավարարությունը արական սեռի պտղի մոտ կարող է առաջացնել ամորձիների իջեցման խանգարում (կրիպտորխիզմ, անօրխիզմ), ուրետրայի բացվածքի խանգարումներ (հիպո-, էպիսպադիա), սեռական ճեղքի սերտաճում և ամորձապարկի ձևավորման խանգարումներ:

Որոշ ինտերսեքտուալ վիճակներ շփոթմունքի մեջ են գցում ինչպես ծննդատան անձնակազմին, մասնավորապես՝ մանկաբարձուհուն, որին և պատկանում է երեխայի քաղաքացիական սեռի հայտարարման պատասխանատվությունը, այնպես էլ նորածնի ծնողներին, իսկ ավելի ուշ՝ նաև երեխային:

Ակնհայտ շփոթմունք առաջացնող վերոհիշյալ վիճակներից բացի պատահում են դեպքեր, երբ սեռի արտաքինապես որոշակի թվացող դրսևորումը չի համապատասխանում ներքին՝ գենետիկ սեռին և առիթ չի տալիս կասկածելու և հետամուտ լինելու իսկական սեռային պատկանելիության որոշմանը:

Ինտերսեքտուալ վիճակներ կարող են առաջանալ նաև այն ժամանակ, երբ աղջիկ երեխայի մայրը հղիության առաջին եռամսյակում ընդունում է անդրոգեններ, կամ համապատասխանաբար՝ տղա երեխայի մայրը՝ էստրոգենային հորմոններ, ինչի արդյունքում էլ ձևավորվում են կեղծ հերմաֆրոդիտիզմ, միկրոֆալուս, հիպոսպադիա, էպիսպադիա: Ավելի հազվադեպ պատահում են իսկական հերմաֆրոդիտներ, որոնց մոտ առկա են ինչպես արական, այնպես էլ իգական գոնադներ:

Մոմատոսեքտուալ զարգացման հաջորդ կրիտիկական փուլը համարվում է սեռահասունացման կամ **պուբերտատի շրջանը**: Այն ընդգրկում է 12-16 տարեկան ժամանակահատվածը, որի ընթացքում օրգանիզմում կատարվող ներքին վերակառուցողական փոփոխությունների արդյունքում ձևավորվում է հասուն սեռականություն՝ վերարտադրման ունակության հաստատմամբ:

Սեռական հասունացումը սկսվում է գլխուղեղի հիպոթալամիկ հատվածից, որի ակտիվացումը պրոցեսի մեջ է ընդգրկում նախ հիպոֆիզը, հետո մնացած ներզատիչ գեղձերը: Գեղձային համակարգի ակտիվացման հետևանքով փոխվում են անձի ինչպես արտաքին տեսքը, այնպես էլ ողջ հոգեկան աշխարհը:

Պուբերտատ շրջանի ավարտին հաստատվում է սեռական գեղձերի կանոնավոր գործունեություն, որը կանանց մոտ դրսևորվում է կանոնավոր դաշտաններով, իսկ տղամարդկանց մոտ՝ գիշերային երազախաբություններով:

Բացի այդ, արտաքին սեռական գեղձերի ակտիվությունը ուղեկցվում է կմախքի աճով և երկրորդային սեռական հատկանիշների ձևավորմամբ:

Ստորև բերված աղյուսակում տրվում են միջին տարիքային ցուցանիշները և պուբերտատ շրջանի երկրորդային սեռական նշանների ի հայտ գալու հաջորդականությունը (տես՝ աղյուսակ 1):

**Աղյուսակ 1**

Տարիք (տարիներ)	Տղաներ	Աղջիկներ
9-10	-	Կոնքի ոսկրերի աճ, հետույքի կլորացում, պտուկների աճ
10-11	Ամորձիների և առնանդամի աճի սկիզբ	Կրծքագեղձերի աճի սկիզբ, ցայքի մազերի աճ
11-12	Շագանակագեղձի արտազատման աճ	Ներքին և արտաքին սեռ. օրգանների աճ, հեշտոցի էպիթելի փոփոխում
12-13	Ցայքի մազերի աճ (սկզբում կանացի տիպով)	Պտուկների պիզմենտացիա, կրծքագեղձերի մեծացում
13-14	Ամորձիների և առնանդամի արագ աճ, հարպտուկային շրջանի պնդացում	Մազերի աճ անութափոսերում: Դաշտանի սկիզբ (միջինում 13.5 տ., տատանումները՝ 9-ից 17 տարեկան): Առաջին դաշտանները կարող են լինել առանց ձվազատման
14-15	Մազերի աճ անութափոսերում, աղվամազի աճ վերին շրթունքի վրա: Չայնի փոփոխության սկիզբ	Ամենավաղ նորմալ հղիություն
15-16	Հատուն սպերմատոզոիդներ (միջինում 15 տ., տատանումները՝ 11-ից 17 տարեկան)	Պզուկներ, ցածր ձայն, դաշտանային ցիկլը դառնում է կանոնավոր, կմախքի աճի դադար
16-17	Դեմքի և մարմնի մազակալում, ցայքի մազածածկը տղամարդու տիպի	
21	Կմախքի աճի կանգ	

Այս շրջանին բնորոշ է բնավորության «պուբերտատային կրիզ» կոչվող դրսևորումը: Պուբերտատ շրջանում շատ խոցելի է դեռահասի հոգեբանությունը, ինչը պայմանավորված է այս շրջանին բնորոշ անցումային բնույթով: Դեռահասը ներքնապես այլևս չի բավարարվում ծնողների խնամքի տակ գտնվող երեխայի կարգավիճակով, մինչդեռ արտաքին շրջապատը չի վստահում դեռահասին կրելու մեծ պատասխանատվություններ՝ անընդհատ նրան զգացնել տալով սեփական սոցիալական անլիարժեքությունը և տնտեսական կախվածությունը:

Հոգեբանության խոցելիության ֆոնի վրա առանձնանում է սեռական ոլորտի հատուկ նրբությունը: Հատկապես այս շրջանում է սեռական գիտակցությունը պլաստոնական փուլից անցնում հասուն սեքսուալության, որը ներդաշնակորեն պետք է լրացվի սիրո վեհ գաղափարներով:

Մարմնասեռական զարգացման տեմպի խանգարումները արտահայտվում են պուբերտատի շրջանում երկրորդային սեռային հատկանիշների վաղաժամ կամ ուշացած հայտնվելով:

### **Վաղաժամ մարմնասեռական զարգացում**

Վաղաժամ մարմնասեռական զարգացումը դրսևորվում է սեռական հասունացման հատկանիշների վաղ ձևավորմամբ: Վաղաժամ են համարվում այն դեպքերը, երբ նշված հատկանիշները ի հայտ են գալիս տղաների մոտ մինչև 10, աղջիկների մոտ՝ մինչև 8 տարեկանը:

Վաղաժամ սոմատոսեքսուալ զարգացման պատճառ կարող են հանդիսանալ ժառանգական գործոնները, ուղեղի ուռուցքային հիվանդությունները, ուղեղի ծննդաբերական վնասվածքները, ինչպես նաև ինֆեկցիոն-տոքսիկ ազդակները: Վերը նշված գործոնների ազդեցությամբ դադարում է հիպոթալամուսի արգելակող ազդեցությունը հիպոֆիզի առաջային բլթի վրա, որի արդյունքում սկսվում է գոնադոտրոպ հորմոնների սինթեզը, վերջիններս էլ խթանում են սեռական գեղձերի ֆունկցիան:

Առավել կիրառելի է վաղաժամ սոմատոսեքսուալ զարգացման կլինիկական ձևերի դասակարգման հետևյալ տարբերակը՝

1. Իրական վաղաժամ սեռական զարգացում
  - ա) կոնստիտուցիոնալ կամ իդիոպաթիկ ձև,
  - բ) ուղեղային ձև
2. Կեղծ վաղաժամ սեռական զարգացում
  - ա) մակերիկամային ծագման,
  - բ) գոնադային ծագման,
  - գ) էկզոգեն (դեղորայքային) ծագման

Կեղծ վաղաժամ սեռական զարգացման ժամանակ գոնադոտրոպ հորմոնների քանակը համապատասխանում է տարիքային նորմերին: Սեռական հորմոնների մակարդակը անկախ է կենտրոնական կարգավորման մեխանիզմներից և մի քանի անգամ գերազանցում է նախապուբերտատ կամ պուբերտատ շրջանի տարիքային ցուցանիշները: Դրա հիմքում ընկած է մակերիկամների կամ սեռական գեղձերի ուռուցքների ակտիվ սեկրետոր գործունեությունը:

Կոնստիտուցիոնալ տիպին են պատկանում այն վաղաժամ սոմատոսեքսուալ զարգացումները, որոնք ժառանգվում են սերնդեսերունդ, և պայմանավորված են գենետիկ մեխանիզմներով: ԿՆՀ-ի ախտահարման նշաններ չեն դիտվում:

Վաղաժամ սոմատոսեքսուալ զարգացումներին առավել հատկանշական է երկրորդային սեռական նշանների վաղ ձևավորումը: Ներարգանդային շրջանում ԿՆՀ-ի ախտահարման ժամանակ երկրորդային սեռական նշանները ի հայտ են գալիս կյանքի առաջին տարում, իսկ կոնստիտուցիոնալ տիպի դեպքում՝ 4-5 տարեկանից սկսած: Տղաների մոտ մեծանում է առնանդամը, դիտվում է ցայլքի առատ մազակալում և փոխվում է մարմնի ընդհանուր կազմվածքը:

### *Ուշացած մարմնասեռական զարգացում*

Ուշացած մարմնասեռական զարգացումը դրսևորվում է սեռական հասունացման հատկանիշների ուշ ձևավորմամբ: Ուշացած մարմնասեռական զարգացման պատճառ է հանդիսանում հիպոթալամուս-հիպոֆիզ-մակերիկամներ-գոնադներ համակարգի ֆունկցիայի արգելակումը, որն առաջացնում է օրգանիզմի նյարդահումորալ անբավարարություն: Նյարդահումորալ անբավարարությունը հետևանք կարող է լինել էմբրիոնալ շրջանում ալիմենտար անբավարարության՝ կապված մոր կողմից որոշ հակաբեղմնավորիչների ընդունման հետ: Վերը նշվածի մասին են վկայում նաև փորձարարական և կլինիկաֆիզիոլոգիական հետազոտությունները՝ մասնավորապես ուղղված սթրեսի ազդեցությանը հղիության վրա: Փորձարկումների արդյունքում պարզվել է, որ հղիության ելքը կախված է սթրեսի ուժգնությունից. այսպես, չափավոր սթրեսի արդյունքում (հարաբերական է) ծնվում է ֆիզիոլոգիապես հասուն օրգանիզմ, իսկ ուժեղ սթրեսի ազդեցությամբ ձևավորվում է ֆիզիոլոգիապես տհաս օրգանիզմ:

Էկզոգեն գործոնների (ինֆեկցիա, ինտոքսիկացիա) և անբարենպաստ պայմանների ախտաբանական ազդեցությունը կախված է հղիության շրջանից: Օրինակ՝ ուղեղի հիպոթալամիկ կառույցների տարբերակման շրջանում վերը նշված գործոնները կարող են ունենալ խիստ բացասական ազդեցություն:

Ուշացած մարմնասեռական զարգացման կլինիկական դրսևորումները պուբերտատ զարգացման սկզբնական փուլերում աննշան են կամ էլ ընդհանրապես բացակայում են: Սեքսուոլոգիական կլինիկայում սովորաբար բախվում ենք թաքնված նյարդահումորալ անբավարարության հետ (21-25 տարեկանում):

Ուշացած մարմնասեռական զարգացման ժամանակ այցելումների մի մասի մոտ (12%) սեքսուալ լիբիդոն այդպես էլ չի առաջանում պլատոնիկ կամ էրոտիկ լիբիդոյի պահպանման պայմաններում, մյուս մասի մոտ սեքսուալ լիբիդոն առաջանում է նորմալից մոտ 3-4 տարի ուշ:

Ուշացած մարմնասեռական զարգացմանը բնորոշ է աճի հետևյալ դինամիկան. սկզբնական շրջանում երեխաներն իրենց հասակակիցների համեմատ կարճահասակ են, հետագայում նրանց հասակը նույնիսկ գերազանցում է հասակակիցներին, ինչը աճի դիաֆիֆիզար գոտիների ուշ փակվելու հետևանք է: Սովորաբար ուշացած մարմնասեռական զարգացմամբ անձինք բարձրահասակ են, ունեն կարճ իրան, երկար վերջույթներ, իսկ կմախքի ձևավորման ընթացքում բնորոշ է ճարպի կուտակումը կրծքավանդակի, որովայնի և մեջքի շրջանում, որը հետագայում անհետանում է:

Ուշացած մարմնասեռական զարգացումը հաճախ համակցվում է մկանների հիպոտոնիայի, երբեմն նաև՝ հարթաթաթոթյան հետ: Նման երեխաները բնորոշվում են նաև ցածր ինտելեկտով, երբեմն նկատվում է նաև հուզային և կամային թուլություն, ապաթիա: Միևնույն ժամանակ նրանց մոտ արտահայտված է մեխանիկական հիշողությունը, հեշտ են յուրացնում լեզուները:



Էմոցիոնալ ոլորտում աչքի են ընկնում հեշտ ներշնչվողականությամբ, միամիտ են, անհետևողական, չափից ավելի կապված են մոր հետ, ինչպես նաև ամաչկոտ են և վախկոտ:

Ուշացած մարմնասեռական զարգացման բուժման գործընթացը ուղղված է գլխովիզի և աէրոբ օքսիդացման ռեակցիաները ապահովող ֆերմենտային համակարգերի ակտիվացմանը:

## ԳԼՈՒԽ 6 ՀՈԳԵՍԵՌԱԿԱՆ ԶԱՐԳԱՑՈՒՄ

Հոգեսեռական (փսիխոսեքսուալ) զարգացումը անձի սեքսուալության ձևավորումն է: Այն զուգահեռ է ընթանում և միահյուսվում մարմնասեռական (սոմատոսեքսուալ) զարգացմանը, որի ընթացքում ձևավորվում է սեքսուալության մարմնական հիմքը:

Հոգեսեռական զարգացման ավարտին ձևավորվում են հասուն սեքսուալությամբ կին կամ տղամարդ, որը նշանակում է, որ անձը ունի կայուն սեռային ինքնագիտակցություն, կրում է սեռադերային վարքի որոշակի ստերեոտիպեր, ունի կայուն, անփոփոխ հոգեսեռական կողմնորոշում և որոշակի սեքսուալ նախընտրություններ:

Վասիլչենկոն սեքսուալության ձևավորման ընդհանուր դինամիկան նկարագրում է հետևյալ կերպ.

1. **Պարապրերտատ շրջան.** 1-7 տարեկան հասակն է: Այս ընթացքում երեխայի մոտ ձևավորվում է սեռային ինքնագիտակցությունը, երեխան գիտակցում է իր սեռային պատկանելությունը: Դրսևորվում է հետաքրքրասիրություն սեռային հատկանիշների վերաբերյալ՝ սեռական օրգանների դիտման և ուսումնասիրման փորձերով:
2. **Պրեպրերտատ շրջան.** 7-13 տ. հասակն է, երբ տեղի է ունենում անձի սեռային ինքնագիտակցությանը համապատասխանող դերային վարքի ընտրություն՝ տղամարդու կամ կնոջ տիպի: Ձևավորվում են առնականության և կանացիության կատարելատիպերը, փորձեր են կատարվում խաղերի միջոցով իրականացնելու ընտրված սեռադերային վարքի դրսևորումները:
3. **Պուրերտատ շրջան.** 13-16 տ. հասակն է, որի ժամանակ սկսվում են ձևավորվել հոգեսեռական կողմնորոշումը, ինչպես նաև պլատոնիկ, էրոտիկ և սեքսուալ լիբիդոյի նախնական փուլերը: Եթե նախորդ երկու տարիքային շրջանները ընթանում են հորմոնալ համեմատաբար հանդարտ ֆոնի վրա, ապա այժմ ներգատիչ, այդ թվում՝ սեռական գեղձերի բուռն գործունեության հետևանքով առաջ են գալիս մարմնական արմատական փոփոխություններ՝ երկրորդային սեռային հատկանիշների ձևավորմամբ:
4. **Անցումային շրջան.** 16-25 տ. հասակն է, երբ վերջնականապես հաստատվում են հոգեսեռական կողմնորոշումը, սեռական նախընտրությունները, իսկ լիբիդոյի զարգացումը անցնում է իր երրորդ՝ սեքսուալ լիբիդոյի առաջացման և ռեալիզացիայի փուլը: Իրականացվում է առաջին սեռական հարաբերությունը, դրվում է սեռական կյանքի սկիզբը, որը բնորոշվում է անկանոնությամբ՝ սեռական ձեռնպահություններ, էքսցեսներ, մեծ տեղ է զբաղեցնում ձեռնաշարժությունը:
5. **Հասուն սեքսուալության շրջան.** 25-55 տ. հասակն է, որը բնորոշվում է հասուն սեքսուալության կայացմամբ, երբ վերջնականապես ձևավորվել են սեռային ինքնագիտակցությունը, սեռադերային վարքը և այս երկուսի հիման վրա՝ կայուն հոգեսեռական կողմնորոշումը: Այս տարիքում

կանոնավոր սեռական կյանքը բերում է պայմանական ֆիզիոլոգիական ռիթմի (ՊՖՌ) հաստատմանը տղամարդկանց մոտ:

6. **Ինվոլյուցիոն շրջան.** 55-70 տ. հասակն է, երբ իջնում է սեռական ակտիվությունը, նվազում է հետաքրքրությունը սեռական ոլորտի նկատմամբ, դիտվում է լիբիդոյի հետադարձ դիմամիկա՝ ընդհուպ մինչև պլաստոնիկ երևակայությունների շրջանը:

Հոգեսեռական զարգացումը անհատի հոգեկան զարգացման կողմերից մեկն է: Այն ընդգրկում է սեքսուալության ձևավորման վերոնշյալ փուլերից առաջին չորս տարիքային խմբերը, որի ավարտին ձևավորվում է հասուն սեքսուալությունը: Վերջինս բնորոշվում է երեք առանցքային հատկանիշներով՝ կայուն **սեռային ինքնագիտակցություն, սեռադերային վարք, հոգեսեռական կողմնորոշում:** Ըստ այդմ էլ Վասիլչենկոն տարբերում է հոգեսեռական զարգացման երեք փուլ՝ վերը նշված անվանումներով:



Զ. Ֆրոյդ

Հոգեսեռական զարգացման մյուս հիմնարար տեսություններից մեկը Ֆրոյդի հոգեվերլուծական տեսությունն է (1905): Ի տարբերություն այլ հետազոտողների՝ Ֆրոյդը սեքսուալությունը դիտարկում է ոչ թե որպես մարդու կյանքի առանձին ասպեկտ՝ կապված գեներիտալիաների գործունեության հետ, այլ որպես անհատի գոյության հիմք, նրա հոգեկանի էներգետիկ աղբյուր, շարժիչ ուժ: Ֆրոյդը գտնում է, որ մարդն ի սկզբանե ծնվում է սեռական հակումներով (լիբիդոյով) և մի քանի էրոգեն գոտիներով, իսկ հոգեսեռական զարգացումը գործընթաց է, որն ուղղված է

այդ բնածին հակումների հերթափոխ բավարարմանը: Անհատական զարգացման ընթացքում տեղի է ունենում լիբիդոյի բազմակի փոխակերպում և տեղաշարժ մարմնի տարբեր էրոգեն գոտիներով:

Փսիխոսեքսուալ զարգացումը ընթանում է փուլերի որոշակի հերթափոխությամբ: Յուրաքանչյուր փուլում որևէ սեռական հակման բավարարման խանգարումը (դրական կամ բացասական սևեռումը) կարող է հետագայում այդ հակմանը վերադառնալու մշտական պահանջմունք առաջացնել՝ հանդես գալով որպես սեռական խանգարման առաջացման աղբյուր:

Ֆրոյդը տարբերում է հոգեսեռական զարգացման 5 փուլ՝

1. **Օրալ փուլ** – մինչև 1 տարեկան հասակն է: Առաջատար էրոգեն գոտի համարվում է երեխայի բերանը (շրթունքները և լեզուն): Մոր կաթով սնվելը ծառայում է ոչ միայն քաղցի հագեցմանը, այլ նաև ինքնին հաճույքի աղբյուր է՝ մանկական սեքսուալության դրսևորման մի տարատեսակ: Այս փուլում երեխան հաճույք է ստանում նաև մարմնական շփումներից, իսկ ավելի ուշ, երբ դուրս են գալիս երեխայի ատամները, մոր կուրծքը ծծելուն միանում է նաև կծելու պահանջմունքը, որով երեխան բավարարում է իր ագրեսիվ հակումները՝ իր երևակայության մեջ «ուտելով» մորը:

Եթե երեխան այս շրջանում կաթով սնման հետ կապված ունեցել է սահմանափակումներ կամ ընդհակառակը՝ գերհագեցել է, ապա տեղի է ունենում սեքսուալ էներգիայի ֆիքսում, որն արգելակում է հետագա

զարգացումը: Մարդու մոտ ձևավորվում է բնավորության օրալ տիպ՝ ազահություն, պահանջկոտություն, անբավարարվածություն, հոռետեսություն, իրենց նկատմամբ համակրանք առաջացնելու համառ ձգտում, գրգռվածություն:

Նման տիպի բնավորության մարդիկ ունենում են մի շարք սովորույթներ՝ որկրամոլություն, կծելու, ծծելու հակվածություն, ծխախոտամոլություն, ակոհոլային խմիչքների չարաշահում, շատախոտություն, երգելու պահանջ: Ազդեցիվ հակումների հետ կապված են հեզմանքի, բամբասանքի դրսևորումները, սննդի նկատմամբ անզսպվածությունը:

Օրալ հաճույքների նկատմամբ հետաքրքրությունների դրսևորումը նորմալ է, երբ այն չի դառնում գերիշխող:

2. **Անալ փուլ** – 1-ից մինչև 3 տարեկան: Էրոգեն գոտիներ են համարվում հետանցքի և միզուկի շրջանները: Երեխան հաճույք է ստանում միզելիս կամ աղիները դատարկելիս: Շատ շուտով նա սովորում է պահել իր արտաթորանքները, որպեսզի դրանց մեծ քանակության դուրս բերումից լորձաթաղանթի գրգռման շնորհիվ հնարավորին չափով ավելի մեծ հաճույք ստանա: Այս փուլում առաջին անգամ երեխան զգում է արտաքին աշխարհի խանգարող, իր հաճույքին թշնամի լինելու ուժը: Նա իր մեզից ու կղկղանքից ստիպված է ազատվել ոչ թե ցանկացած պահի, երբ ինքը կուզեր, այլ այն պահերին, որոնք այլ անձանց կողմից են որոշվում: Հիշյալ ֆունկցիաների հետ կապված ամեն ինչ ծնողների կողմից ներկայացվում է որպես անվայելուչ ու անոթալի բան, որը պետք է զաղտնի պահվի: Մինչդեռ էքսկրեմենտների նկատմամբ մանկիկի վերաբերմունքը բոլորովին այլ է: Իր մեզի և կղկղանքի նկատմամբ նա զգվանք չի զգում, քանի որ այն իր մարմնի մի մասն է համարում: Միայն դաստիարակության շնորհիվ է հաջողվում այդ հակումները նրա համար օտար դարձնել: Սեռական զգացողությունների սերտ հարևանությունը արտաթորական ֆունկցիաների հետ, հատկապես աղջիկների մոտ, սեռական արգելակումների առաջացման վտանգ է կրում, քանի որ արտաթորանքներն իր ուզած պահին դուրս բերելու անհնարինությունը կարող է ընդհանրացվել և տարածվել սեռական հաճույքի իրավունքի վրա:

Եթե այս փուլում տեղի է ունենում հակումների բավարարման ֆիքսում, ապա հետագայում ի հայտ են գալիս բնավորության այնպիսի գծեր, ինչպիսիք են չափից ավելի ճշտապահությունը, ժլատության աստիճանի խնայողությունը, կամակորությունը: Նրանք մաքրասեր են, բարեխիղճ, համառ, երբեմն հակված են ցատումի: Եթե ֆիքսումը տեղի է ունենում միզուկի շրջանում, ապա առաջանում են պատվասիրություն և մրցակցության հակվածություն:

3. **Ֆալիկ փուլ** – 3-ից մինչև 6 տարեկան: Էրոգեն գոտին սեռական օրգաններն են՝ գենիտալիաները: Տղաները տեսնում են, որ առնանդամ ունեն, իսկ աղջիկները նկատում են, որ չունեն: Գենիտալիաների այս տարբերության հայտնաբերումը սկիզբ է դնում *անորձատման բարդույթին* երկու սեռերի մոտ էլ:

Փոքրիկ տղան մինչ այդ համոզված է, որ երկու սեռն էլ ունեն նույնանման սեռական օրգաններ և հանկարծ իր փոքրիկ քույրիկի կամ խաղընկերուհու մոտ չի հայտնաբերում իր սեռական անդամը: Սկզբում նա փորձում է ժխտել իր զգայարանների տված այդ վկայությունը, որովհետև չի կարողանում պատկերացնել իրեն նման մարդկային էակ՝ առանց իր համար այդքան նշանակալից օրգանի: Հետո նա վերհիշում է նախկին սպառնալիքներն այն մասին, որ ինքը շատ է խաղում իր փոքրիկ անդամի հետ, սկսում է հավատալ դրանց և սկսած այդ ժամանակից՝ ընկնում է ամորձատման բարդության իշխանության տակ: Սա դառնում է նրա հետագա զարգացման հզոր շարժիչ ուժը՝ մեծ դեր ունենալով նրա բնավորության զարգացման գործում:

Աղջնակի ամորձատման բարդությոն նույնպես առաջանում է տղայի սեռական օրգանները տեսնելու հետևանքով: Նա անմիջապես նկատում է տարբերությունը և իրեն մեծ չափով զրկված է զգում: Հաճախակի ցանկություն է հայտնում «նույնպես այդպիսի բան ունենալ», նրա մեջ առաջանում է նախանձ, որն անջնջելի հետք է թողնում նրա զարգացման ու բնավորության ձևավորման մեջ: Դեռ երկար ժամանակ նա պահպանում է նմանատիպ ինչ-որ բան ստանալու ցանկությունը և հավատում դրա հնարավորությանը: Աղջնակը տղա լինելու անիրականալի ցանկություն է ունենում: Վերոնշյալ ապրումները, որ անվանում են ամորձատման բարդությոն, աղջնակի զարգացման գործում շրջադարձային են: Դրանից բխում են զարգացման երեք ուղղություններ.

- ա) ներոզի ձևավորում՝ սեքսուալության արմատական ճնշման և սեռական կյանքի նկատմամբ բացասական վերաբերմունքի հետևանքով,
- բ) բնավորության փոփոխություն՝ նրանում տղամարդկային բարդությոնի առաջացմամբ, այսպես կոչված տղամարդ-կնոջ ձևավորում,
- գ) կանացի սեքսուալության ձևավորում:

Աղջիկների ծլիկը մանկության տարիներին լիովին պենիսի դեր է կատարում. այն առանձնահատուկ գրգռման կենտրոն է, այն տեղը, որտեղ ձեռք է բերվում ատոտեքոտիկ բավարարման նպատակը: Փոքրիկ աղջկա կին դառնալը կամ կանացի սեքսուալության ձևավորումը մեծապես կախված է այն բանից, թե որքանով է այդ առանձնահատուկ գրգռականությունը ծլիկից անցնում հեշտոցի մուտքին: Կանանց սեքսուալ անզգայության դեպքերում ծլիկը համառոտեն պահպանում է իր զգայունակությունը: Սրանով է պայմանավորված այն տեսակետը, որ ծլիկային հեշտանքը, ի տարբերություն հեշտոցայինի, Ֆրոյդը համարում է ոչ հասուն սեքսուալության նշան:

Եթե նախորդ շրջաններում սեքսուալությունը կրում էր ատոտեքոտիկ բնույթ, այսինքն հակումների բավարարման համար ծառայում էին սեփական մարմնի մասերը և դրանց պատճառած զգացողությունները, ապա այժմ այն ուղղորդվում է դեպի մեծահասակները, առաջին հերթին՝ ծնողները: Ընդ որում, որպես սիրո առաջին օբյեկտ երկու սեռի դեպքում էլ հանդես է գալիս մայրը: Այս շրջանում փոքրիկ տղան ցանկություն է

հայտնում պատկել ծնողների անկողնում, խանդում է նրանց՝ իրար նկատմամբ ցուցաբերած ուշադրության համար: Այս շրջանում երեխայի ապրումները ձևավորում են էդիպյան բարդույթը, որն իր մեջ ներառում է տղա երեխայի սեռական հակումը մոր նկատմամբ և խանդի ու մրցակցության զգացումը՝ հոր նկատմամբ: Փոքրիկ տղամարդը ցանկանում է, որ մայրը միայն իրեն պատկանի, հոր ներկայությունը ընկալում է որպես խանգարող հանգամանք և զայրանում է, երբ նա իր մոր նկատմամբ քնքշանք է դրսևորում, չի թաքցնում իր խանդավառությունը, երբ հայրը մեկնում կամ բացակայում է: Հաճախ նա իր զգացմունքները ուղղակիորեն արտահայտում է խոսքով՝ մորը խոստովանելով, որ կամուսանանա նրա հետ: Տղա երեխայի մոտ առաջանում է հոր կողմից ամորձատվելու վախ, որով հայրը իրեն կզրկի մրցունակությունից: Երեխան սկսում է հոր մեջ տեսնել իրեն սպառնացող մրցակցին և ավելի ուշ ընկնում է ամորձատման բարդույթի մեջ:

Փոքրիկ աղջկա համար նույն կերպ ձևավորվում է Էլեկտրայի բարդույթը (հաճախ աղջիկների մոտ այն նույնպես անվանվում է էդիպյան բարդույթ), որն իր մեջ ներառում է քնքուշ կապվածություն հոր հետ և մորը որպես ավելորդություն հեռացնելու ու նրա տեղը գրավելու պահանջմունք: Սակայն, ինչպես նշվեց վերևում, աղջիկների հոգեւեռական զարգացումը ընթանում է մոր հետ կապվածության *նախաէդիպյան փուլով*:

Նախաէդիպյան փուլը որոշ դեպքերում կարող է շարունակվել մինչև 4 տարեկան հասակը և բազմաթիվ առիթներ տալ սեռումների ու հակվածությունների ստեղծման համար: Մոր հետ քնքուշ կապվածությունը անցնում է մանկական սեքսուալության բոլոր երեք փուլերով՝ դրսևորվելով օրալային, սադիստական, սադիստական-անալային և ֆալոսյան ցանկությունների միջոցով: Մոր հետ կապվածությունը հետագայում փոխարինվում է հոր հետ կապվածությամբ, որով սկիզբ է դրվում էդիպյան բարդույթին: Մոր հետ ունեցած մտերիմ կապը ձևավորվում է ատելության ու թշնամանքի: Այսպիսի շրջադարձին մեծապես նպաստում է ամորձատման բարդույթը, քանի որ պենիս չունենալու համար աղջնակն իր մորն է մեղավոր համարում և իր այդ գրկվածության համար նրան ներել չի կարողանում:

Դեպի հորը կատարվող շրջադարձը պայմանավորված է պենիս ունենալու ցանկությամբ. աղջնակը կարծես դիմում է հորը, քանի որ մայրը մերժել է իրեն: Կանացիության զարգացումը հնարավոր է միայն այն դեպքում, երբ պենիս ունենալու ցանկությունը փոխարինվում է երեխա ունենալու ցանկությամբ, և այսպիսով երեխան, ըստ հին սիմվոլային համարժեքի, հանդես է գալիս պենիսի փոխարեն: Հոր հետ կապվածության ձևավորմամբ աղջնակը հայտնվում է էդիպյան բարդույթի մեջ: Մոր նկատմամբ թշնամությունը ուժգնանում է, քանի որ նա ընկալվում է որպես մրցակցուհի, որը հորից ստանում է այն ամենը, ինչ աղջիկն ինքն է ցանկանում ունենալ:

Այսպիսով, էդիպյան և ամորձատման բարդույթների փոխադարձ կապի միջև ակնհայտ է միջսեռային տարբերություն, որը հղի է որոշ հետևանքներով: Փոքրիկ տղայի մոտ էդիպյան բարդույթը, որի դեպքում նա

ցանկանում է մորը և ուզում է հեռացնել մրցակից համարվող հորը, զարգանում է նրա սեքսուալության ֆալոսյան փուլից: Սակայն ամորձատման սպառնալիքը ստիպում է նրան հրաժարվել այդ դիրքորոշումից: Պենիսը կորցնելու սպառնալիքի տպավորության տակ նա հրաժարվում է էդիպյան բարդության, արտամղում, նորմալ դեպքերում՝ հիմնավորապես տրոհում այն, իսկ որպես դրա ժառանգորդ՝ ի հայտ է գալիս գեր-Եսը:

Աղջիկների մոտ դիտվում է գրեթե հակառակ երևույթը: Այստեղ ամորձատման բարդույթը նախապատրաստում է էդիպյան բարդության ձևավորմանը, այլ ոչ թե քայքայում այն: Պենիսի նկատմամբ նախանձի ազդեցության տակ խախտվում է աղջնակի և մոր կապը, և փոքրիկը հայտնվում է էդիպյան բարդության մեջ, որը նրա համար կարծես հանգրվան է, հանգստի մի վիճակ, որից նա երկար ժամանակ չի հրաժարվում: Ամորձատման սարսափի վերացման հետ միասին վերանում է այն գլխավոր դրդապատճառը, որը տղային ստիպում էր մնալ էդիպյան բարդության մեջ: Աղջիկը էդիպյան իրադրության մեջ բավականին երկար է մնում և շատ ուշ է այն տրոհում, այն էլ՝ ոչ լրիվ: Այսպիսի պայմաններում գեր-Եսի ձևավորումը կարող է չհասնել այն ուժին ու անկախությանը, որոնք նրան մշակութային նշանակություն են հաղորդում:

Հաճախ ծնողներն իրենք են վճռական ազդեցություն ունենում իրենց երեխաների մեջ էդիպյան դիրքորոշման արթնացման վրա, երբ ընտանիքում առկա մի քանի երեխաներից հայրն ավելի ուշադիր ու հոգատար է դստեր նկատմամբ, իսկ մայրը՝ որդու: Երբ նոր երեխաներ են ծնվում՝ էդիպյան բարդույթը ընդլայնվում և դառնում է ընտանեկան բարդույթ: Երեխայի մոտ առաջանում է եղբոր կամ քրոջ նկատմամբ բացասական վերաբերմունք և նրանց վերացնելու ցանկություն: Նոր երեխայի ծնվելու հետևանքով ուշադրությունից դուրս մղված, մորից գրեթե մեկուսացված երեխան դժվարությամբ է ներում մորը իր այդ նոր վիճակի համար: Տղան կարող է իր քրոջը սիրո օբեկտ դարձնել՝ իր «անհավատարիմ» մորը փոխարինելով նրանով: Իրենց փոքրիկ քրոջը խնամող մի քանի եղբայրների միջև մանկական սենյակում առաջ են գալիս թշնամական մրցակցության փոխհարաբերություններ և իրադրություններ, որոնք էական նշանակություն կարող են ունենալ հետագա կյանքի համար: Փոքրիկ աղջնակը հանձին ավագ եղբոր տեսնում է հորը փոխարինողին, որը միշտ չէ, որ բավարար քնքշանք է տաժում իր նկատմամբ:

Հոգեսեռական զարգացումը հոգեվերլուծական տեսանկյունից դիտարկելով՝ մենք կփորձենք զուգահեռներ անցկացնել դրա և Վասիլյենկոյի կողմից առաջարկված հոգեսեռական զարգացման եռափուլ մոդելի միջև, քանի որ համարում ենք, որ այս երկու տեսությունները ոչ թե հակասում, այլ փոխլրացնում են իրար: 1-7 տարեկան հասակը Վասիլյենկոյն համարում է սեքսուալության ձևավորման **պարասպորեոտատ շրջան**, որին համապատասխանում է փսիխոսեքսուալ զարգացման առաջին՝ *սեռային ինքնագիտակցության* ձևավորման շրջանը: Արդեն 2 տարեկանում սկսում է կազմավորվել երեխայի ինքնագիտակցությունը, և նա առանձնացնում է իր եսը արտաքին

աշխարհից: Աստիճանաբար ձևավորվում է խոսքը, որի միջոցով երեխան սկսում է իր համար հետաքրքիր բացահայտումներ անել: Սկզբում սեփական սեռային պատկանելիության գիտակցումը հիմնվում է ներքին ոչ պայմանական դիրքորոշման վրա, ինչը հաստատում է ուղեղային կառույցների գոյության և սեռային ինքնագիտակցության ձևավորման գործում վերջիններիս պատասխանատվության փաստը: Ավելի ուշ՝ 3-4 տարեկանում, սեռային պատկանելիության համոզվածությունը ամրապնդվում է լրացուցիչ արտաքին նշաններով, ինչպիսիք են հագուստը, մազերի երկարությունը, ձայնի տեմբրը և այլն: Երեխաներին սկսում է հուզել այն հարցը, թե ինչպե՞ս են իրենք լույս աշխարհ եկել: Առաջանում է բուռն հետաքրքրություն արտաքին աշխարհի առարկաների և երևույթների նկատմամբ: Անհագ հետաքրքրասիրությունը ուղղված է աշխարհի և իրենց եսի բացահայտմանը: Մեփական և հակառակ սեռի մարմնի ուսումնասիրումը՝ այն ճանաչելու և հասկանալու մղումով, երեխաներին դրդում է այնպիսի խաղեր խաղալ, որի ընթացքում կարելի է մերկացնել սեռական օրգանները: Դրանք այսպես կոչված սոցիոսեքսուալ խաղեր են՝ բժիշկ-բժիշկ, մամա-պապա և այլն: Երեխաներին խորապես հետաքրքրում է նաև մեծերի մերկ մարմինը և նրանք մեծ ցանկություն են դրսևորում հետևելու, թե ինչպես են մեծերը մերկանում:

Երեխայի միկրոսոցիալ շրջապատը այս շրջանում սահմանափակվում է հարազատներով, որոնց մեջ մեծ տեղ է զբաղեցնում մայրը (մոր դերը ստանձնող անձնավորությունը): Մոր հետ շփումը, որ ուժեղ կապվածության է հասնում հատկապես 6-7 ամսեկանից մինչև 3 տարեկան հասակը, խիստ անհրաժեշտ է միջանձնային հարաբերությունների սկզբնավորման համար: Այս տարիքում մորից զրկվելու հանգամանքը կյանքի հետագա ընթացքում դրսևորվում է օտար մարդկանց նկատմամբ ագրեսիայի և վախի հակազդումով: Մայրը ժամանակի մեծ մասը անց է կացնում երեխայի հետ և հանդիսանում սենսոր զգայությունների աղբյուր՝ էապես նպաստելով երեխայի ուղեղի կառուցվածքային ֆունկցիոնալ համակարգերի հասունացմանը:

Կյանքի առաջին ամիսներին մայրական քնքշանքից զրկված երեխաների հոգեկան զարգացման մեջ արձանագրվում են բնորոշ խանգարումներ՝ շփման դժվարություններ, ագրեսիվություն, դաժանություն, դյուրագրգիռություն, իմպուլսիվ վարք: Հետագայում ի հայտ են գալիս երևակայելու, արատրակտ մտքեր արտահայտելու դժվարություններ, ընկերներ ընտրելու և ընկերություն անելու անկարողություն:

Այս տարիքում դիտվող մանկական ձեռնաշարժությունը, որը ըստ Ֆրոյդի հանդիսանում է սեռական հաճույքի ստացման աղբյուր, իսկ Վասիլչենկոն դիտարկում է իբրև հուզական մեկուսացման արդյունք, ծնողների կողմից անուշադրության մատնվելու կամ չափից դուրս դեսպոտային վերաբերմունքի հետևանք, ամենևին կասկածի չենթարկելով դրանց սեքսուալ բավանդակությունը:

Մանկության տարիների չամրապնդված սեքսուալությունը, առճակատվելով արգելակող իրավիճակների հետ (պատիժը սեքսուալ



խաղերի համար, ծնողների սեռական մերձեցմանը պատահական ակնառես լինելը և այն որպես բռնության դրսևորում մեկնաբանելը, երեխաների լույս աշխարհ գալու վերաբերյալ զանազան հեքիաթների մոգոնումը, մեծերի կողմից մանուկների սեքսուալ պղծումը՝ կարող է հանգեցնել հոգեսեռական զարգացման մասնակի հապաղումների: Նման իրավիճակների բուն բովանդակությունը թեև մոռացվում է, սակայն աֆեկտիվ հազեցվածությունը շարունակվում է պահպանվել ենթագիտակցության մեջ և խանգարել ամուսնական ներդաշնակության հաստատմանը:

4. **Թաքուն շրջան** – 7-ից մինչև 11 տարեկան հատվածն է, երբ դիտվում է սեռական զարգացման հանդարտություն և նահանջ: Այս շրջանին հասնելուն պես ապրումների և հոգեկան շարժերի մեծ մասը ենթարկվում են մանկական ամնեզիայի՝ մոռացման մեխանիզմով: Սեքսուալ էներգիան տեղափոխվում է դեպի ուսումը, հասակակիցների հետ շփումը, ընտանեկան շրջանակներից դուրս շփումները:

Ըստ Վասիլչենկոյի, սա **պրեպուբերտատ շրջանն** է, որը համապատասխանում է հոգեսեռական զարգացման *սեռադերային վարքի* ձևավորման շրջանին: Սա մի գործընթաց է, որի ընթացքում շրջապատի արժեքային դիրքորոշումների անմիջական ազդեցության ներքո երեխայի մոտ ձևավորվում են կանացիության և առնականության կատարելատիպեր և վարքային ստերեոտիպեր: Սա տեղի է ունենում երկու մեխանիզմով՝

- ա/ մեծերի կողմից երեխայի վարքի նպատակաուղղված ձևավորում՝ խրախուսման և պատժի միջոցներով,
- բ/ երեխաների կողմից մեծերի վարքի ընդօրինակում՝ խաղերի տեսքով:

Այս տարիքում երեխաների մինչ այդ համերաշխ համասեռ խմբերը բաժանվում են իրար «թշնամակցող» երկսեռ խմբավորումների՝ աղջիկների և տղաների միջխմբային ագրեսիայի բազմապիսի դրսևորումներով: Տղաները մեղադրվում են կռվարարության, աղջիկները՝ լալկանության մեջ: Սա սեռադերային վարքի դրսևորման դասական օրինակ է՝ մի սեռի կողմից մյուսին բնորոշ և հետևաբար իրեն անհարիր վարքի խմբային մերժման ռեակցիայի տեսքով:

Պրեպուբերտատ շրջանի ավելի ուշ փուլերում նկատվում է այսպես կոչված սեռային հոմոգենիզացիա՝ իր սեռի ներկայացուցիչների հետ նույնացման միջոցով: Ըստ Գ.Ն. Իսակի և Վ.Ե. Կազանի (1979), հատկապես այս տարիքում է, որ երեխան առավելագույնս կապվում է իր սեռի ծնողի հետ և խիստ կերպով ունի նրա կարիքը:

Հետաքրքրական է, որ միջսեռային հարաբերություններում դիտվում է սեռադերային վարքի մեխանիկական ընդօրինակում հասակակիցների ներկայության դեպքում և ոչ երբեք այն ժամանակ, երբ աղջիկն ու տղան առանձին են: Դա վկայում է այն մասին, որ հասակակիցների կարծիքին այս տարիքում մեծ նշանակություն է տրվում, և այդ կարծիքն ունի վարքաձևավորող ազդեցություն:

Այս տարիքում երեխաների գրեթե կեսը իմանում է սեռական ակտի մասին, քառորդը նրանցից մասնակցում են սեքսուալ խաղերի՝ հակառակ

սեռի ներկայացուցիչների հետ: Սակայն, ի տարբերություն պուբերտատ շրջանի նմանատիպ խաղերի, որոնց հիմնական դրոշմապատճառը սեռական հակումն է, այստեղ այդ խաղերին մղում է զուտ հետաքրքրասիրությունը: Տղաների մոտ այս տարիքում դիտվում է իրենցից տարիքով մեծ և արդեն սեռահասուն տղաներին ընդօրինակման մեխանիզմով փորձարկվող ձեռնաշարժությունը:

Պրեպուբերտատ շրջանի սեքսուոլոգիական նշանակությունը միջսեռային շփումների հմտություններին տիրապետումն է, ինչը կարևոր է հետագայում ամուսնական զույգի միջանձնային հարաբերությունների կառուցման տեսանկյունից:

Այս շրջանի խանգարումները արտահայտվում են սեռադերային վարքի տրանսֆորմացիայով, որն արտահայտվում է հակառակ սեռին բնորոշ վարքային ստերեոտիպերի ընտրությամբ:

Խանգարումների պատճառը ընդունված է համարել ներարգանդային զարգացման ընթացքում սեռական վարքի համար պատասխանատու կենտրոնների ախտահարումը: Սակայն, ի տարբերություն սեռային ինքնագիտակցության խանգարման, սեռադերային խանգարումների դեպքում առավել մեծ դեր է տրվում դաստիարակությանը և միջավայրի ազդեցությանը:

Այս շրջանի խանգարումներից է նաև գերդերային վարքերի ձևավորումը, որը բնորոշվում է տվյալ սեռին հատուկ որոշ առանձնահատկությունների շեշտվածությամբ: Տղամարդկանց սաղիզմը և կանանց մազոխիզմը, եթե իհարկե դրանք դուրս չեն գալիս որոշակի թույլատրելի շրջանակներից, համարվում են տղամարդկանց հիպերմասկուլին և կանանց հիպերֆեմինին վարքերին բնորոշ դրսևորումներ: Հիպերմասկուլին վարքի բնորոշ կողմերից մեկը սեքսուալ սաղիզմն է, որը համարվում է սեռական այլասերում: Իսկ ինտիմ հարաբերություններում առկա մազոխիստական տենդենցները համարվում են հիպերֆեմինինային վարքի դրսևորումներ:

Փսիխոսեքսուալ զարգացման հաջորդ փուլը ընթանում է պատանեկության շրջանում, երբ օրգանիզմում սկսվում են սեռական հասունացմանը բնորոշ փոփոխություններ՝ սեռական հորմոնների բուռն արտադրության ֆոնի ներքո:

5. **Գեմիտալ փուլ** – 12-18 տարեկան հասակն է: Էրոզեն գոտին նույնպես, ինչպես ֆալիկ փուլի համար, սեռական օրգաններն են:

Սեռական հասունացման այս շրջանում գործի են դրվում շատ ուժգին հուզական գործընթացներ, որոնք ուղղված են էդիպյան բարդույթի դեմ:

Սկսած այս փուլից՝ անհատը պետք է լուծի իր առջև դրված մի մեծ խնդիր՝ հեռանալ ծնողներից, և միայն այդ խնդիրը լուծելով՝ նա կդադարի երեխա լինելուց և կդառնա հասարակության ինքնուրույն անդամ: Որդու խնդիրն է իր սեքսուալ ցանկությունները անջատել մորից և ուղղել դեպի սիրո իրական ու օտար օբյեկտի ընտրություն, որպեսզի կարողանա հաշտվել հոր հետ, եթե նրա հետ թշնամական հարաբերությունների մեջ է կամ ազատվել նրա ճնշումից, եթե ինքը՝ որպես մանկական կախվածությանը տրվող պատասխան, ընկել է հոր իշխանության տակ:

Ծնողներից հեռացման խնդրի առաջին դրսևորումը հաճախ կոպիտ արհամարհանքի և ծնողներին անտեսման տեսքով է ի հայտ գալիս, ինչը առավել ուժգին է արտահայտվում հատկապես հակառակ սեռին պատկանող ծնողի նկատմամբ: Սա հրապուրանքի մերժման և դրա հետ կապված կոնֆլիկտի լուծման ուղի է:

Հետաքրքիր է, որ հազվադեպ է հաջողվում այս խնդիրները լիարժեք, այսինքն՝ հոգեբանական ու սոցիալական տեսակետից ճիշտ լուծելը: Ներուտիկների համար նման լուծումն ընդհանրապես հասանելի չէ. որդին իր ողջ կյանքում ենթակա է մնում հոր իշխանությանը և չի կարողանում իր լիբիդոն տեղափոխել դեպի որևէ օտար օբյեկտ: Նույնը վերաբերում է նաև դատեր ճակատագրին: Այս իմաստով էդիպյան բարդույթը Ֆրոյդը համարում է ներոզների առանցքը:

Պատանեկության ավարտին անձը պետք է լուծած լինի էդիպյան վերածնված բարդույթի խնդիրը և անկախանա ծնողներից այնպես, որ հնարավոր լինի հասուն սոցիալիզացումը և հետերոսեքսուալ գույզի ընտրությունը: Նա պետք է ձեռք բերած լինի բավարար ինքնաճանաչում և ապահովվածության զգացում սեփական և ուրիշների մարմնի նկատմամբ, սկսի ներգրավվել միջանձնային հարաբերություններում:

Սեռական հակման իրականացման դժվարությունները զարգացման նախորդ փուլերին վերադառնալու միտման պատճառ են հանդիսանում:

Ըստ Ֆրոյդի, գենիտալ փուլում հնարավոր է երկու տիպի սեքսուալության ձևավորում՝ *հոգեկան հոմոսեքսուալիզմ* և *նարցիսիզմ*: Հոգեկան հոմոսեքսուալիզմը օրիենտացիայի խանգարում չէ, այլ այնպիսի վարքի ձևավորում, որի դեպքում հակառակ սեռի հանդեպ լիբիդոն փոխարինվում է հոգեկան մտերիմ կապվածության իր սեռի ներկայացուցչի հետ: Այսպիսի մարդիկ գերադասում են շփումներ ունենալ իրենց սեռի ներկայացուցիչների միջավայրում: Նարցիսիզմը արտահայտվում է նրանով, որ սեքսուալ էներգիան ուղղված է սեփական անձին: Այսպիսի մարդիկ ինքնահավան են և ողջ ուշադրությունը կենտրոնացնում են իրենց հոգեկան ապրումների վրա:

Ըստ Վասիլչենկոյի, 12-18 տարեկանը **պուբերտատի շրջանն** է, որը համապատասխանում է հոգեսեռական զարգացման 3-րդ՝ *հոգեսեռական կողմնորոշման* ձևավորման շրջանին:

Ինչպես հայտնի է, այս շրջանին բնորոշ են հոգեկան և վարքային կտրուկ փոփոխությունները (պուբերտատային կրիզ), որոնք հետևանք են սեռական հորմոնների աճող քանակության: Ընդ որում, միանգամայն անսպասելի ի հայտ եկած անհասկանալի ապրումները ժամանակային առումով առաջ են ընկնում մարմնական փոփոխություններից, և դրա հետևանքով առաջանում է շփոթմունքի և մոլորության զգացում, ինչով և բացատրվում է անձի տարօրինակ վարքը: Նույնիսկ, երբ մարմնական արտաքին փոփոխությունները սկսում են ի հայտ գալ, դեռահասն իրեն շարունակում է զգալ երեխա և ոչ չափահաս: Նա դեռ պատրաստ չէ տեղափոխվելու հասուն մարդկանց հասարակական միջավայր և իրեն օտար է զգում աշխարհում:

Այս տարիքում, հատկապես տղաների մոտ նկատվում է ձեռնաշարժության հաճախացում, հոմոէրոտիկ խաղերը դառնում են սեքսուալության բացահայտման ամենահաճախ հանդիպող ձևը: Ի դեպ, այս տարիքում հոմոէրոտիզմը զարգացման նորմալ ընթացքի դրսևորում է: Սեռական հորմոնների բարձրացող ալիքը պահանջում է բավարարում, սակայն այս տարիքում տղայի հոգեկանը դեռ պատրաստ չէ դիմակայելու հետերոսեքսուալ շփման հուզական վտանգներին: Մարմնական փոփոխությունների և աճող սեռական հակման հետ կապված ապրումները ավելի հեշտ է կիսել իր սեռին պատկանող մտերիմ ընկերոջ հետ:

Պուբերտատի տարիքը կարող է տատանվել միջինից մեկ-երկու տարի այս կամ այն կողմ՝ ավելի վաղ կամ ավելի ուշ հասակ: Ակնհայտ վաղ կամ նշանակալիորեն ուշ սեռական հասունացումը հղի է սուր հուզական խանգարման առաջացման վտանգով և կարող է բացասաբար անդրադառնալ սեռական ինքնագնահատականի և ինքնավստահության վրա:

Ձեռնաշարժությունը մնում է սեռական ակտիվության հիմնական ձևը, հատկապես տղաների մոտ, չնայած նրանցից շատերը կարող են արդեն ունենալ սեռական հարաբերության փորձ:

Շատ քչերն առաջին սեռական հարաբերությունն ունենում են 12-13 տարեկանում: Քանի որ մեր հասարակությունը ավելի հանդուրժող է տղամարդկանց սեքսուալության դրսևորման նկատմամբ, այդ պատճառով տղաների տարիքը, որում նրանք սկսում են սեռական ակտիվություն ցուցաբերել, ավելի ցածր է աղջիկների այդ տարիքից:

Պետք է նշել, որ դեռահասի սեռական ակտիվությունը բնական է և հակառակ գրականության տվյալների և հասարակական մտքի մեջ իշխող տեսակետների, այդ տարիքում սեռական կյանքի վտանգավորության վերաբերյալ ակնհայտ ապացույցներ չկան: Խնդրի ամբողջ էությունը այն է, որ դեռահասը պարզապես քիչ է մտածում սեռական կյանքի հնարավոր անցանկալի հետևանքների մասին, ինչպիսիք են սեռավարակները և անցանկալի հղիությունը: Եթե դրանք ավելի լուրջ դիտարկվեն և հաշվի առնվեն դեռահասի կողմից, ապա սեռական կյանքը ինքնին ոչ մի վտանգ չի պարունակի դեռահասի անձի զարգացման և կայացման գործընթացում:

Ընդհանուր առմամբ վերացական մտածողությունը նորմալում ամբողջապես դրսևորվում է մոտավորապես 14 տարեկանում: Մինչև ուղեղի այս ֆունկցիայի հասունացումը անձը ի վիճակի չէ ինտիմ հարաբերության և նվիրումի, հնարավոր հետևանքների կանխատեսման, ապագայի պլանավորման: Ինչևիցե, այս տարիքում ճանաչողական հասունությանը հասնելու հնարավորությունը դեռևս չի նշանակում, որ բոլոր դեռահասները հասնում են դրան: Ավելին, շատերը նույնիսկ ընդհանրապես չեն անցնում առարկայական մտածողության սահմանը: Ճանաչողական և հուզական հասունության ուշացումը բերում է սեռական փոխազդեցություններում ինքնակենտրոնացման պահպանմանը և սեռական հակումը ծնողներից դեպի օտար սեքսուալ օբյեկտ ուղղելու անհնարինությանը: Այսպիսի դեպքերում սեռական ակտիվությունը կենտրոնացած է սեփական անձի

շուրջը, ընդ որում՝ ամենից շատ կարևորվում է անմիջական զգացողությունը:

Վասիլչենկոյի առաջարկած հաջորդ երկու շրջանները Ֆրոյդի կողմից դիտարկվում են որպես գենիտալ փուլի ուշ դրսևորումներ, որոնք կներկայացնենք համատեղ կոնտեքստով:

**6. Սեքսուալության անցումային շրջան (16-25 տարեկան)**

Եթե պատանեկությունը համարվում է բացահայտումների շրջան, ապա երիտասարդության տարիները ավելի մեծ հնարավորություններ են տալիս սեքսուալ փորձարկումների համար: Սակայն, մյուս կողմից, հոգեկան զարգացումը դեպի հասունություն, բերում է ես-ի արժեքային համակարգի, հետաքրքրությունների բյուրեղացման, և պատանեկության ընթացքում ձեռք բերված սեքսուալ փորձը կարող է համարվել բավարար: Ուստի երիտասարդության տարիներին անձի սեքսուալ փորձարկումների քանակը կարող է նվազել:

Այս տարիքային ժամանակահատվածում աճում է կանանց սեռական ակտիվությունը, և մինչամուսնական սեռական կապերի թվի տարբերությունը այժմ տղամարդկանց և կանանց մոտ այնքան էլ մեծ չէ:

Հասուն անձի սեքսուալությանը բնորոշ է քնքշանքի և սեռական սիրո համատեղումն ու կենտրոնացումը միևնույն անձի շուրջ (պարտադիր չէ միայն մեկ անձի՝ ամբողջ կյանքի ընթացքում): Այսպիսի միաձուլումը, որը ապահովում է երկարատև և կայուն միջանձնային հարաբերություններ, հնարավոր է դեռահասի սեռական զարգացման բարեհաջող ընթացքի և վաղ սեռական փորձի հաջողության պարագայում:

**7. Հասուն սեքսուալություն (25-45 տարեկան)**

Հասուն սեքսուալությունը ներդաշնակորեն պետք է լրացվի սիրո վեհ գաղափարներով: Ամուսնությունը և ծնողական դերի ստանձնումը միայն երկու տարբեր ուղիներ են, որոնց միջոցով կարող է շարունակվել 25-45 տարեկան անձի սեքսուալության դրսևորումը: Չկա ենթադրություն, որ ամուսնությունը սեքսուալության արտահայտման միակ բարերար կամ ամենաառողջ տարբերակն է: Չկա փաստարկ, որ ամուսնացած և ծնող դարձած մարդիկ ավելի առողջ են, քան չամուսնացածները կամ երեխա չունեցողները: Սեքսուալության զարգացումը հնարավոր է ինչպես ամուսնության շրջանակներում, այնպես էլ ամուսնությունից դուրս: Այս երկուսի միջև տարբերությունը միայն որակական է:

Ամուսնությունը գույգի օրինական կապն է, որը հնարավորություն է ստեղծում զարգացնելու սեքսուալությունը գույգի համագործակցության միջոցով, այնինչ, երբ անձը մենակ է, գործի են դրվում միայն նրա անհատական ջանքերը: Ամուսնությունը նաև հնարավորություն է ստեղծում լուծելու չգիտակցված սեռական մեղքի մնացորդային հետքերը՝ կապված սեքսուալության դրսևորման պատճառով ծնողներից ստացած նախատիքի, կշտամբանքի հետ: Ամուսինը կամ կինը զբաղեցնում են հակառակ սեռի ծնողի դերը: Ամուսիններից մեկի հաճույքը սիրախաղի, սեռական հարաբերության, սեքսուալության տարբեր դրսևորումների ժամանակ կարող է խթանել մեղքի զգացումից զերծ սեռական հաճույքի զգացողություն մյուսի մոտ: Ամուսնական ինտիմ մթնոլորտը,

տրամադրության պարբերական տատանումները և ֆիզիոլոգիական փոփոխությունները, որին ակնատես են լինում ամուսինները, կարող են փարատել տազնապահարույց առեղծվածը, որ հյուսված է հակառակ սեռի շուրջ:

Ծնողական դերի ստանձնումը նույնպես ունի այն հզոր ուժը, որ կարող է լուծել մնացորդային չգիտակցված սեռական կոնֆլիկտները և նպաստել սեքսուալության հետագա զարգացմանը: Հղիությունը կնոջ մոտ բացում է սեփական մոր հետ նույնացման նոր հորիզոն: Ամուսնու համար այդ հղիությունը նպաստում է ինչպես մոր, այնպես էլ հոր հետ նույնացմանը նոր մակարդակում, քանի որ զարգացման վաղ փուլերում մոր հետ նույնացումը ներառում է վերջինիս կերակրող դերը: Հղիությունը խթանում է կնոջ մայրության զգացումը և զգալիորեն լայնացնում նրա՝ մախկինում աղոտ ներքին սեքսուալության գիտակցությունը, որոնք հնարավորություն են տալիս այն նորովի գնահատելու:

Երեխայի ծնունդը ամուսիններին դարձնում է հայր և մայր, ինչը էլ ավելի ամրապնդում է սեփական ծնողների հետ նույնացումը: Կինը ձեռք է բերում ֆունկցիոնալ նույնություն մոր հետ, տղամարդը՝ սեքսուալ հավասարություն հոր հետ: Այս նույնացումները կրում են երկակի իմաստ. այն կարող է նպաստել ինչպես սեռական խանգարման առաջացմանը, այնպես էլ դրա հետ զարգացմանը: Ամուսինը, որ արդեն ծնող է, կարող է հուզապես նպաստել մեղքի նվազմանը և խթանել սեռական հաճույքի առաջացումը: Մյուս կողմից, ծնող դառնալը կարող է վերստին արթնացնել չլուծված էդիպյան բարդությոթը և պատճառ հանդիսանալ սեռական ֆունկցիայի արգելակման, եթե ամուսինը անգիտակից կերպով նույնացվում է սեռական տաբու հանդիսացող ծնողի հետ:

Ծնողներն իրենց նույնացնում են նաև իրենց երեխաների հետ և շարունակում այդ նույնացումը երեխայի աճին զուգընթաց: Ջարգացման յուրաքանչյուր փուլում երեխան ծնողի մոտ արթնացնում է հույզեր, զարգացմանը առնչվող խնդիրներ և այլևայլ մնացորդային կոնֆլիկտներ, որոնք այդ տարիքում տեղ են գտել ծնողի կյանքում: Իհարկե, այդ արթնացումներին ծնողը պատասխանում է ոչ այնպես, ինչպես առաջին անգամ, երբ երեխա էր, այլ արդեն իբրև հասուն անձ, որի եսը ընդունակ է հարմարման և առավել ճկուն վերաբերմունքի:

Երեխայի աճող սեռական ակտիվությունը էդիպյան բարդությոթի փուլում հարկադրում է շատ ծնողների վերանայել իրենց վերաբերմունքը երեխաների և իրենց սեփական սեքսուալ դրսևորումների նկատմամբ, օրինակ՝ ինչպիսին է ձեռնաշարժության իրավունքը:

Այն տղամարդը, ում հայրը ֆիզիկապես խուսափել է իրենից, թերևս զգուշանալով, որ նմանատիպ վարքը իր մեջ պարունակում է հոմոսեքսուալիզմի երանգներ, կարող է հայտնաբերել, թե որքան բնական է հայր-որդի կապվածությունը, և որքան անհիմն՝ այդ կապվածության վերաբերյալ տազնապի զգացումը:

Ծնողների համար փորձություններով հատկապես լեցուն է իրենց զավակների պատանեկության շրջանը: Այն ծնողները, ովքեր ունեն բավարար ճկունություն լսելու իրենց դեռահաս զավակների հարցերը,

ընդունելու առաջադրվող մարտահրավերները և քննարկելու դրանք անկեղծորեն և հարգանքով, կարող են նույնքան օգուտ քաղել դրանից, որքան և իրենց զավակները: Նրանք կարող են բացահայտել, որ նախկինում հարցեր չառաջացնող իրենց արժեքները բաց են այլընտրանքային հնարավորությունների առաջ, և իրենց սեքսուալ ինքնությունը կարող է շատ ավելի հարուստ լինել:

Մերնդափոխությունը անխուսափելի է յուրաքանչյուր ընտանիքում, բայց շատերը դա ցավագին են ընդունում: Ոչ բոլոր ծնողներն են կորցրած լինում իրենց սեռական գրավչությունը և էներգիան, երբ իրենց զավակները դառնում են սեռահասուն երիտասարդներ: Սակայն անհերքելի է, որ ծնողների սեքսուալ այդ գրավչությունը դատապարտված է հետզհետե խամրելու, իսկ վերարտադրողական ներուժն էլ անհամեմատ ցածր է, քան երիտասարդ զավակներինը: Մերնդափոխության անխուսափելիությունը այս տարիքից սկսած գիտակցվում և դառնում է հուզող խնդիր: Հոգեսեռապես ոչ հասուն անձանց մոտ և սեռական կյանքի ոչ լրիվ ու անլիարժեք դրսևորման դեպքում այս խնդիրը կարող է մեծ անհանգստություն պատճառել: Ինչևիցե, զավակի աճող սեքսուալ անկախությունը ենթադրում է ավելի մեծ սեռական ազատություն և սեռական հաճույքի զգացողություն: Այդ պարագայում շատ ծնողներ շահում են ավելի ազատ ժամանակ և մեծակ մնալու հնարավորություն, քան ի վիճակի էին նախկինում, երբ երեխան փոքր էր: Եթե նրանք ժամանակին կառուցել են առողջ միջանձնային հարաբերություններ և հնարավորություն ունեցել կուտակելու հարուստ սեքսուալ փորձառություն, ապա նրանք լայն հնարավորություն ունեն իրենց փորձը գործնականում կիրառելու, մինչդեռ դեռահասները, չնայած իրենց համառ փորձերին՝ սեքսուալ մեծ ձեռքբերումների հասնելու համար դեռ երկար ճանապարհ ունեն անցնելու:

#### **8. Սեքսուալության շրջան**

Այս շրջանում կենսաբանական փոփոխությունները բերում են սեռական ֆունկցիայի նվազման և հուզական պատասխանների փոխակերպման:

Մեր հասարակությունը եղել և մինչ օրս էլ շարունակում է անհանդուրժող մնալ ծերունական տարիքի մարդկանց սեքսուալ դրսևորումների նկատմամբ: Ավանդաբար համարվում է, որ սեքսուալ ակտիվությունը ընդունելի է միայն վերարտադրողական տարիքում գտնվող ամուսնական զույգերի համար: Այս մտայնության հետևանքով ծերունական տարիքի անձանց հոգեսեռական զարգացմանը գիտական ճանաչողության տեսակետից բավարար ուշադրություն չի դարձվել:

Ֆերտիլության նվազումը և դաշտանադադարը տարբեր կերպ են մեկնաբանվում կանանց կողմից: Սա կնոջ կյանքում կարող է լինել բավական ծանր ժամանակաշրջան՝ հաճախ ուղեկցվելով ծանր դեպրեսիաների և նույնիսկ փսիխոտիկ խանգարումների առաջացմամբ: Այս առումով առավել խոցելի են հատկապես այն կանայք, ովքեր հուզական կոնֆլիկտներ ունեն հղիության կամ երեխայի խնամքի հետ կապված կամ ցանկացել, բայց չեն կարողացել մայրանալ: Այդպիսի

կանանց ինքնագնահատականը սերտորեն կապված է մանկածնման կարողության հետ: Հորմոնալ փոփոխությունները կարող են բերել ոչ հաճելի ֆիզիկական զգացողությունների, հեշտոցային փոփոխությունների, որոնք հանգեցնում են սեքսուալ զգայունակության իջեցման:

Տղամարդու օրգանիզմում տեղի չեն ունենում դաշտանադադարին համեմատելի ֆիզիոլոգիական փոփոխություններ: Ֆերտիլության և սեքսուալ ֆունկցիայի նվազումը տղամարդու մոտ միայն տարիքային գործոնով չեն պայմանավորված: Հայրության դեպքեր գրանցվել են նույնիսկ 80-90 տարեկան հասակում: Թեև համարյա բոլոր հեղինակավոր հետազոտողները վկայում են այս տարիքում տեստոստերոնի մակարդակի նվազման մասին, այնուամենայնիվ այդ նվազման և հայրության ֆունկցիայի միջև ուղղակի կապ չի արձանագրվել: Չնայած այս փաստարկներին, շատ տղամարդիկ իրենց միջին տարիքում ընկնում են դեպրեսիայի մեջ կամ խուճապի են մատնվում երևակայական սեռական անկարողության կապակցությամբ և նետվում են սեռական արկածների մեջ՝ վերաինքնահաստատման նպատակով փնտրելով նոր ամուսնություններ:

Կնոջ միջին տարիների կենսաբանական փոփոխությունները հզոր խթան են հետագա հոգեսեռական զարգացման համար: Այն կանայք, ովքեր դեմ են հակաբեղմնավորիչների կիրառմանը, դաշտանադադարը կարող են ընկալել որպես գերազանց հնարավորություն՝ առանց հղիանալու վախի սեռական հարաբերությունների համար, ինչը կարող է մեծապես նպաստել լիարժեք սեքսուալ հաճույք ստանալուն: Քանի որ այս տարիքը համընկնում է ակտիվ ծնողական դերի ավարտի հետ, այն մեծահասակներին նոր հնարավորություն է ընձեռում հաճույքի փոխանակման, իսկ կնոջը՝ աշխատանքային կարիերայի կառուցման համար: Հարստացած ինքնահարգանքը, որ հետևանք է անձնական և սոցիալական ներդրման, լավագույն հակակշիռն են դեպրեսիայի առաջացման և, հետևաբար՝ սեքսուալ ակտիվության նվազման:

Ինչպես արդեն ասվեց, եթե որևէ սպեցիֆիկ հիվանդություն չի գրանցվել, ապա միայն տարիքը բավարար գործոն չէ տղամարդու մոտ էրեկտիլ դիսֆունկցիայի առաջացման համար: Ինչևիցե, այս տարիքում սեռական գրգռումը և հեշտանքը ձգձգվում են, ռեֆրակտեր շրջանի տևողությունը երկարում է, էյակուլյացիայի ուժգնությունը նվազում և անզամ կարող է որոշակի սեռական ցիկլերի ընթացքում ընդհանրապես բացակայել: Վերոնշյալ փոփոխությունները տղամարդու կողմից կարող են սխալ մեկնաբանվել՝ իբրև նվազող վիրիլության նշաններ, թեև այլ տեսանկյունից նայելով՝ տղամարդը կարող է մեծ օգուտ քաղել դրանից:

Հոգեսեռական զարգացման ամենադրամատիկ օրինակներից մեկը, որ կարող է տեղ գտնել միջին տարիքում՝ սեռապես անհամապատասխան գույզի լուծարումն է: Շատ գույզեր՝ համարելով, որ ընտանիքի ամբողջականությունը անհրաժեշտ է երեխաների առողջ մանկության համար, հանուն դրա չեն բաժանվում և վարում են անձնական երջանկությունից զուրկ ամուսնական կյանք: Մրանք այն անհամապատասխան ամուսիններն են, որոնք ապարդյուն փորձեր են



կատարել միջանձնային հարաբերությունները շտկելու: Նրանցից յուրաքանչյուրը ունակ է սեռական բավարարման այլ զուգընկերոջ հետ, և երբ նրանց զավակները հասնում են ինքնուրույնության, նրանք բաժանվում են իրարից և կյանքի մնացած տարիները նվիրում նոր զուգընկերոջ հետ միասին երջանկություն կառուցելուն:

### **Հոգեսեռական զարգացման տեմպի խանգարումներ**

Հոգեսեռական զարգացման տեմպի խանգարումները ընդգրկում են հոգեսեռական զարգացման *արագացումները* և *հասպաղումները*: Արդյունքում, մարմնասեռական զարգացման փուլի համեմատ հոգեսեռական զարգացումը լինում է վաղաժամ կամ ուշացած: Հնարավոր են նաև մարմնասեռական զարգացման տեմպային խանգարումներ և դրանց զուգակցում հոգեսեռական զարգացման տեմպային խանգարումների հետ: Այս դեպքում խոսքը բարդ խանգարումների մասին է: *Բարդ* խանգարման օրինակ կարող է ծառայել վաղ սոմատոսեքսուալ և ուշացած փսիխոսեքսուալ զարգացման համակցությունը: Հոգեսեռական զարգացման խանգարումները պայմանավորված են սոմատոզեն, փսիխոզեն և սոցիոզեն գործոններով: Դրանք լինում են *սլարգ* և *համակցված*: *Պարզ* են համարվում այնպիսի խանգարումները, որոնք պայմանավորված են մեկ գործոնով, *համակցված*՝ 2-3 գործոնով: Օրինակ՝ շիզոֆրենիան, որը ստացել է գերդաստիարակություն: Այստեղ համակցված են սոցիոզեն և փսիխոզեն գործոնները:

### **Վաղաժամ հոգեսեռական զարգացում**

Վաղաժամ հոգեսեռական զարգացումը (ՎՀՁ) կարող է պայմանավորված լինել սոմատոզեն, փսիխոզեն և սոցիոզեն գործոններով:

*Սոմատոզեն գործոններից է* բնածին կամ վաղ մանկական հասակում ուղեղի համապատասխան կառույցների ախտահարումը, որը բերում է գենիտալ ռեակցիաների համար պատասխանատու նյարդային վերջույթների գրգռականության շեմի իջեցմանը: Վերջինս նպաստում է հոգեկան և սոցիալ գործոնների նկատմամբ զգայունության բարձրացմանը:

*Փսիխոզեն գործոններից* առավել մեծ նշանակություն ունեն կորիզային փսիխոպաթիաները (էպիլեպտոիդ) և էնդոզեն հոգեկան խանգարումները (շիզոֆրենիա, մանիակալ-դեպրեսիվ փսիխոզ), որոնց ժամանակ հոգեկան զարգացման առանձնահատկությունները բերում են վաղ տարիքում սեռական ոլորտի հանդեպ հետաքրքրվածության:

*Սոցիոզեն ՎՀՁ-ի* կարող են հանգեցնել դեռահասների և մեծահասակների կողմից երեխաների սեռական պղծումը և այլասերումը: Դեռահասները սեռական ոտնձգության նպատակին հասնում են դիմելով սպառնալիքի, ահաբեկման, անգամ՝ բռնության: Հասուն տարիքի սեռական բռնարարները, որոնք որպես կանոն ունեն սեռական այս կամ այն այլասերումը, շահադիտորեն օգտագործում են մանկական հետաքրքրասիրությունը:

Վաղաժամ հոգեսեռական զարգացմանը բնորոշ է սեքսուալության վաղ ձևավորումը, ընդ որում՝ առաջին հերթին դրսևորվում է սեռական հակումը:

Սոցիոգեն ՎՀՁ-ների ժամանակ սեռական բռնարարի կողմից կիրառվող էրոգեն գրգիռը գոհի համար իսկապես կարող է դառնալ հաճույքի աղբյուր, որը նպաստում է սեռական ցանկության վաղաժամ արթնացմանը: Արդեն 5-10 տարեկանում ի հայտ են գալիս սեքսուալ երևակայություններ, որոնց բովանդակությունը կրում է այս տարիքի հոգեկան և հոգեսեռական զարգացմանը համապատասխան տարրեր: Չունենալով սոմատիկ հենք (փսիխոսեքսուալ զարգացումը առաջ է ընկնում սոմատոսեքսուալ զարգացումից), երեխաները դիմում են սեքսուալ ակտիվության այլընտրանքային ձևերին՝ օգտագործելով իրենց սեռական երևակայությունները: Քանի որ այս տարիքում ձևավորվում է սեռադերային վարքը, սեռական հակման ռեալիզացիայի այլընտրանքային ձևերը միահյուսվում են սեռային դերի հետ: Ի վերջո ձևավորվում է ձևախեղված սեռականություն՝ սեռական նախընտրության և/կամ կողմնորոշման խանգարումներով:

### ***Հոգեսեռական զարգացման հապաղումներ և ուշացումներ***

Հոգեսեռական զարգացման (ՀՁ) հապաղումը, որը բերում է ՀՁ ուշացման, ինչպես և ՀՁ արագացումը կարող է պայմանավորված լինել սոմատոգեն, փսիխոգեն և սոցիոգեն գործոններով:

*ՀՁ սոմատոգեն հապաղման* գործոններից առավել հաճախ հանդիպում են էնդոկրին համակարգի խանգարումները, որոնցով պայմանավորված հոգեսեռական զարգացման հապաղումները ավելի ծանր ընթացք ունեն և դժվարությամբ են բուժվում: Ծանր էնդոկրին խանգարումները կարող են հանգեցնել անձի հոգեկան զարգացման ընթացքում սեքսուալությանը վերաբերող բոլոր բաղադրիչների բացակայության, ընդհուպ մինչև՝ ասեքսուալության:

*ՀՁ փսիխոգեն հապաղումները* կարող են կապված լինել հոգեկան զարգացման ընդհանուր խանգարման հետ կամ էլ հանդես գալ ինքնուրույն՝ հոգեկան մյուս բաղադրիչների լիարժեք զարգացման ֆոնի վրա: Այս դեպքում ընդհանուր ֆիզիկական և մարմնասեռական զարգացումը համապատասխանում է տարիքային նորմերին: ՀՁ փսիխոգեն հապաղումները հաճախ պայմանավորված են փսիխոպաթիաներով և անձի ախտաբանական զարգացմամբ՝ հիմնականում ասթենիկ, փսիխասթենիկ, հիստերոիդ, շիզոիդ տիպերով: Փսիխոպաթիան արգելակող ազդեցություն է ունենում սեքսուալության զարգացման ամբողջ ընթացքի վրա՝ սկսած սեռադերային վարքի ձևավորումից, մինչև սեքսուալ կողմնորոշման և նախընտրությունների կայացումը:

Վերը նշված փսիխոպաթիաների տիպերին, բացի հիստերոիդ տիպից, բնորոշ են բնավորության հետևյալ գծերը՝ ամաչկոտություն, ամոթխածություն, նեղացկոտություն, ինքնամփոփություն, որոնք նպաստում են հաղորդակցման (շփվողականության) խանգարմանը, իսկ էմոցիոնալ դյուրազգացությունը, վառ երևակայության հակվածությունը և թուլակամությունը դրան ավելացնում են նաև սեռական ակտիվության այլընտրանքային ձևերին դիմելու մղումը:

Հիատերոիդ փսիխոպաթիայի ժամանակ արտահայտված էնոցիոնալ դյուրագագացությունը, վառ արտահայտված երևակայությունը և հավակնությունների բարձր մակարդակը սովորաբար անձի մոտ հանգեցնում են սեքսուալության զարգացման բոլոր փուլերում իրականությունից կտրված դիրքորոշումների ձևավորման: Նմանատիպ ոչ ռեալ դիրքորոշումների իրականացումը ռեալ կյանքում բերում է ներանձնային և միջանձնային կոնֆլիկտների: Դրսևորվում է սեքսուալ զուգընկերոջը մշտապես փոխելու ցանկություն: Սոցիալական խմբում «ավելորդության» զգացողությունը խանգարում է նրա միջանձնային հարաբերություններին, որն էլ բերում է նրա սոցիալական մեկուսացմանը, նոր ընկերական խմբերում ճանաչում գտնելու անդադար ձգտմանը:

Հաղորդակցության խանգարումները առավել արտահայտված են էնոգեն հոգեկան խանգարումների ժամանակ և կարող են անգամ բերել լրիվ մեկուսացման: Նման դեպքերում սեքսուալության ձևավորման ժամանակ կարող են դուրս մնալ ոչ միայն ենթափուլեր, այլև ամբողջական փուլեր:

*ՀՁ սոցիոգեն հասպաղումները* հիմնականում սխալ սեռական դաստիարակության հետևանք են՝ ուղղված սեքսուալության արժեզրկմանը: Ծնողների կողմից մշտական հսկողությունը երեխաների հանդեպ՝ միջամտությունը ընկերների ընտրության հարցում, երբեմն նույնիսկ մեկուսացումը հասակակիցներից, բացասական վերաբերմունքը դեպի սեռական դրսևորումները և այլն, առաջացնում է փսիխոսեքսուալ զարգացման փուլային անցումների խանգարումներ:

Սեռային ինքնագիտակցության և սեռադերային վարքի ձևավորման շրջաններում ՀՁ ուշացումը հիմնականում աննկատ է մնում: Երեխաների մոտ սեռի հետ կապված հետաքրքրության և սեռադերային խաղերի բացակայությունը ծնողների և մանկավարժների կողմից գնահատվում են որպես «ճիշտ» դաստիարակության ցուցանիշ:

Ուշացած ՀՁ-ները ավելի նկատելի են դառնում պուբերտատ շրջանում: Սեռադերային խաղերը, որոնք յուրահատուկ են 5-7 տարեկան երեխաներին, տեղափոխվում են դպրոցական տարիք: Ժամանակին չխաղացված խաղերը այժմ զբաղեցնում են դպրոցականի ողջ ազատ ժամանակը: Մի կողմից դա ունի դրական նշանակություն, քանի որ լրացնում է սեռադերային վարքի ձևավորման բացը, մյուս կողմից, սակայն, պարունակում է որոշակի վտանգ: Այդ խաղերը այժմ խաղացվում են իմացական ավելի բարձր մակարդակի վրա, և եթե դրան միանում է հորմոնալ ֆոնի պուբերտատային գրոհը, ապա կարող են դիտվել սեռական հակման բավարարման ձևի խեղաթյուրումներ:

ՀՁ հասպաղումը լիբիդոյի ձևավորման շրջանում դրսևորվում է պլաստոնիկ կամ էրոտիկ փուլում լիբիդոյի սևեռման ձևով: Ընդ որում, լիբիդոն ռեալիզացվում է մի փուլում, մինչդեռ սեքսուալ երևակայությունները ընդգրկում են հաջորդ փուլի տարրերը: Լիբիդոյի սևեռումները հատկապես էրոտիկ փուլում լի են սեռական նախընտրությունների և կողմնորոշման խանգարման վտանգով:

ՀՁ ուշացումները սեռադերային վարքի ձևավորման շրջանում բերում են հակառակ սեռի հետ շփման խնդիրների: Շփման և հաղորդակցման հմտությունների բացակայությունը, որոնք հոգեբանական զարգացման վաղ փուլերի արդյունք են, իրենց ազդեցությունն են թողնում պլաստոնիկ շրջանի

դրսևորման վրա, ինչպես նաև բացասաբար անդրադառնում վերջինիս ներդաշնակ անցմանը էրոտիկ փուլին, իսկ հետագայում՝ սեքսուալ մերձեցմանը: Հակառակ սեռի հետ շփման կարողությունների բացակայության հետևանքով սեռական ակտը, որպես կանոն, ավարտվում է անհաջողությամբ, ավելի խորացնելով սեռական թերարժեքության զգացումը:

## **ԳԼՈՒԽ 7** **ՆՈՐՄԱ ՀԱՍԿԱՅՈՒԹՅՈՒՆԸ ՍԵՔՍՈՆԼՈԳԻԱՅՈՒՄ**

### ***Սեռական առողջություն***

Սեռական առողջությունը մարդու ընդհանուր առողջության մի մասն է, որից մեծապես կախված է կյանքի որակը: Սեռապես առողջ անհատը ունակ է վարելու բովանդակալից և հարուստ կյանք, քանի որ բարձր է նրա շփվողականությունը, հուզական դրսևորման աստիճանը:

XIX դարում սեռական առողջության գլխավոր չափանիշ էր համարվում չափավորությունը: Բժիշկները հավաստում էին, որ սեռական ձեռնպահությունը օգտակար է, քանի որ խնայում է ֆիզիկական և հոգևոր ուժերը: Իրավիճակը փոխվեց 1920-ական թթ., երբ մի քանի անվանի բժիշկներ սկսեցին համոզիչ կերպով արծարծել սեռական ակտիվության դրական կողմերը, հաստատեցին սեռական բավարարվածության և հեշտանքի առողջարար ազդեցությունը: 1975թ. Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության փորձագետները առաջին անգամ սահմանեցին սեռական առողջությունը՝ իբրև *սեքսուալության* մարմնական, հուզական և սոցիալական ասպեկտների ամբողջություն, որը հարստացնում է անձը, նրա շփվողունակությունը, սիրելու կարողությունը: Այլ կերպ ասած, *սեռապես առողջ անհատն է միայն ի վիճակի ազատ, անկաշկանդ շփումների, առողջ միջանձնային հարաբերությունների հաստատման և խորը հուզական կապի՝ սիրելու կարողության:* Թեև այս սահմանումը ավելի շուտ սոցիալական վարքի ձևավորման է ուղղորդում, քան բացահայտում սեքսուալության բժշկական խորքիմաստները, այնուհանդերձ այն ունի մեծ նշանակություն՝ սեքսուալ ֆունկցիայի վերարտադրողական և հաճույքաբեր կողմերի տարանջատման տեսակետից:

2000 թ. Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության փորձագետների կողմից տրվել է նոր սահմանում, համաձայն որի *սեռական առողջությունն ավելին է, քան սեռական խանգարման բացակայությունը և իրենից ներկայացնում է անձի սեքսուալության մարմնական, հոգեկան և սոցիալական բարօրության ամբողջություն:*

Սեռապես առողջ անհատն ունի դրական վերաբերմունք դեպի սեքսուալությունը, ունակ է ստանալու սեռական հաճույք և վարում է անվտանգ սեռական կյանք՝ գերծ բռնությունից, հարկադրանքից:

Այսօր Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության կողմից հաստատվել է, որ յուրաքանչյուր անձ ունի սեռական իրավունքներ, որոնց ճանաչումը, ընդունումը և պաշտպանությունը պարտադիր պայման է նրա սեռական առողջության պահպանման հարցում:

Մարմնական զգայություններից հաճույք ստանալու և այդ հաճույքը սիրելի անձնավորության հետ կիսելու կարողությունը առաջացնում է լիարժեքության զգացում, բարձրացնում ինքնահարգանքը և նվազագույնի հասցնում կյանքի էքզիստենցիալ մաս կազմող միայնակության և սեփական անձի անպիտանելիության զգացումները:

Խորը միջանձնային հարաբերությունները սեքսուոլոգիայում անվանում են *ինտիմություն*, որը ենթադրում է ինչպես հաճույքի, այնպես էլ ցավի կիսում մտերիմ անձնավորության հետ: «Ինտիմ» բառը ծագում է լատիներեն *intimare* արմատից, որը նշանակում է իմանալ, ճանաչել: Սեռական մերձեցումը կարևոր ուղիներից մեկն է, որի միջոցով հնարավոր է իմանալ, ճանաչել մարդուն: Սակայն սեքսուալությունը միայն մի մասն է ինտիմության. բացի դրանից ինտիմության մաս են կազմում նվիրումը, վստահությունը, հուզական ինքնադրստումը, հետաքրքրությունների և արժեքների համատեղելիությունը, կոնֆլիկտների կառուցողական լուծման կարողությունը, ինքնուրույնության և անկախության պահպանումը զույգի շրջանակում: Այսպիսով, հնարավոր է ինտիմ հարաբերություններ ունենալ մեկի հետ առանց սեռական կապի, և հակառակը՝ սեռական մերձեցումներ ունենալ՝ առանց իսկական ինտիմության: Ինտիմության բոլոր բաղադրիչների միասնությունն է, որ հնարավորություն է ստեղծում անհատական և փոխադարձ հաճույքի և աճի:

### ***Նորմա հասկացությունը սեքսուոլոգիայում***

Սեռական կյանքի «նորման» որոշելու անհրաժեշտությունը ծագում է սեքսուոլոգիական օգնության դիմող այցելուների այնպիսի գանգատներից, որոնք դուրս չեն գալիս նորմայի սահմաններից, սակայն այցելուի թյուր պատկերացման հետևանքով ստիպում են նրան տառապել թվացյալ հիվանդությունից:

Նորմա հասկացությունը սեքսուոլոգիայում դիտարկում են մի քանի ասպեկտով՝ *բարոյական, փիճակագրական և բժշկական*,

**Բարոյական նորմա** ասելով նկատի է առնվում տվյալ հասարակությունում տիրող արժեքային համակարգերի, բարոյական նորմերի, վարքային համընդհանուր ստանդարտների այն ամբողջությունը, որը վերաբերում է սեռական կյանքին: Տվյալ հասարակության բարոյական նորման միշտ չէ և ոչ պարտադիր, որ համընկնի այլ հասարակության նորմայի հետ: Ինչպես նաև միևնույն հասարակության տարբեր սոցիալական խմբերի միջև հաճախ առկա են բարոյական չափանիշների տատանումներ: Վարքի կարգավորման հասարակական այս ֆունկցիան նպատակ ունի պահպանելու տվյալ հասարակության ինքնությունը և պատմական ժառանգությունը: Ավանդույթները և սովորույթները, որոնք ազգի պահպանման գործում ծանրակշիռ դեր են կատարում, ունեն իրենց դրական և բացասական կողմերը: Մի կողմից, դրանք նպաստում են ազգային ինքնագիտակցության պահպանմանը, որը, ինչ խոսք, դրական պետք է համարել, բայց մյուս կողմից, դրանց մի մասը սեքսուալության մասին ժամանակակից պատկերացումների ֆունի վրա կորցնելով իրենց ուժը՝ լուրջ արգելքներ են ստեղծում առողջ սեքսուալության ձևավորման ճանապարհին: Վերոնշյալ խնդիրների մեկնաբանումը դուրս է այս ձեռնարկի սահմաններից և ավելի շուտ սոցիալական ու պատմամշակութային նշանակություն ունի, ուստի դրանց քննարկումը բժշկական շրջանակներից տարածվում է դեպի այս դիսցիպլինների իրավասություն:

**Փիճակագրական նորման** պայմանավորված է բնակչության շրջանում տվյալ սեռական դրսևորման միջին թվաբանական տվյալներով: Առաջին

լայնածավալ վիճակագրական հարցումը, որի տվյալները մինչ օրս կիրառվում են սեքսոլոգիական պրակտիկայում, անց է կացրել Ալֆրեդ Կինգին: Հայաստանում նման հարցախույզ իրականացվել է 1960 թ.-ին՝ Մ.Ս. Թորոսյանի կողմից: Վիճակագրական հետազոտություններ անց են կացվել նաև ԵՊԲՀ-ի սեքսոպաթոլոգիայի ամբիոնի կողմից՝ բժշկական համալսարանի 6-րդ կուրսի 350 ուսանողների և ՀՀ զինված ուժերի 1500 զինծառայողների շրջանում, որոնց արդյունքները մասամբ հրատարակվել են:

**Բժշկական նորման** իր հերթին ներառում է կոնստիտուցիոնալ և տարիքային նորմաները:

### *Սեռական կոնստիտուցիա*

«Կոնստիտուցիա» ասելով հասկանում են օրգանիզմի ֆունկցիոնալ և մորֆոլոգիական առանձնահատկությունները, որոնք ձևավորվում են ժառանգական և ձեռքբերովի հատկանիշների հիման վրա և պայմանավորում են նրա ռեակտիվությունը:

«Սեռական կոնստիտուցիա» ասելով հասկանում են կայուն կենսաբանական հատկանիշների համալիր, որը ձևավորվում է ժառանգական գործոնների և զարգացման պրենատալ և վաղ օնտոգենեզի շրջաններում արտաքին միջավայրի պայմանների հիման վրա: Սեռական կոնստիտուցիան լիմֆատավորում է անհատական սեռական պահանջը սեռական ակտիվության որոշակի մակարդակի վրա և բնութագրում է պաթոգեն գործոնների հանդեպ դիմադրողականությունը, որոնք ունեն ընտրողականություն հենց սեռական ոլորտի հանդեպ:

Սեռական կոնստիտուցիան, լինելով ընդհանուր կոնստիտուցիայի մի մասը միայն, միևնույն ժամանակ ունի իր առանձնահատկությունները:

Սեռական կոնստիտուցիայի որոշման համալիր գնահատականը տրվում է՝ ելնելով ստորև բերվող սեռական կոնստիտուցիայի որոշման վեկտորային աղյուսակներից (տես աղյուսակ 2 և 3):

Սեռական կոնստիտուցիան արտացոլում է սոմատիկ-կենսաբանական պրեմորբիդը և ունի հետևյալ նշանակությունը.

1. Այն հնարավորություն է տալիս գնահատել կոպուլյատիվ ցիկլի նյարդահումորալ բաղադրիչի նախնական վիճակը: Այդ գնահատականի գործնական նշանակությունն այն է, որ պրեմորբիդ նյարդահումորալ վիճակը հանդիսանում է սոմատիկ-կենսաբանական կոնստիտուցիոնալ ֆոն ցանկացած ձևի սեռական խանգարման համար, իսկ պուբերտատ զարգացման ուշացումները և աններդաշնակությունները ամենահաճախ հանդիպող սեքսուալ համախտանիշներից են:
2. Աղյուսակի միջոցով հնարավոր է տարբերակել ախտաբանական վիճակները, որոնք թեև արտաբնապես նույնն են, բայց ըստ էության խորապես տարբերվում են: Այսպես, հնարավոր է տարբերակել պուբերտատ զարգացման ուշացումը պուբերտատի դրսևորումների արգելակումից:

3. Աղյուսակի օգտագործումը հնարավորություն է տալիս իրականացնել սահմանային վիճակների տարբերակիչ ախտորոշում, որոնք ընկած են թվացյալ սեռական խանգարումների սահմանին մոտ:
4. Աղյուսակը հնարավորություն է տալիս խորհուրդներ տալ՝ ելնելով օբյեկտիվ չափանիշներից: Օրինակ, սեռական կյանքի ընտրված ռեժիմի և անհատական հնարավորությունների համապատասխանության վերաբերյալ:

**Աղյուսակ 2**  
**ՏՂԱՄԱՐԴՈՒ ՍԵՌԱԿԱՆ ԿՈՆՍՏԻՏՈՒՅԻԱՅԻ ՎԵԿՏՈՐԱՅԻՆ ՈՐՈՇՄԱՆ ՍԱՆԴՂԱԿ**

Վեկտորներ	Կոնստիտուցիա								
	թույլ			միջին			ուժեղ		
1. Լիբիդոյի արթնացում (տարիքը)	17 և ուշ	16	15	14	13	12	11	10	9 և վաղ
2. Առաջին սերմնաժայթքում (տարիքը)	19 և ուշ	17-18	16	15	14	13	12	11	10 և վաղ
3. Տրոխանտեր ինդեքս (հասակի հարաբերությունը ոտքերի երկարությանը)	< 1.85	1.86-1.89	1.90-1.91	1.92-1.94	1.95-1.96	1.97-1.98	1.99	2.0	> 2.0
4. Ցայքի մազակալում	Եզակի աղվամազեր	Կանացի տիպի	Հակում դեպի կանացի տիպը	Տղամարդու տիպ			Տղամարդու տիպով, հիպերտրիխոզ		
5. Առավելագույն էքսցես, սերմնաժայթքումների թիվը	0	2	3	4	5	6	7	8	9 և ավելի
6. ՊՖՈ-ի հաստատում ամուսնությունից հետո (տարիներ)	-	մեղրամիս	1	2-3	4-5	6-10	11-19	20-29	30 և ավելի
7. ՊՖՈ-ի հաստատման բացարձակ տարիք	-	մինչև 22	23-26	27-31	32-36	37-40	41-45	46-50	51 և ավելի



**Աղյուսակ 3**

**ԿՆՈՋ ՍԵՌԱԿԱՆ ԿՈՆՍՏԻՏՈՒՑԻԱՅԻ ՎԵԿՏՈՐԱՅԻՆ ՈՐՈՇՄԱՆ ՍԱՆԴՂԱԿ**

Վեկտորներ		Թույլ			
		17 և ուշ	16	15	
I. Դաշտանային ֆունկցիա	Առաջին դաշտանի տարիքը	17 և ուշ	16	15	
	Կանոնավորությունը	Ամենուրեք կամ հազվադեպ դաշտաններ	Դաշտանային ցիկլի երկարատև խանգարումներ առանց արտաքին տեսանելի ազդեցությունների	Խանգարումները միայն արտաքին անբարենպաստ պայմանների դեպքում (հոգեէմոցիոնալ, սոմատիկ, դեղորայքային)	
II. Մանկածնման ֆունկցիան	Ազատ սեռական կյանքով ապրելու դեպքում հղի-անալու տարին	–	10 տարի և ավել	3-9 տարի	
	Հղիության ընթացքը	–	Ինքնաբեր վիժումներ, հղիության պարոլոզիա, մեռելածնություն	հղիության ընդհատման վտանգ, հղիության տոքսիկոզներ	
III. Տրոխանտեր ինդեքս		1.88	1.89–1.93	1.94–1.96	
IV. Անուրափոստերի և ցայքի մագակարում		$A_0P_0$	$A_1P_1$	$A_2P_2$	
V. Էրոտիկ լիբիդոյի արթնացում (տարիքը)		$\geq 17$	15–16	14	
VI. Հեշտանք	Առաջին հեշտանքը	Բացարձակ տարիքը	–	$\geq 35$	31–34
		Ժամանակը՝ կանոնավոր սեռական կյանք սկսելուց հետո	–	10 տարի	3–9 տարի
	50-100% հեշտանք	Բացարձակ տարիքը	–	40	35
		Ժամանակը՝ կանոնավոր սեռական կյանք սկսելուց հետո	–	10–15 տարի	5–9 տարի

<b>Կոնստիտուցիա</b>					
<b>Միջին</b>			<b>Ուժեղ</b>		<b>Պարթոզիա և հազվադեպ կոնստիտուցիոնալ տարրերակներ</b>
14	13	12	11	10	9 և ավելի վաղ
Արտաքին արտահայտված անբարենպաստ պայմանների դեպքում էպիգոդիկ, կարճատև խանգարումներ	Կանոնավոր, առանց պարթոզիայի				Մենստրուալ ֆունկցիայի խանգարումներ
1-2 տարի	3-6 ամիս	1-3 ամիս	Անգամ հակաբեղմնավորիչների ֆունկցիոնալ վրա		–
Թեթև ընթացող հղիության տորսիկոզներ	Նորմալ ընթացք				–
1.94–1.96	1.99	2.0	2.01–2.02	2.03–2.04	≥ 2.05
կանացի տիպով $A_3P_3$			տղամ. հակում	տղամ. տիպ	տղամ. տիպ հիպերտրիխոզով (հիրսուտիզմ)
13	12	11	10	9	8 և ավելի վաղ
26–30	21–25	18–20	15–17	12–14	11 և ավելի վաղ
1–2 տարի	6–11 ամիս	2–5 ամիս	1 ամիս	Կանոնավոր սեռական կյանք սկսելուց առաջ	Մինչև սեռական կյանքը
30	25	20	19	18–16	15 և ավելի վաղ
3–4 տարի	1–2 տարի	6–11 ամիս	2–5 ամիս	1 ամիս	Հենց սեռական կյանքի սկզբից

## ***Սեքսուալ դրսևորումների տարիքային դինամիկան***

Սեքսուալ դրսևորումների տարիքային դինամիկայի ճանաչման անհրաժեշտությունը կապված է յուրաքանչյուր տարիքային շրջանին բնորոշ որոշակի սեքսուալ դրսևորումների առկայության հետ: Միևնույն սեքսուալ դրսևորումը տարբեր տարիքային շրջաններում տարբեր սեքսոլոգիական մեկնաբանություն է ստանում: Դրանց թվին են պատկանում պուբերտատ շրջանում՝ ձեռնաշարժությունները և երազախաբությունները, անցումային շրջանում՝ էքսցենտերը և աբստինենցիաները, հասուն շրջանում՝ պայմանական ֆիզիոլոգիական ռիթմը, ինվոլյուցիայի շրջանում՝ աբստինենցիաները:

***Ձեռնաշարժություն*** - Գոյություն ունեն ձեռնաշարժության (մաստուրբացիայի ) տարբեր տեսակներ և ձևեր, որոնցից յուրաքանչյուրն ունի իրեն հատուկ պաթոգենետիկ նշանակություն սեքսոլոգիայում

1. ֆրուստրացիոն պսևդոմաստուրբացիա,
2. վաղ նախապուբերտատային,
3. դեռահասային տարիքի հիպերսեքսուալության,
4. վիկար (փոխարինիչ),
5. պերսևերատոր-օբսեսիվ,
6. ընդօրինակված:

Պուբերտատ շրջանին բնորոշ ձեռնաշարժությունը պատանեկան հիպերսեքսուալության դրսևորումներից է, որի հիմքում ընկած է բիոսոցիալ աններդաշնակությունը, քանի որ սեռական ոլորտի կենսաբանական ձևավորումը ժամանակային առումով չի համապատասխանում անձի սոցիալական այն փոփոխություններին, որոնք հնարավորություն են տալիս հաստատելու կանոնավոր սեռական կյանք: Այլ խոսքերով՝ գոյություն ունի սեռական և սոցիալ հասունացումների տարանջատում՝ երբ պատանին արդեն կայացած է սեռական առումով, բայց դեռևս սոցիալապես և իրավաբանորեն իրավունք չունի մտնելու ամուսնական կապի մեջ: Այդ պատճառով ձեռնաշարժության այս տեսակը հանդես է գալիս իբրև փոխարինիչ տարբերակ՝ փոքր-ինչ թուլացնելու ֆիզիոլոգիական դիսկոմֆորտը, որը ստեղծվում է կենսաբանական պահանջը ադեկվատ ճանապարհով բավարարելու անհնարինության հետևանքով:

Այստեղ հարկ ենք համարում կանգ առնել ձեռնաշարժության մյուս ձևերի նկարագրության վրա, քանի որ դրանք կլինիկական տեսանկյունից կարևոր նշանակություն են ներկայացնում: Վասիլչենկոն տարբերում է ձեռնաշարժության հետևյալ ձևերը՝

***Ֆրուստրացիոն պսևդոմաստուրբացիան*** սեռական օրգանների այնպիսի ձեռնաշարժումն է, որը չի ուղեկցվում ո՛չ սերմնաժայթքումով, ո՛չ էլ հեշտանքով:

***Վաղ նախապուբերտատային մաստուրբացիան*** ի հայտ է գալիս նախքան սեռական հասունացման առաջին դրսևորումները: Բնորոշ է համարվում սերմնաժայթքման և հեշտանքի միջև դիսոցիացիայի երևույթը՝ հեշտանք առանց սերմնաժայթքման կամ հակառակը: Սովորաբար սեռական հասունացման հետ այս դիսոցիացիան անցնում է:

*Վիկար մաստորբացիան* դրսևորվում է կանոնավոր սեռական կյանքով ապրելուց հետո սեռական արատիներն անցնելու մեջ հայտնվելու ժամանակ:

*Պերսկերատոր-օրսեսիվ մաստորբացիան* բնորոշվում է կայունության հատկանիշով: Եթե ձեռնաշարժության վերոնշյալ բոլոր տեսակները մի քանի տարի հետո լրիվ անհետանում կամ իրենց տեղը զիջում են այլ տեսակին, ապա այս դեպքում մաստորբացիան համառորեն շարունակվում է՝ նույնիսկ ամուսնանալուց հետո: Ամենաձանր դեպքերում այն իրականացվում է սեռական ցանկության, էրեկցիայի և հեշտանքի բացակայության պայմաններում: Հիվանդը ի գործ չէ իր կամքով սանձելու մաստորբացիայի հարկադրող պահանջը և չի հասկանում, թե ինչու է դիմում այդ քայլին, երբ ամենևին դրա կարիքը չունի:

*Ընդօրինակված մաստորբացիան* բնորոշվում է նրանով, որ այն իրականացվում է ոչ սեփական նախաձեռնությամբ: Մովորաբար դրա պատճառը սեռապես ավելի հասուն և հատկապես դեռահասային հիպերսեքսուալության մաստորբացիայով զբաղվողներից հետ չմնալն է և նրանց կողմից ճնշման չենթարկվելը:

Ֆրուստրացիոն և ընդօրինակված մաստորբացիաները համարվում են պսևդոմաստորբացիա, որոնք պահանջում են ոչ թե բուժական, այլ դաստիարակչական միջոցառումներ:

Պատանեկան հիպերսեքսուալության և վիկար տիպերը համարվում են ֆիզիոլոգիական:

Օրսեսիվ մաստորբացիան ախտաբանական է, այն համարվում է սիմպտոմատիկ և պահանջում է բուժական միջոցառումների կիրառում՝ ուղղված այն առաջացնող պատճառների դեմ:

Նախապուրբերտատային ձեռնաշարժությունը կարող է դիտվել իբրև ընդօրինակված ձեռնաշարժության մի տարատեսակ, բայց կարող է և վաղաժամ սեռական զարգացման հետևանք լինել՝ պայմանավորված նյարդային համակարգի ռեզիդուալ օրգանական ախտահարումներով:

Ինչ վերաբերում է մանկական տարիքում դիտարկվող ձեռնաշարժությանը, ապա, հոգեվերլուծաբանների մեկնաբանությամբ՝ դա մանկական սեռականության նորմալ դրսևորում է, որն ուղղված է հաճույքի ձեռքբերմանը և ինքնաբացահայտմանը: Իսկ Վասիլչենկոն համարում է, որ դա երեխայի հուզական մեկուսացման հետևանք է, ծնողների կողմից անուշադրության մատնված լինելու արդյունք:

**Սեքսուալ էքսցես** - «Սեքսուալ էքսցես» ասելով հասկանում են մեկ օրվա ընթացքում տեղի ունեցած կենակցումների քանակը, որոնք ավարտվել են սերմնաժայթքումով:

Այս ֆենոմենը սպեցիֆիկ տղամարդկային է: Այն մեծապես կախված է սեռական կոնստիտուցիայից և դրանով էլ սահմանափակվում է:

**Պայմանական ֆիզիոլոգիական ռիթմ** - Նույնպես զուտ տղամարդկային ֆենոմեն է: Արտահայտվում է նրանով, որ սեռական կյանքի ընթացքում գալիս է որոշակի մի տարիք, երբ կենակցումները կատարվում են ներքին կենսաբանական պահանջից բխող որոշակի ռիթմով: Այդ պահանջը կանխորոշվում է սեռական կոնստիտուցիայով և ֆիզիոլոգիական չափանիշներով:

**Սեռական արստինենցիա** - Դա սեռական ակտի ռեֆրակտեր շրջանից հետո վերականգնված սեռական ցանկության բավարարման համար ինչ-ինչ խանգարիչ հանգամանքների պատճառով սեռական ձեռնպահությունն է: Դրա արդյունքում ի հայտ եկող երևույթները բաժանվում են երկու կատեգորիայի՝ ներոտիկ և կանգային: Ներոտիկ նշանները պայմանավորված են նյարդային պրոցեսների հավասարակշռության խանգարումով, ինչը հանգեցնում է դյուրագրգիռության, ներոտիզացիայի այլ նշանների: Կանգային երևույթները արտահայտվում են երակային կանգով շագանակագեղձում, սերմնաբշտերում, ուղիղ աղիքում և համապատասխան դեստրուկտիվ-բորբոքային հիվանդություններով, թուրքով և այլն:

Տարբերում են սեռական արստինենցիայի երկու տեսակ՝ սեռական հասունացման տարիքում և ինվոլյուցիոն շրջանում: Սեռական արստինենցիան առավել ծանր տանում են պատանիները, իսկ ինվոլյուցիոն շրջանում այն անհամեմատ թեթև է ընթանում:

### **Հոմոսեքսուալիզմ**

Հոմոսեքսուալիզմը սեքսուալ կողմնորոշման մի տարբերակ է, որի ժամանակ էմոցիոնալ և էրոտիկ կապվածություն առաջանում է նույն սեռի ներկայացուցչի նկատմամբ:

Հետաքրքիր է, որ հոմոսեքսուալիզմը լայնորեն տարածված է նաև կենդանական աշխարհում: Ավելի քան 450 տեսակի կենդանիների մոտ դիտարկված է հոմոսեքսուալ վարք, որի դրոսոպատոմները բազմատեսակ են՝ սեքսուալ լարվածության լիցքաթափում, հատկապես սեռային տարանջատման և մեկուսացման պայմաններում, կապվածության և քնքշանքի դրսևորում, իշխանության և ենթակայության հիերարխիկ հարաբերությունների արտահայտում, մանկական դերային խաղեր: Ընդ որում՝ այս դրոսոպատոմները ոչ միշտ են բացառում մեկը մյուսին:

Ըստ բիոսոցիոլոգիայի՝ հոմոսեքսուալ վարքի ադապտատիվ նշանակությունը ներխմբային սոցիալ լարվածության և սեքսուալ մրցակցության, գերբնակեցման սպառնալիքի և ապրուստի միջոցների սակավության համար պայքարի թուլացումն է: Մյուս կողմից, սերունդ չթողնելով, հոմոսեքսուալ անհատները հավասարապես մասնակցում են նյութական և հոգևոր արժեքների ստեղծմանը, որը կարելի է դիտել իբրև այսպես կոչված «հոմոսեքսուալ ալտրոիզմի» յուրօրինակ դրսևորում, իսկ մշակույթի ստեղծումը պակաս կարևոր չէ հասարակության պահպանման և բարգավաճման համար:

1973 թ.-ին, երկարատև և համառ պայքարից հետո, Ամերիկյան հոգեբույժների ասոցիացիան ձայների շատ քիչ առավելությամբ հանեց հոմոսեքսուալիզմը հոգեկան հիվանդությունների շարքից: Ախտորոշումների պաշտոնական ցուցակում՝ DSM-III, 1980, պահպանվեց միայն այսպես կոչված «էգո-դիստոնիկ հոմոսեքսուալիզմը», որի դեպքում հոմոսեքսուալ անհատը սուր դժգոհություն է ապրում իր սեքսուալ օրինետացիայից և ցանկություն ունենում ձերբազատվելու դրանից: Բայց 1987 թ.-ին այս ախտորոշումը ևս մերժվեց:

1993 թ.-ին Առողջապահության միջազգային կազմակերպությունը նույնպես վերանայեց իր մոտեցումները այս հարցի կապակցությամբ:

Հիվանդությունների միջազգային դասակարգում-10-ում «Սեռական զարգացման և օրինատացիայի հետ կապված հոգեբանական և վարքային խանգարումների» F66 բաժնում ծանոթագրության կարգով նշվում է, որ սեքսուալ օրինատացիան ինքնին չի կարող իբրև խանգարում դիտվել և առանձնացվում է անհատին անհանգստացնող օրինատացիայի 3 տարատեսակներ՝ հետերոսեքսուալ, հոմոսեքսուալ, բիսեքսուալ:

1995-ին խնդրի նման մոտեցմանը միացավ Ճապոնիան, 2001-ին՝ Չինաստանը:

Հոմոսեքսուալիզմի՝ այսուհետ որպես հիվանդություն չդիտելու մոտեցման հիմքում ամենևին էլ ընկած չեն քաղաքական դրդապատճառները կամ ազդեցիկ հոմոսեքսուալների կողմից ծավալված քարոզարշավները: Հայացքների արմատական վերափոխման հիմքում ընկած են սեռականության և սեռական առողջության պատկերացումների և հենց գիտության փիլիսոփայության խորը փոփոխությունները:

Այսօր գիտությունը, այդ թվում՝ նաև բժշկագիտությունը, հրաժարվում է կտրուկ նորմատիվային մոտեցումից: «Նորմա» հասկացությունը կենսաբանության և բժշկության մեջ չի կարելի միանշանակորեն մեկնաբանել: Մի կողմից՝ նորման այն նորմատիվ ցուցանիշն է կամ էտալոնը, որին պետք է ձգտել մոտենալ առավելագույնս, սակայն հարց է ծագում՝ ինչու՞ հենց այդ, այլ ոչ մեկ ուրիշ էտալոն՝ հաստատված այլ հաշվարկային համակարգով, որը հավասարապես հավանական և հետևաբար՝ ստույգ է:

Մյուս կողմից՝ նորման դիտվում է իբրև վիճակագրական միջին՝ առավել հաճախ հանդիպող, զանգվածային բնույթ կրող չափանիշ, սակայն ժամանակակից գիտությունը նորմալ է համարում նաև այդ վիճակագրական միջինից որոշակի շրջանակներում շեղվող ցուցանիշը:

Եվ վերջապես, եթե ընդունենք նորման իբրև որոշակի ֆունկցիոնալ օպտիմում, որն ապահովում է համակարգի գործունեության առավելագույն հուսալիություն, հարթ, առանց խափանումների գործառույց, տնտեսապես ձեռնտու և արդյունավետ ընթացք, ապա չպետք է մոռանալ, որ յուրաքանչյուրն ունի իր անհատական ֆունկցիոնալ նորման, որից շեղումը որոշվում է ոչ թե վիճակագրական միջինով, այլ այդ շեղման ֆունկցիոնալ հետևանքներով:

Երբ խոսքը սեռական ոլորտի մասին է, վերոնշյալ զուտ մեթոդոլոգիական չափումները քննություն չեն բռնում, և հարց է առաջանում՝ «ինչի՞ նորման»՝ բարոյականության<sup>օ</sup>, ֆիզիոլոգիայի<sup>օ</sup>, թե՞ հոգեբանության, որոնք, բացի նրանից, որ կարող են միևնույն հաջողությամբ ինչպես համընկնել, այնպես էլ՝ ոչ, ունեն հաշվարկման տարբեր համակարգեր և չափանիշներ, որոնք առավել ևս փոխվում են պատմության ընթացքում:

Սեքսուալ վարքը ոչ միշտ է հետապնդում վերարտադրողական նպատակներ, և հակառակը՝ վերարտադրման նպատակով իրականացվող սեռական հարաբերությունը կարող է չուղեկցվել հեշտանքի զգացումով:

Սեռական բավարարվածության շատ ձևեր, կապ չունենալով սերնդաշարունակման հետ՝ միանգամայն կարևոր են անձի հոգեկան առողջության և բարեկեցության համար: Այստեղից բխում է, որ անձը ունի ոչ միայն վերարտադրողական, այլև սեքսուալ իրավունքներ:

Սեքսոլոգների համաշխարհային ասոցիացիան 1997-ին ընդունել է «Սեքսուալ իրավունքների դեկլարացիա», որում ասվում է՝ «Սեքսուալությունը ցանկացած անձի անբաժան մասն է, որի լիարժեք զարգացումը կախված է մարդու այնպիսի հիմնարար պահանջումների բավարարումից, ինչպիսիք են շփումը, ինտիմ կապը, հույզերի արտահայտումը, հաճույքը, քնքշանքը և սերը»: Սեռական ազատությունը անհատի սեքսուալ պոտենցիալի լիարժեք դրսևորման հնարավորությունն է, որը, իհարկե, բացառում է սեքսուալ հարկադրանքի, չարաշահման կամ շահագործման որևէ տարատեսակ՝ կյանքի ցանկացած պահերին և պարագաներում:

Ժամանակակից գիտությունը գտնում է, որ սեռական առողջությունը և իրավունքները միևնույն մեղալի երկու կողմերն են: Հասարակության խնդիրը մարդկանց միատիպ դարձնելը չէ՝ փոխելով նրանց սեքսուալ օրինետացիան (եթե մույնիսկ դա հնարավոր լիներ), այլ նրանց օգնելը, որպեսզի հասնեն հոգեկան, սոցիալական և սեքսուալ առավելագույն բարեկեցության:

Այսօր հոմոսեքսուալիզմի «բուժմամբ» զբաղվում են կրոնական ֆունդամենտալ կազմակերպությունները, հնադավան, կարծրացած մտածողությամբ հոգեվերլուծաբանները: Եվ նրանց կողմից արձանագրվող «հաջողությունները» հիմնականում պայմանավորված են նրանով, որ հաճախ տղամարդիկ չեն կարողանում տարբերակել իրարից հոմոսոցիալ՝ հուզական-ռոմանտիկ և հոմոսեքսուալ՝ սեքսուալ-երոտիկ զգացումներն ու կապվածությունը, ինչը ծնում է մեկը մյուսով փոխարինելու շփոթմունք:

*Այսպիսով, համաշխարհային գիտությունն այսօր հաստատապես պնդում է, որ հոմոսեքսուալիզմը հոգեկան խանգարում չէ և ենթակա չէ բուժման:* Սակայն սա չի նշանակում, որ հոմոսեքսուալ անձինք զերծ են հոգեկան ապրումների հետևանքով զարգացող դժվարություններից, որոնք վնասակար են նրանց հոգեկան առողջությանը:

Հետազոտությունների արդյունքում պարզվել է, որ հոմոսեքսուալների նկատմամբ խտրականության և ստիգմատիզացիայի (պիտակավորման) հետևանքով վերջիններս առավել հակված են դեպրեսիաների և սուիցիդալ փորձերի: Թշնամաբար տրամադրված «հոմոֆոբների» միջավայրում հոմոսեքսուալներից մեծ ճիգեր են պահանջվում ներոտիզացիայից խուսափելու համար: Բացի այդ, դժվար է համընդհանուրից տարբերվելու քաջություն և համարձակություն ունենալ, մենակության զգացմանը դիմակայելու ուժ գտնել: Հետևաբար, հոմոսեքսուալները ևս հոգեթերապևտիկ օգնության կարիք ունեն, ընդ որում՝ հոգեթերապևտից պահանջվում է հատուկ ըմբռնողականություն և խոհեմ վերաբերմունք:

Գոյություն ունեն սեքսուալ օրինետացիայի ձևավորման մասին մի շարք տեսություններ: *Կենսաբանական տեսանկյունից* խնդրին մոտեցող գիտնականները փորձում են հաստատել սեքսուալ օրինետացիայի՝ ի սկզբանե տրված լինելու համոզմունքը: Մեծաքանակ հետազոտություններ են կատարվում հոմոսեքսուալիզմի գենի, էնդոկրին շեղումների, նյարդաֆիզիոլոգիական փոփոխությունների հայտնաբերման ուղղությամբ:

Սոցիոլոգները արմատապես այլ կերպ են դիտարկում խնդիրը: Ըստ *սոցիալ կոնստրուկտիվիզմի տեսության* սեքսուալ օրինետացիան մշակույթի և հասարակության կողմից ձևավորվող կատեգորիա է: Այսպես, սեքսուալ

սցենարների տեսության համաձայն՝ սեռականությունը թեև հիմնվում է կենսաբանական որոշակի հենքի վրա, բայց մեծապես կանխորոշվում է պատմությամբ և մշակույթով: Մեր էրոտիկ նախընտրությունները ոչ թե կենսաբանական ժառանգություն են, այլ առաջադրվում են մշակույթի կողմից: Մարդկանց մեծ մասը նույն սեռի ներկայացուցչի հետ սեքսուալ կապը համարում է որակապես տարբեր, արտասովոր մի բան՝ դրա կրողներին վերագրելով յուրահատուկ հատկանիշներ: Այնուհետև սկսվում է այդ անսովոր երևույթի պատճառների փնտրտուքը, ինչը երբեք չի արվում հետերոսեքսուալ վարքի վերաբերյալ:

Այսօր մենք ականատես ենք սեքսուալ սցենարների փոփոխմանը: Շփումների շրջանակի լայնացումը բերում է Ես-ի կառուցվածքի ընդլայնմանը, հեշտացնում ժամանակակից մարդու կողմից իր սեռականության ոչ կադապարված ընդունումը, նպաստում սեքսուալ նախընտրությունների ճկունության, շարժունակության և բազմազանության հաստատմանը: Կարևոր է դառնում ոչ թե հոմո- կամ հետերոսեքսուալ լինելու խնդիրը, այլ սեփական սեռականության մեջ ամբողջովին բացահայտվելու և հաստատվելու պահանջը: Հավասարապես մեծանում է հետաքրքրությունը հետերոսեքսուալ սցենարների ուսումնասիրման և դրանց զարգացման պայմանների հետազոտման վերաբերյալ:

Նմանատիպ է այսպես կոչված *մարկերային տեսությունը*, որի առանցքային գաղափարը հոմոսեքսուալներին տրվող դրոշմն է՝ ստիգմատիզացիան: Դրոշմը ուղղակի իմաստով մարմնի վրա դաջված կամ «փորագրված» անջնջելի տարբերակիչ նշանն է, իսկ տվյալ դեպքում այն ունի համապատասխան փոքրամասնության նկատմամբ խտրականության և ճնշման գործադրման բովանդակություն: Հոմոսեքսուալ դրոշմավորումը հոմոսեքսուալներին «փակցվող» այն պիտակն է, որի նշանակությունը խիստ բացասական երանգ ունի: Ընդհանրապես, ցանկացած տիպի դրոշմավորում համապատասխան փոքրամասնության հոգեկանի և ինքնագիտակցության վրա խորը հետք է թողնում՝ ծնելով ցածր ինքնագնահատական, ներքոներ: Դրոշմը և դրոշմված լինելու վախը գործում են ինքնաիրականացող տարբերակով. տղան, որն իր վարքով «կանացի է», անընդհատ հետապնդվում է հասակակիցների կողմից այդ վարքի համար, արդյունքում՝ ինքը ևս սկսում է կասկածել իր առնականությանը և նախանձել իրենից առնական տղաներին, ի վերջո ընդունելով այն դերը, որը այդպես համառորեն և շարունակաբար վերագրվել է շրջապատի կողմից, թեև գիտակցում է այդ դերի ամոթալիությունը: Ներարկված հոմոֆոբիան, սեփական սեռականության հանդեպ հասարակության կողմից պարտադրված բացասական վերաբերմունքը շատ հոմոսեքսուալների տանջող հոգեբանական խնդիր է: Գոյություն ունեն դրոշմավորման հանդեպ վերաբերմունքի այլ տարատեսակներ, որոնց ընտրությունից մեծապես կախված է մարդու ճակատագիրը և վարքը կրիտիկական պահերին:

Գոյություն ունի ևս մի հետաքրքիր տեսություն, որն առաջադրվել է Մ. Ֆուկոյի կողմից: Նա գտնում է, որ կարևորը այն չէ, թե ինչ են անում մարդիկ, այլ այն, թե ինչ են նրանք խոսում: Խոսքը և բառերը մեր մտքերի և զգացմունքների սուկ հասարակ արտահայտումը չեն, այլ սոցիալ հսկողության յուրահատուկ ձև: Ֆուկոն գտնում է, որ *հասարակությունը հսկում է իրեն ոչ ցանկալի երևույթների*



*հայտնվելը՝ խոչընդոտելով դրանց բառային համարժեքների հայտնվելուն:* Անտիկ աշխարհին ծանոթ էր միասեռ սիրո գաղափարը, բայց մարդկանց երբեք չէին դասակարգում ըստ այդ հատկանիշի: Միասեռ սիրո մասին խոսվում էր ազատ, առանց վախի, քննարկվում էր դրա բացասական և դրական կողմերը, համեմատվում հակառակ սեռի հանդեպ սիրո հետ: Միջնադարյան քրիստոնեությունը մարդկանց ցանկացած արարք, այդ թվում և սեքսուալ վարքը, դասակարգում էր որպես ճիշտ կամ սխալ: Բուրժուական հասարակության կողմից հոմոսեքսուալ ցանկության առարկայացումը և մարդկանց հատուկ խմբի՝ հոմոսեքսուալների առանձնացումը հասարակական հսկման հնարավորություն տվեց՝ բժշկական, իրավական, մանկավարժական միջոցների կիրառմամբ, որը ճնշման և մարդկանց մի խմբի կողմից մյուսներին կառավարելու լավագույն եղանակ է:

Իհարկե, նշված տեսություններից յուրաքանչյուրն էլ ունի իր թերի կողմերը, բայց չի կարելի հերքել դրանց նշանակությունը սեքսուալության հետագա ուսումնասիրման և նորանոր բացահայտումների գործում:

## **ԳԼՈՒԽ 8** **ՍԵՌԱԿԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ**

### ***Սեռական խանգարումների դասակարգումը***

Սեռական խանգարումներ ասելով հասկանում են սեքսուալ ցիկլի, սեռական նույնացման, սեռական նախընտրության և կողմնորոշման խանգարումները:

Սեռական խանգարումների դասակարգման ամենահիմնավոր աղբյուրը Ամերիկյան հոգեբույժների ասոցիացիայի կողմից մշակված *Ախտորոշիչ ձեռնարկներն* են: Ամերիկացի հոգեբույժները 1987-1994 թթ. սեռական խանգարումների ախտորոշիչ չափանիշների հստակեցման լայնածավալ աշխատանքներ են կատարել և թարմացրել հին պատկերացումների հիման վրա հրատարակված նախորդ ձեռնարկը: Սեռական առողջության նոր գիտական պատկերացումներին համապատասխան՝ 1994-ին լույս տեսավ *Ախտորոշիչ ձեռնարկի* վերջին տարբերակը՝ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV*, որտեղ ներկայացված սեռական խանգարումների դասակարգումը մինչ օրս համարվում է աշխարհում ամենատարածված և ամենաստույգ ախտորոշիչ սկզբնակետը:

Սեռական խանգարումների մյուս հեղինակավոր դասակարգումը տեղ է գտել Առողջապահության միջազգային կազմակերպության կողմից մշակված և 1992-ին լույս տեսած Հիվանդությունների միջազգային դասակարգման 10-րդ վերանայման մեջ (ICD-10; World Health Organization): Այստեղ ներկայացված սեռական խանգարումների դասակարգումը համարյա ամբողջությամբ համապատասխանում է DSM-IV-ում ներկայացված դասակարգմանը:

Սեռական առողջությունը դիտելով որպես սոցիալական, սոցիալ-հոգեբանական, հոգեբանական և անատոմոֆիզիոլոգիական բաղադրիչներ ներառող համակարգ, Վ.Վ. Կրիշտալը 1999-ին մշակել և ներկայացրել է սեռական խանգարումների դասակարգման սեփական տարբերակը: Այս դասակարգումը ներկայացնում է ոչ միայն սեռական խանգարումները և աններդաշնակությունները, այլ նաև տալիս է դրանց նախատրամադրող, նպաստող և խորացնող հանգամանքները, որոնց հիմքի վրա կարելի է ստեղծել համապատասխան էթիոպաթոգենետիկ կարգավորում և կանխարգելում:

Հետաքրքրական է Վասիլչենկոյի մոտեցումը սեռական խանգարումներին և նրա կողմից մշակված դասակարգումը: Սեքսուալ ցիկլը տրոհելով մի քանի բաղադրիչների, որոնց անխափան գործունեությունը և փոխադարձ ազդեցությունը ապահովում են սեռական հարաբերության նորմալ ընթացքը, նա տալիս է սեռական խանգարումների համախտանիշային դասակարգում: Տղամարդու սեքսուալ ցիկլը բաղկացած է նյարդահումորալ, հոգեկան, էրեկցիոն և էյակուլյացիոն բաղադրիչներից, որոնցից յուրաքանչյուրի խանգարումները Վասիլչենկոն ներկայացնում է մի քանի համախտանիշներով:

Կանանց սեքսուալությունը գնահատելով իբրև մեծ մասամբ տղամարդու սեքսուալությունից ածանցված երևույթ, Վասիլչենկոն չի առանձնացնում

կանանց սեռական խանգարումների նմանատիպ դասակարգում: Նա գտնում է, որ կանանց սեռական ցիկլը ծառայում է վերջին հաշվով հեշտանքի ձեռքբերմանը և հետևաբար կանանց սեռական խանգարումները սահմանափակվում են միայն հեշտանքի խանգարումներով: Գ. Ս. Վասիլչենկոն նշում է նաև, որ սեռական հարաբերության ժամանակ կինը կարող է զգալ քորի, մրմուռի, ցավի զգացողություններ, որոնց մի անունով նա կոչում է գենիտալցիաներ և համարում է, որ դրան շատ մոտ է կանգնած վագինիզմը:

Կլինիկական և ուսուցողական տեսանկյունից ամենակիրառականը DSM-IV-ում ներկայացված դասակարգումն է: Այն, բացի այդ, ներկայացնում է սեքսուալ ցիկլի ժամանակակից եռափուլ պատկերացումները և չի առանձնացնում կանանց և տղամարդկանց սեռականության ընդհանուր հոգեֆիզիոլոգիական մեխանիզմները, միաժամանակ հաշվի առնելով յուրաքանչյուրի առանձնահատկությունները: Ըստ DSM-IV-ի՝ սեռական խանգարումները բաժանվում են մի քանի խմբի՝

1. Հոգեսեռական դիսֆունկցիաներ
2. Պարաֆիլիաներ
3. Սեռական նույնացման խանգարումներ
4. Այլ սեռական խանգարումներ

**Հոգեսեռական դիսֆունկցիաներն են՝**

1. Սեռական ցանկության խանգարումներ
2. Սեռական գրգռման խանգարումներ
3. Հեշտանքի խանգարումներ
4. Սեռական ցավային խանգարումներ
5. Սեռական դիսֆունկցիաներ՝ կապված ընդհանուր առողջական վիճակի հետ
6. Սեռական դիսֆունկցիաներ՝ պայմանավորված որևէ նյութի չարաշահմամբ

**Պարաֆիլիաներն են՝**

1. Էքսիբիցիոնիզմ
2. Ֆետիշիզմ
3. Ֆրոտերիզմ
4. Պեդոֆիլիա
5. Սեքսուալ մագոխիզմ
6. Սեքսուալ սադիզմ
7. Ֆետիշային տրանսվեստիզմ
8. Վուայերիզմ

**Սեռական նույնացման խանգարումներն են՝**

1. Տրանսսեքսուալիզմ
2. Սեռական նույնացման խանգարումներ մանկության ժամանակ
3. Սեռական նույնացման խանգարումներ պատանեկության կամ հասուն տարիքում

**Այլ սեռական խանգարումներին են պատկանում՝**

1. Էզոդիստոնիկ հոմոսեքսուալիզմը
2. Սեռական խանգարումները, որոնք ընդգրկված չեն այլ խմբերում:

*Սեռական ցանկության խանգարումները* բնութագրվում են սեռական հետաքրքրության իջեցմամբ: *Ցածր սեռական ցանկությունն* (302.71) արտահայտվում է սեռական ակտիվության նկատմամբ մշտական և կայուն անտարբերությամբ, սեքսուալ երևակայությունների և սեռական ցանկության սակավությամբ կամ լրիվ բացակայությամբ: *Սեռական ավերսիան* (302.79) այս խանգարման ծայրահեղ արտահայտությունն է, որի դեպքում անձը խորշում և խուսափում է սեռական բոլոր հնարավոր փոխազդեցություններից և շփումներից:

*Սեռական գրգռման խանգարումները* ներառում են սեքսուալ ցիկլի գրգռման փուլի խանգարումները: *Կանանց սեռական գրգռման խանգարում* (302.72) ախտորոշվում է, երբ կնոջ մոտ ադեկվատ սեռական գրգռների պայմաններում բացակայում է հեշտոցի բավարար խոնավացումը: *Տղամարդու էրեկտիլ խանգարումը* (302.72), որը սովորաբար կոչվում է իմպոտենցիա, սեռական անդամի բավարար էրեկցիա ձեռք բերելու և այն մինչև սեռական հարաբերության ավարտը պահպանելու անկարողությունն է: Այս երկու խանգարումներն էլ պայմանավորված են միևնույն նյարդանոթային պարասիմպաթիկ ռեֆլեքսի ախտահարմամբ, որի արդյունքում սեռական գրգռման ժամանակ չի ապահովվում արյան ներհոսի ուժեղացում դեպի սեռական օրգաններ:

*Հեշտանքի խանգարումներից է կանանց հեշտանքի խանգարումը* (302.73), որը նախկինում կոչվում էր անօրգազմիա կամ արգելակված հեշտանք: Բնութագրվում է ադեկվատ գրգռման դեպքում հեշտանքի մշտական ուշացումով կամ բացակայությամբ: Այս խանգարման դեպքում կինը ի վիճակի է գրգռվելու, ունենալու լյուբրիկացիա և գրգռման սուբյեկտիվ զգացողություն, բայց անկարող է հասնելու հեշտանքի՝ չնայած ադեկվատ գրգռների առկայությանը: *Տղամարդկանց հեշտանքի խանգարումը* (302.74), որ հայտնի է *ուշացած սերմնաժայթքում* (*ejaculatio tarda*) *անվանմամբ*, արտահայտվում է ադեկվատ գրգռման փուլից հետո տղամարդու հեշտանքի մշտական ուշացումով կամ բացակայությամբ: *Վաղաժամ սերմնաժայթքումը* (302.75) էյակուլյացիայի ռեֆլեքսի կառավարման անկարողությունն է, որի ժամանակ տղամարդը սովորաբար սերմնաժայթքում է գրգռման շատ կարճ ընթացքից հետո՝ շատ ավելի վաղ, քան ինքը կկամենար: Վաղաժամ սերմնաժայթքումը երբեմն ախտորոշվում է՝ հաշվի առնելով իմիսիայի և հեշտանքի միջև ընկած ժամանակահատվածը կամ ճշտելով, թե հասցնում է արդյոք զուգընկերուհին բավարարվել սեռական հարաբերությունից: Պետք է նշել, որ վերջին երկու մոտեցումներն էլ լիարժեք չեն, քանի որ չեն ելնում այս խանգարման հիմնական մեխանիզմից՝ սերմնաժայթքման կառավարումից: Շատ տղամարդիկ գիտեն երկարաձգել հեշտանքը՝ նվազեցնելով գրգռների աճման արագությունը: Այս կերպ նրանց հաջողվում է կարգավորել իրենց գրգռման մակարդակը՝ ցածր պահելով այն սերմնաժայթքման անխուսափելիության մակարդակից (այն պահը, երբ սկսվում է հեշտանքի ռեֆլեքսը):

*Սեռական ցավային խանգարումներից է դիսպարեունիան* (302.76), որի դեպքում սեռական հարաբերությունը պարբերաբար ուղեկցվում է ցավային զգացողությամբ գենիտալիաներում, դիտվում է և՛ կանանց, և՛ տղամարդկանց

մոտ: Սա այն սեռական խանգարումն է, որի դեպքում պարտադիր է բժշկական քննությունը: *Վազինիզմը (306.51)* ներթափանցման փորձ կատարելիս հեշտոցամուտքի մկանների մշտական ոչ կամային սպազմատիկ կծկումն է: Երբեմն այն կարող է ի հայտ գալ ոչ միայն սեռական փորձ կատարելիս, այլ անգամ զինեկոլոգիական հետազոտության ժամանակ:

Երբեմն սեռական գրգռման խանգարման ժամանակ կինը սեռական հարաբերության ընթացքում լյուբրիկացիայի սակավության պատճառով ունենում է ցավային զգացողություններ: Այս դեպքերում հարկավոր է ուշադիր և մանրակրկիտ քննություն՝ տարբերակելու կնոջ գրգռման խանգարումը դիսպարեունիայից և վազինիզմից:

*Այլ ընդհանուր բժշկական վիճակի հետ կապված սեռական դիսֆունկցիաները* սեռական խանգարումների կարևոր մասն են կազմում: Ինչպես ցույց է տալիս անվանումը, այս ախտորոշումը դրվում է, երբ հիվանդության պատմությունը, արտաքին քննությունը և լաբորատոր տվյալները ցույց են տալիս, որ սեռական դիսֆունկցիայի առաջացման անմիջական պատճառը հիմնական հիվանդության առկայության փաստն է: Սեռական խանգարման բոլոր ախտանիշները կարելի է վերագրել հիմնական հիվանդության հետևանքով տեղ գտած ֆիզիոլոգիական փոփոխություններին և հնարավոր չէ բացառել սեռական դիսֆունկցիայի առաջացման գործում օրգանական գործոնի դերը: Սեռական դիսֆունկցիայի ախտանիշները դրսևորվում են հիմնական հիվանդության առաջացման կամ սրացումների ժամանակ:

*Որևէ նյութի կիրառման չարաշահմամբ պայմանավորված սեռական դիսֆունկցիան* ախտորոշելու համար պետք է սեռական խանգարման պատմությունը, արտաքին քննության և լաբորատոր տվյալները ամբողջովին բխեն օգտագործվող նյութի ազդեցությունից: Ախտանիշը դրսևորվում է ինտոքսիկացիայի մեկ ամսվա ընթացքում: Սեռական խանգարումը պատճառաբանորեն կապված է նյութի ընդունման հետ:

*Պարաֆիլիաները* վերաբերում են սեռական այլասերումներին: Այս խմբում ընդգրկված են 8 ձևեր, որոնց ժամանակ պարբերաբար դիտվում են ուժգին սեռական գրգռում առաջացնող երևակայություններ, հակումներ կամ գործողություններ, ընդ որում՝

1. սեռական ակտիվությունը ներառում է անշունչ առարկա
2. դիտվում է ինքնախարազանում կամ ուրիշի անձի նվաստացում
3. ընդգրկված է երեխա կամ համաձայնություն չտված այլ անձ:

Պարաֆիլիա ախտորոշվում է այն դեպքում, երբ սեռական գրգռում առաջացնող երևակայությունները կամ գործողությունները առկա են անձի մոտ առնվազն 6 ամիս և, ինչպես բոլոր սեռական խանգարումների դեպքում, հարուցում են լուրջ անձնային կամ միջանձնային խնդիրներ: Շատ պարաֆիլիաներ ընդգրկում են անթույլատրելի վարքաձևեր, որոնք ենթակա են օրինապահ մարմինների կողմից վերահսկողության: Ստորև բերվում է պարաֆիլիաների համառոտ նկարագրությունը՝

1. Էքսիբիցիոնիզմ (302.4)-անձանոթ մարդկանց սեփական սեռական օրգանների ցուցադրումը

2. Ֆետիշիզմ (302.81)-սեռական բավարարման նպատակով անշունչ առարկայի օգտագործումը
3. Ֆրոտերիզմ (302.89)-անձանոթ մարդուն շոշափելը կամ քսվելը
4. Պեդոֆիլիա (302.2)-սեռական հարաբերություն երեխայի կամ անչափահասի հետ
5. Մեքսուալ մագոխիզմ (302.83)-սեռական գրգռման հասնելը նվաստանալու, կապկպված, ծեծված լինելու կամ այլևայլ տանջանքների և տառապանքների ենթարկվելու միջոցով
6. Մեքսուալ սադիզմ (302.84)-սեռական գրգռվածություն ֆիզիկական կամ հոգեկան տառապանք պատճառելիս
7. Ֆետիշային տրանսվեստիզմ (302.3)-հետերոսեքսուալ տղամարդու սեռական գրգռում հակառակ սեռի հագուստ կրելիս
8. Վուայերիզմ (302.5)-սեռական գրգռման առաջացում սեռական հարաբերությամբ զբաղվող, մերկացող կամ մերկ մարդկանց դիտելիս:

*Սեռական նույնացման խանգարումները* բնութագրվում են վերագրված հոգեւոցիալ սեռից դժգոհության և մյուս սեռի հոգեւոցիալ կարգավիճակ ստանձնելու ցանկությամբ: Սեռական նույնացումը կին կամ տղամարդ լինելու գիտակցումն է, կանացիության կամ առնականության ներքին զգացողությունը: Իգական կամ արական սեռին պատկանելու գիտակցությունից է կախված սեռային դերի ընտրությունը և վարքի դրսևորումը: Սեռական նույնացման խանգարումները, որոնք առկա են մանկության և պատանեկության տարիներին, որոշ մնացորդային երևույթներով կարող են պահպանվել հասուն տարիքում:

*Տրանսսեքսուալիզմը* հակառակ սեռի կերպարով ապրելու և շրջապատի կողմից ընդունվելու ցանկությունն է, որն ուղեկցվում է սեփական անատոմիական կառուցվածքի անհարմարավետության և անհամապատասխանության զգացումով: Այսպիսի անձանց մոտ առկա է մշտական և կայուն ցանկություն վիրաբուժական միջամտությամբ փոխելու սեփական մարմինը՝ նախընտրած սեռի ձևն ու որակը տալու համար: Ախտորոշումը հաստատվում է, եթե խանգարումը առկա է ոչ պակաս, քան երկու տարի և չի հանդիսանում այլ հոգեկան խանգարման ախտանիշ, ինչպիսին է շիզոֆրենիան, չի հանդիսանում միջսեռային, ժառանգական կամ քրոմոսոմային արատների նշան: Տարբերակիչ ախտորոշումը անց է կացվում տրանսսեքսուալիզմի, տրանսվեստիզմի, ֆետիշային տրանսվեստիզմի, հոմոսեքսուալիզմի միջև:

Համամենատության համար ներկայացնում ենք ICD-10-ում բերված սեռական խանգարումների դասակարգումը, որը շատ քիչ է տարբերվում DSM-IV-ում ներկայացված դասակարգումից: Սկզբունքորեն այլ կառուցվածք ունի Վ.Վ.Կրիշտալի դասակարգումը, որը օգտակար է սեռական խանգարումների վերաբերյալ բազմակողմանի մոտեցումները յուրացնելու առումով:

Հիվանդությունների միջազգային դասակարգման 10-րդ վերանայման համաձայն, սեռական խանգարումները՝ որպես ինքնուրույն նոզոլոգիական միավորներ, նկարագրվում են՝

- F5-Վարքային համախտանիշներ՝ պայմանավորված ֆիզիոլոգիական խանգարումներով և ֆիզիկական գործոններով,

- F6-Հասուն անձի և մեծահասակի վարքի խանգարումներ բաժիններում:

Որպես սիմպտոմատիկ խանգարումներ, որնք զարգանում են այս կամ այն հիմնական հիվանդության (սոմատիկ կամ հոգեկան) ազդեցությամբ, ներկայացված են համապատասխան հիվանդության համարի տակ:

**F52 Սեռական դիսֆունկցիա, որ պայմանավորված չէ օրգանական խանգարումներով կամ հիվանդություններով**

- F52.0 Սեռական հակման կորուստ կամ բացակայություն
- F52.1 Չզվանք սեռական հարաբերությունից և սեքսուալ բավարարվածության բացակայություն
- F52.2 Գենիտալ ռեակցիայի բացակայություն (լյուբրիկացիայի խանգարում՝ կանանց, էրեկցիայի խանգարում՝ տղամարդկանց մոտ)
- F52.3 Հեշտանքի դիսֆունկցիա
- F52.4 Վաղաժամ սերմնաժայթքում
- F52.5 Վազինիզմ ոչ օրգանական բնույթի
- F52.6 Դիսպարեունիա ոչ օրգանական բնույթի
- F52.7 Սեռական հակման ուժեղացում
- F52.8 Այլ սեռական դիսֆունկցիա՝ օրգանական խանգարմամբ կամ հիվանդությամբ չպայմանավորված

**F64 Սեռական նույնացման խանգարումներ**

- F64.0 Տրանսսեքսուալիզմ
- F64.1 Երկդեր տրանսվեստիզմ
- F64.2 Երեխաների սեռական նույնացման խանգարում
- F64.3 Սեռական նույնացման այլ խանգարումներ

**F65 Սեռական նախընտրության խանգարումներ**

- F65.0 Ֆետիշիզմ
- F65.1 Ֆետիշային տրանսվեստիզմ
- F65.2 Էքսհիբիցիոնիզմ
- F65.3 Վուայերիզմ
- F65.4 Պետոֆիլիա
- F65.5 Սադոմազոֆիզմ
- F65.6 Սեռական նախընտրության բազմակի խանգարումներ
- F65.8 Սեռական նախընտրության այլ խանգարումներ

**F66 Սեռական զարգացման և կողմնորոշման հետ կապված հոգեբանական և վարքային խանգարումներ**

- F66.0 Սեռական հասունության խանգարում
- F66.1 Էգո-դիստոնիկ սեռական կողմնորոշում

Վ.Վ.Կրիշտալը (1999թ.) տալիս է սեռական խանգարումների հետևյալ դասակարգումը.

### 1. Սեռական խանգարումների առաջնային ձևեր

#### Անհարմարողական ձևեր

1. Մոցիոկուլտուրալ (ընդհանուր և սեռական կուլտուրաների անհամապատասխանություն)
2. Կոմունիկատիվ (հակառակ սեռի ներկայացուցչի հետ դժվար շփումը)
3. Սեռավարքային (սեռադերային վերափոխում, դերի վարքի ուռճացում, հոգեսեռական օրիննոսցիայի շեղումներ)
4. Մեքսուալ-էրոտիկ (ամուսինների սեռական մոտիվացիաների անհամապատասխանություն)
5. Ավերսիոն (զուգընկերոջ կամ ընդհանրապես սեքսի նկատմամբ ծայրահեղ նեգատիվ վերաբերմունք)
6. Կոնստրուկցիոն անհարմարողականություն (սեռական կոնստիտուցիայի անհամապատասխան տիպեր)
7. Բիոռիթմիկ ձև (ամուսինների սեռական բիոռիթմերի անհամապատասխանություն)
8. Վիրոգամիա (կուսական ամուսնություն)

#### Սեռական գործունեության խանգարման ձևեր

9. Պաթոռեֆլեկտոր ձև (պաթոլոգիական պայմանական ռեֆլեքսի առաջացում)
10. Դիսռեգուլյատոր ձև (սեռական ակտի սիստեմատիկ ընդհատման արդյունք)
11. Աբստինենտ ձև (երկարատև կամ կարճատև, բայց հաճախ կրկնվող սեռական ձեռնպահություն)
12. Կոնստիտուցիոնալ-գենետիկ ձև (սեռական բնագոյն իրականացնող ապարատի թույլ կառուցվածք)
13. Ռետարդացիոն ձև (սեռական զարգացման ուշացում՝ սեռականության վրա նեգատիվ ազդեցությամբ)
14. Դեգինտեգրացիոն (առաջնային պաթոգենետիկ անհարմարողականություն, հարկենտրոնական բլթերի անլիարժեքություն)
15. Անոթային ձև (առնանդամի զարկերակային կամ երակային անբավարարություն)
16. Սպինալ ձև (երեկցիայի կամ էյակուլյացիայի սպինալ կենտրոնի ախտահարում)
17. Ռեցեսսոր ձև (սեռական օրգանների զգացողության հիպո- կամ հիպերեսթեզիա)
18. Ինվոլյուցիոն ձև (օրգանիզմի ծերացման հետևանքով առաջացած սեռականության թուլացում)
19. Դեգինֆորմացիոն-գնահատողական ձև (սեռական կյանքի վսի-խոհիզիենայի մասին սխալ կամ անլիարժեք իմացություն, զուգընկերոջ սեռականության ոչ ճիշտ գնահատում)



20. Սեռական ավտոմատիզմ (սերմնաժայթքումը կարգավորել չկարողանալը)
21. Ալեքսիթիմիկ ձև (այսպես կոչված՝ «տնօրենի հիվանդություն»), որը պայմանավորված է աշխատանքի ու հանգստի ներդաշնակ համատեղում կազմակերպելու անկարողության հետ, ինչը բերում է սեռական գործունեության իջեցման)
22. Կոիտոֆոբիա
23. Օնանոֆոբիա
24. Անհաջողության սպասման ներոզ (անվստահություն, անհաջողության սպասում՝ սեռական ակտից առաջ կամ դրա ընթացքում)
25. Պենիսիզմ (առնանդամի չափերի փոքրացումը սեռական ակտի փորձի ժամանակ, հաճախ ուղեկցվում է կոիտոֆոբիայով)
26. Վազինիզմ
27. Փսիխոզեն գենիտալգիաներ (ցավ սեռական ակտի ժամանակ )
28. Համր պրոստատովեզիկուլիզմ (Молчаливый простато-везикулизм) (պետտինգի, ֆրոստրացիայի արդյունք)
29. Պաթոլոգիական ձեռնաշարժություն

## 2. Սեռական խանգարումների երկրորդային ձևեր

1. Սոմատիկ հիվանդությունների ժամանակ (այդ թվում՝ ներլոգիական, էնդոկրին, ուռուլոգիական և այլն)
2. Հոգեկան հիվանդությունների ժամանակ

Սեռական դիսֆունկցիաները կարող են լինել՝

- բացահայտ և թաքնված,
- առաջնային՝ ի սկզբանե գոյություն ունեցող և նոր առաջացած
- բացարձակ և իրավիճակային,
- ներհոգեբանական և միջանձնային,
- սոմատիկ կամ հոգեկան հիվանդության հետևանք:

*Բացահայտ սեռական խանգարումների* դեպքում այցելուն գիտակցում է իր սեռական խանգարումը և ներկայացնում է այն իբրև հիմնական զանգատ: Պատահում է, որ այցելուն, թեև գիտակցում է իր սեռական խանգարումը, սակայն զանգատ է ներկայացնում այլ իրական կամ երևակայական վիճակից: Օրինակ, նա առաջնային զանգատվում է դեպրեսիայից, բայց հարցազրույցի ընթացքում աստիճանաբար բացահայտում է, որ ունի նաև էրեկցիայի հետ կապված դժվարություններ: Երբեմն, սեռական խանգարումը ամբողջովին հայտնի է այցելուին, բայց նա ակտիվորեն հերքում է դրա առկայությունը: Այս պարագայում հերքումը հանդես է գալիս իբրև պաշտպանական մեխանիզմ, որի միջոցով այցելուն հեռացնում է իրենից անցանկալի ինֆորմացիան կամ թուլացնում է նրա ազդեցությունը:

Երբ ախտանիշը կամ համախտանիշը լրիվ բացահայտ է, բժշկի գործը ինչ-որ չափով հեշտանում է, քանի որ նա ստիպված չի լինում հաղթահարել այցելուի

դիմադրությունը՝ բացահայտելու համար ներկայացվող գանգատի կապը դրա հիմքում ընկած իսկական պատճառի՝ սեռական խանգարման հետ, և այցելուի ուշադրությունը հրավիրելու այդ փաստի վրա:

*Թաքնված սեռական խանգարումների դեպքում* ներկայացվող գանգատների և ախտանիշների անմիջական կապը սեռական խանգարման հետ ակնհայտորեն չի գիտակցվում այցելուի կողմից: Ներկայացվող ախտանիշներն են՝ հոգնածությունը, մեջքի ցավերը, աղետամոքսային խանգարումները, դաշտանային անկանոնությունները և այլն: Այս դեպքերում բժշկի խնդիրն է բացահայտել և երևան հանել ներկայացվող գանգատի և սեռական ֆրոստրացիայի միջև անգիտակից կապը:

*Առաջնային կամ ի սկզբանե գոյություն ունեցող և ձեռքբերովի սեռական խանգարումներ:* Եթե սեռական խանգարումն ի հայտ է եկել նորմալ սեռական գործունեությունից հետո, ապա այն ընդունված է համարել ձեռքբերովի: Եթե սեռական խանգարումը դրսևորվում է սեռական կյանքի հենց սկզբից, նշանակում է, որ այն առաջնային է կամ ի սկզբանե գոյություն է ունեցել:

*Բացարձակ և իրավիճակային սեռական խանգարումներ:* Եթե սեռական խանգարումը իրավիճակային է, այսինքն դրսևորվում է միայն որոշակի իրավիճակներում կամ որոշակի զուգընկերոջ/զուգընկերուհու հետ, կարելի է ենթադրել, որ խնդիրը հոգեբանական է, եթե իրավիճակը կապված չէ ալկոհոլի կամ դեղերի ընդունման հետ: Եթե խանգարումը դրսևորվում է ցանկացած պարագայում, այսինքն համընդհանուր է, այն կարող է լինել թե՛ հոգեբանական, թե՛ ֆիզիկական, թե՛ այս երկուսով միասին պայմանավորված: Ամենատիպիկ իրավիճակը այն է, երբ սեռական խանգարումը դրսևորվում է ամուսնության շրջանակներում: Այսպիսի դեպքերում բժշկի խնդիրն է ուսումնասիրել ամուսնական հարաբերությունները:

*Ներհոգեբանական և միջանձնային գործոններ:* Քանի որ սեռական խանգարման համար պատասխանատու բացասական հույզերը և տագնապը ներհոգեկան են, կարելի է ասել, որ բոլոր սեռական խանգարումների հիմքում կան ներհոգեկան բաղադրիչ: Խնդիրը այն է, թե որ գործոններն են գերակշռում սեռական խանգարման պատճառածագման մեջ՝ ներհոգեկա՞ն թե՞ միջանձնային: Եթե սեռական կյանքի հետ կապված բացասական ասոցիացիաները առաջացնում են ուշացած սերմնաժայթքում նախքան ամուսնական հարաբերությունների մեջ մտնելը, ապա կարելի է ենթադրել, որ գերիշխող պատճառը ներհոգեբանական է: Ընդհակառակը, եթե ի սկզբանե նորմալ սեռական հարաբերությունները խանգարվում են ամուսնական կոնֆլիկտների պատճառով, ապա պատճառը միջանձնային հարաբերությունների մեջ է, թեև, ինչպես նշվեց քիչ առաջ, այստեղ ևս առկա է ներհոգեբանական գործոնը:

*Սոմատիկ կամ հոգեկան հիվանդության հետևանք:* Որոշ սեռական դիսֆունկցիաներ, օրինակ՝ շաքարային դիաբետի ժամանակ առաջացող էրեկտիլ դիսֆունկցիան, սոմատիկ հիվանդության հետևանք են: Իսկ որոշ սեռական դիսֆունկցիաներ բխում են հոգեկան հիվանդությունից, օրինակ՝ սեռական ցանկության արգելակումը դեպրեսիաների ժամանակ:

### ***Սեռական խանգարումների էթիոպաթոզները***

Սեռական դիսֆունկցիաների մեծ մասը ունի փսիխոգեն ծագում: Որոշ սեռական դիսֆունկցիաներ (օրինակ՝ շաքարային դիաբետի ժամանակ հանդիպող) իրենց առաջացման հիմքում ունեն օրգանական պատճառներ: Այնուհանդերձ, մաքուր օրգանական հիմքով սեռական դիսֆունկցիաներ հազվադեպ են հանդիպում. սովորաբար օրգանական և հոգեբանական գործոնները միահյուսվում են և համատեղ մասնակցում հիվանդության ախտաձագմանը:

Կան բազում գործոններ, որոնք կարող են խանգարել սեռական ֆունկցիան՝ սկսած ամենահասարակ անտեղյակությունից, մինչև խորը ներհոգեբանական կոնֆլիկտները: Ելնելով սեռական առողջության ապահովման քառաբաղադրիչ մոտեցումից, գործոնները, որոնք կարող են վնասել սեռական ֆունկցիան, կարելի է բաժանել 4 խմբի՝

1. սոցիալ և սոցիալ-մշակութային,
2. հոգեբանական,
3. սոցիալ-հոգեբանական,
4. կենսաբանական:

*Սոցիալ գործոնները* հսկայական, նույնիսկ կանխորոշիչ նշանակություն ունեն անհատի սեքսուալ կուլտուրայի և սեռական վարքի ձևավորման գործում: Այս գործոններն են՝ հասարակության վերաբերմունքը սեռականությանը, սեռական ավանդույթները, սովորույթները, առասպելները, էթնիկ առանձնահատկությունները, ընտանեկան դաստիարակությունը, սեռակրթությունը և այլն: Նշված գործոնները ազդում են սեքսուալ և էրոտիկ դիրքորոշումների, սեքսուալ հուզական ապրումների, սեռական զույգի նախընտրության չափանիշների, սեռական ակտիվության մակարդակի ձևավորման վրա:

Սոցիալ գործոնները կարող են սեռական կյանքի շուրջ ներտիկ կոնֆլիկտի առաջացման պատճառ դառնալ, օրինակ՝ առաջացնել վախ հակառակ սեռի ներկայացուցչից, վախ՝ սեռական հաճույքից, կամ երկակի ստանդարտի ձևավորման հիմք դառնալ:

*Հոգեբանական գործոններից* առաջին հերթին պետք է նշել բնավորության շեշտվածությունները և փսիխոպաթիաները: Բնավորության այնպիսի գծեր, ինչպիսիք են ամաչկոտությունը, նեղացկոտությունը, հեշտությամբ տպավորվելը խոչընդոտում են լիբիդոյի ձևավորման պլատոնիկ, էրոտիկ և սեքսուալ փուլերի նորմալ ընթացքը, վատ են անդրադառնում միջանձնային հաղորդակցման, շփումների ունակության վրա, առանց որոնց դժվար է անձի և նրա հոգեսեռական զարգացումը:

Սեռական աններդաշնակությամբ զույգերի ուսումնասիրությունը ցույց է տալիս, որ բնավորության կասկածամիտ, տագնապային և աֆեկտիվ գծերը, ինչպես նաև ինֆանտիլ տարրերը նախատրամադրող են սեռական խանգարումների առաջացման համար, քանի որ դրանք նպաստում են հիպոխոնդրիկ սևեռումների, առողջական վիճակի վատատեսական գնահատականի, ամաչկոտության, ինքնամեկուսացման, հիվանդագին

ինքնավերլուծությունների, սեռական անլիարժեքության համոզմունքի զարգացմանը:

Բացի բնավորությունից և խառնվածքից, մեծ նշանակություն ունեն ինտելեկտի մակարդակը, բարձրագույն նյարդային համակարգի տիպը, անձի ուղղվածությունը, նրա արժեքային համակարգը, ինքնագնահատականը, տեղեկացվածության մակարդակը: Հոգեկան լարումներ պահանջող իրավիճակներում հիշյալ անձնային բնութագրիչները, փոխազդելով անձի հոգեբանական պաշտպանական մեխանիզմների հետ, նպաստում են սթրեսի հաղթահարմանը: Հակառակ դեպքում զարգանում է ներանձնային կոնֆլիկտ, որը բերում է սեռական խանգարման առաջացման:

*Սոցիալ հոգեբանական գործոնների* շարքին են դասվում միջանձնային փոխհարաբերությունների ներդաշնակությունը, գույգի սեքսուալ մոտիվացիաների, գերիշխող մոտիվացիայի, արժեքային կողմնորոշումների համապատասխանությունը:

*Կենսաբանական գործոններն* են ընդհանուր հիվանդությունները, որոնք կարող են բերել ֆիզիկական և հոգեկան ասթենիայի, խախտել սեռական ֆունկցիայի կարգավորման նյարդահումորալ, հոգեկան և նյարդային մեխանիզմները: Շաքարային դիաբետը, անոթային հիվանդությունները, փսիխոզները այն հաճախ հանդիպող հիվանդություններն են, որոնք բերում են սեռական այս կամ այն խանգարման: Որոշ դեղամիջոցներ, որոնք երկարատև ընդունվում են խրոնիկական հիվանդության առկայության դեպքում, նույնպես կարող են խանգարել սեռական ֆունկցիան:

Վերոնշյալ բոլոր գործոնները սեռական խանգարում առաջացնում են մեկ ընդհանուր մեխանիզմով՝ տազնապի հարուցմամբ: Ընդ որում, էական չէ, թե ինչն է տազնապի աղբյուրը, դրա խորությունը կամ ուժգնությունը, գիտակցված կամ անգիտակից լինելը, առաջացման պատճառների իմացությունը: Ամեն անգամ, երբ սեռական փորձից առաջ հայտնվում է տազնապի զգացումը, փսիխոսոմատիկ մեխանիզմներով խանգարվում է սեռական ֆունկցիայի նորմալ ընթացքը: Միևնույն սեռական դիսֆունկցիան կարող է առաջանալ անկախ տազնապի սկզբնապատճառների. ահա թե ինչու սեռական պաթոլոգիան բնորոշվում է ոչ սպեցիֆիկությամբ: Օրինակ, էրեկտիլ դիսֆունկցիան կարող է պայմանավորված լինել անհաջողության սպասումով, մոտեցող ոտնաձայների աղմուկով կամ էդիպյան բարդությից բխող ինցեստային տաբուի անգիտակից արգելակումով: Բոլոր այս դեպքերում ուղեղը «որոշում է», որ իրավիճակը վտանգավոր է սեռական կապի համար: Բացասական հուզական վիճակը, որ ստեղծվում է սեռական փորձ կատարելիս, արգելակում է ողնուղեղային կենտրոնները, որոնք կառավարում են արյան ներհոսի և արտահոսի գործընթացները: Արդյունքում, արյունն ակնթարթորեն դատարկվում է կավերնոզ մարմիններից, և էրեկցիան անհետանում է:

Այսպիսով, կան բազմաթիվ պատճառներ, որոնք հարուցելով տազնապի զգացում՝ բերում են սեռական այս կամ այն ախտանիշի «ընտրությանը», ձևավորելով սեռական խանգարում: Թե ինչպիսի խանգարում կզարգանա՝ սեռական ցանկության իջեցում, գրգռման խանգարում կամ հեշտանքի արգելակում, կախված է մի քանի գործոնից: Նախևառաջ դա անձի հոգեֆիզիոլոգիան է, որը պայմանավորում է միևնույն հույզին տարբեր

մարդկանց կողմից տարբեր ֆիզիոլոգիական պատասխան տալու, յուրահատուկ ձևով հակազդելու հնարավորությունը: Դրա մասին է խոսում այն փաստը, որ միևնույն սթրեսը մեկի մոտ բերում է ստամոքսահյութի թթվայնության բարձրացման, մյուսի մոտ՝ արտերիոլների տոնուսի բարձրացման, իսկ երրորդի մոտ պատասխան հակազդմանն են մասնակցում սեռական օրգանների նյարդանոթային կառույցները: Այդ պատճառով զարգանում են փսիխոսոմատիկ տարբեր հիվանդություններ, սեռական ֆունկցիայի տարբեր խանգարումներ:

Բացի «հակազդման պատասխանի անհատական յուրատիպությունից», սեռական ախտանիշի «ընտրությունը» կախված է նաև նրանից, թե՝

1. սեռական հարաբերության ո՞ր պահին է ի հայտ գալիս տազնապը և այդ տազնապի դեմ պաշտպանական հակազդումը,
2. ի՞նչ ուժգնություն ունի տազնապը՝ անկախ նրա խորությունից կամ բովանդակությունից,
3. ի՞նչ պաշտպանական մեխանիզմ է գործի դրվում տազնապի հաղթահարման համար:

1. Սեռական ախտանիշը առաջանում է, երբ փոխազդեցության մեջ են մտնում տազնապը և սեռական ցիկլի ֆիզիոլոգիական մեխանիզմները: Այդ պատճառով սեռական ախտանիշը կախված է նրանից, թե սեռական ցիկլի որ փուլում է հայտնվում տազնապի զգացողությունը: Եթե այն հայտնվում է ամենասկզբում, նախքան սեռական հարաբերություն սկսելը, ապա խանգարվում է սեռական ցանկության փուլը: Այս դեպքերում հաճույքի ամենաառաջին ապրումները փեխարհնվում են տազնապի զգացողությամբ, ինչը հանգեցնում է սեռական արգելակման:

Գրգռման փուլի խանգարումները պայմանավորված են ավելի ուշ ի հայտ եկող տազնապով, տարբեր աստիճանի գրգռման պահերին: Օրինակ, որոշ տղամարդիկ տազնապ են ապրում էրեկցիայի առաջացումից անմիջապես հետո և անմիջապես էլ կորցնում են այն, մյուսները հանգիստ են նախքան ներհրման պահը և կորցնում են էրեկցիան այն ժամանակ, երբ փորձում են ներհրել առնանդամը դեպի հեշտոց, երրորդներին տազնապի զգացումը պաշարում է առնանդամը հեշտոցում գտնվելու ժամանակ, և նրանք կորցնում են էրեկցիան նախքան սերմնաժայթքումը:

Հեշտանքի փուլի խանգարումները առաջանում են, երբ տազնապը և նրա հետ կապված պաշտպանական ռեակցիան հայտնվում են գրգռման բարձրագույն պահին: Մինչ այդ սեռական ցիկլի ընթացքը գնում է իր սովորական հունով և միայն հեշտանքից անմիջապես առաջ է արգելակվում:

2. Կլիմիկական դիտարկումները ցույց են տալիս, որ ինչքան ուժեղ է տազնապը, այնքան վաղ է այն հայտնվում սեռական հարաբերության ժամանակ: Այսպիսով, ամենաուժեղ տազնապը առաջացնում է սեռական ցանկության խանգարումներ, մինչդեռ ավելի թույլ տազնապի դեպքում սեռական հաճույքը միառժամանակ «հանդուրժվում է» մինչև հեշտանքին մոտենալու պահը, և ապա ի հայտ գալով՝ բերում վերջինիս խանգարման:

Սակայն պետք է նշել, որ այս կոռեկցիան բացարձակ չէ, և կլիմիկայում հանդիպում են բացառություններ:

Տազնապի ուժգնության որոշման չափանիշները սեռագիտության այսօրվա պատկերացումներով սահմանված չեն: Այնուհանդերձ, **քույլ ուժգնության** են համարվում`

1. չբարդացած կատարման տազնապները (performance anxiety),
2. գուզրնկերոջ հանդեպ ցուցաբերվող գերմտահոգվածությունը,
3. իրեն կամ գուզրնկերոջը անիրական սեռական պահանջների ներկայացման հետևանքով առաջացած տազնապը,
4. մերժվելու անցողիկ վախը,
5. մանկությունից եկող մեղքի և ամոթի մնացորդային հետքերը` կապված ձեռնաշարժության կամ սեռական հաճույքի հետ:

Տազնապի նշված տեսակները կարող են հանդիպել ինչպես «մաքուր», այսինքն ինքնուրույն տեսքով, այնպես էլ` որպես հետևանք`

1. գույզի մեջ իշխանության համար մղվող պայքարի,
2. ինքնադրսևորման անկարողության,
3. էդիպյան և սիբլինգային մրցակցության մնացորդային հետքերի:

**Միջին ուժգնության** տազնապի աղբյուրներ են հանդիսանում`

1. վախը հաջողությունից,
2. վախը հաճույքից,
3. վախը ինտիմությունից,
4. վախը մերժվելուց:

Ի տարբերություն կատարման տազնապի և սեռական ձախողման վախի, վերոնշյալ միջին ուժգնության տազնապի աղբյուրները շատ հաճախ այցելուի գիտակցականից դուրս են: Սակայն դրանք հակված չեն գիտակցմանը դիմադրելու և հաճախ հեշտությամբ լուծվում են: Երբեմն, սակայն, դրանց հիմքում ընկած են խորը կոնֆլիկտներ, որոնք ցույց են տալիս մեծ դիմադրություն բուժման նկատմամբ:

**Խորը տազնապների** աղբյուր են հանդիսանում`

1. միջանձնային լուրջ խնդիրները` կապված հակառակ սեռի հանդեպ թշնամանքի և ներոտիկ ասոցիացիաների հետ
2. Մանկության շրջանում տարած սեռական տրավմաները և այդ տրավմաներին դեստրուկտիվ հարմարողական մեխանիզմները
3. էդիպյան և նախաէդիպյան բարդույթները
4. սիբլինգային չլուծված մրցակցությունը
5. կատարման ուժգին տազնապները
6. մանկական հուշերը, որոնք կապում են սեռական կյանքը, սերը և հաճույքը մեղքի զգացողության և վտանգավորության հետ:

Այս պատճառները միշտ անգիտակցական են և խոր սպառնալիք են ներկայացնում այցելուի գիտակցականին: Այդ պատճառով բուժման ընթացքում դրանց հետ բախումը այցելուի մոտ ուժեղ դիմադրություն է առաջացնում: Այսպիսի դեպքերում բուժումը երկարատև է և բժշկից համառ ջանքեր է պահանջում:

Առաջացած տազնապի դեմ մշակվում է պաշտպանական ուրույն մեխանիզմ` պայմանավորված տվյալ անհատի, տվյալ իրավիճակի, տազնապի ուժգնության առանձնահատկություններով: Այսպես, էրոտիկ զգացողությունները, որոնք տազնապ են հարուցում, մի անձի մոտ

հաղթահարվում են ճնշման միջոցով, իսկ մյուսի մոտ դիտվում է դրանց *հետևելու* կայուն միտում: Այս անհատները կունենան տարբեր սեռական ախտանիշներ. էրոտիկ զգացողությունները ճնշողը չի կարողանա կառավարել սերմնաժայթքումը և կունենա վաղաժամ սերմնաժայթքում, մինչդեռ այդ զգացողություններին սևեղվածը անընդունակ կլինի հասնելու հեշտանքի և կունենա հեշտանքի խանգարում: Այսպիսով, սեքսուալ տազնապի դեմ պաշտպանողական մեխանիզմի և սեքսուալ դրսևորման փոխազդեցությունից առաջանում է որոշակի սեռական համախտանիշ:

## **ԳԼՈՒԽ 9 ՍԵՔՍՈՒԱԼ ՑԻԿԼԻ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ**

Սեքսուալ ցիկլի խանգարումները կարող են ունենալ արտահայտման տարբեր աստիճաններ: Այն խանգարումները, որոնք էապես խոչընդոտում են սեռական ֆունկցիայի իրականացումը և կարիք ունեն բժշկական միջամտության, ընդունված է անվանել սեռական կամ հոգեւեռական դիսֆունկցիաներ: Կան նաև ոչ այնքան «լուրջ», սակայն անհանգստություն պատճառող և կյանքի որակի վրա բացասաբար ազդող, այսպես կոչված *սեռական դժվարություններ և անհանգստություններ*: Սեռական դժվարությունները ընդգրկում են սեռական կյանքին վերաբերող այնպիսի հարցեր, ինչպիսիք են սեռական դրսևորումների նորման, սեռականության տարիքային փոփոխությունները, այլընտրանքային սեռական ակտիվության հանդեպ վերաբերմունքը, սեռական նախերգանքի և բուն սեռական ցիկլի տևողությունը, սեռական հարաբերության հաճախականությունը և այլն: Սեռական դժվարությունների և անհանգստությունների մեծ մասը անհետանում է տեղեկատվության պակասի լրացման կամ ապատեղեկատվության շտկման միջոցով: Միայն որոշ դեպքերում, երբ դրանք կապված են խորը հուզական ապրումների և համոզմունքների հետ, կարող է պահանջվել բուժական միջամտություն:

Հոգեւեռական հիմնական դիսֆունկցիաներն են՝

1. սեռական ցանկության խանգարումները,
2. սեռական գրգռման խանգարումները,
3. հեշտանքի խանգարումները,
4. սեռական ցավային խանգարումները:

## **ՍԵՌԱԿԱՆ ՑԱՆԿՈՒԹՅԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ**

### ***Սեռական ցանկության նվազում***

**ԲՆՈՐՈՇՈՒՄԸ ԵՎ ՆԿԱՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ** Սեռական ցանկության հիմնական խանգարումները, որոնք նկարագրված են DSM-IV-ում՝ երկուսն են՝

1) *Ցածր սեռական ցանկություն (302.71)*, բնորոշվում է սեքսուալ երևակայության աղքատացմամբ, սեռական ցանկության նվազմամբ կամ լրիվ բացակայությամբ, ինչը լրջորեն անհանգստացնում է անձին կամ առաջացնում միջանձնային խնդիրներ և պայմանավորված չէ որևէ հիմնական հիվանդությամբ,

2) *Սեքսուալ ավերսիա (302.79)*, զգվանք և ակտիվ խուսափում սեռական կյանքից, որն առաջացնում է միջանձնային խնդիրներ, անհանգստություն պատճառում անձին և պայմանավորված չէ որևէ հիմնական հիվանդությամբ:



Գրականության մեջ կարելի է հանդիպել նաև *Արգելակված կամ Ծնշված սեռական ցանկություն (Inhibited Sexual Desire)* անվանմանը, որը թերևս որոշակի շփոթություն է առաջացնում: Գրանից խուսափելու համար *Արգելակված սեռական ցանկություն (ԱՍՑ)* նշվում է ցածր սեռական ցանկությունների դեպքում, երբ պատճառը հայտնի է, այսինքն՝ երբ հստակ պարզաբանված է այն ախտաբանական գործոնը, որն *արգելակել է* սեռական ցանկությունը: Բոլոր մնացած դեպքերում, երբ ցածր լիբիդոյի պատճառը դեռևս հայտնի չէ, գերադասելի է կիրառել *Ցածր սեռական ցանկություն (Low Sexual Desire)* անվանումը (ՑՍՑ): Պետք է նշել, սակայն, որ այս երկու եզրերի տարբերությունը զուտ պայմանական է, և ըստ էության խոսքը գնում է միևնույն կլինիկական միավորի մասին:

Շփոթություն կարող է առաջացնել նաև *Սեռական խուսափում (Sexual Avoidance)* անվանումը, որը առաջարկվել է Մաստերսի և Ջոնսոնի կողմից, այն վիճակը նկարագրելու համար, երբ անձը խուսափում է ամեն տեսակի սեռական դրսևորումներից, աչքի է ընկնում սեռական ակտիվության ցածր հաճախականությամբ կամ ընդհանրապես չի ապրում սեռական կյանքով: Արգելակված սեռական ցանկությունը, ինչ խոսք, կարող է հանգեցնել խուսափող վարքի ձևավորման, որը կարևոր կլինիկական նշանակություն ունի, քանի որ պահանջում է մշակել բուժական այլ մոտեցում: Սեռական ցանկության արգելակումը, սակայն, մեկն է այն բազում պատճառներից, որոնք կարող են բերել ասեքսուալ վարքի: Անձը կարող է խուսափել սեռական կյանքից անկախ նրանից՝ ունի նա սեռական ցանկություն, թե ոչ:

#### **ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄԸ**

Դժվար է լիարժեք ձևակերպել նորմալ սեռական վարքի սահմանումը՝ ելնելով գիտության ժամանակակից նվաճումների տեսանկյունից: Ի տարբերություն գենիտալ պատասխանների (գրգռման և հեշտանքի փուլեր), որոնք անմիջականորեն ենթակա են ուղղակի գիտական դիտարկման և օբյեկտիվորեն չափելի են, սեռական ցանկության խանգարումները ախտորոշվում են վերլուծության միջոցով և այդ առումով թերևս կրում են սուբյեկտիվ բնույթ: Համեմատական վերլուծության հիմք են հանդիսանում զանազան վիճակագրական հետազոտությունները, կլինիկական դիտարկումները, անձնական փորձառության տարբերությունները:

ԱՍՑ-ով այցելուները կլինիկայում հայտնվում են սեփական կամ զուգընկերոջ նախաձեռնությամբ, պատահում է, որ երկու զուգընկերն էլ համատեղ ցանկություն են արտահայտում ուժեղացնելու իրենց փոխադարձ սեռական ցանկությունը:

Բոլոր նշված դեպքերում այցելուների *հիմնական զանգասն* այն է, որ սեռական ցանկությունը այն չէ, ինչ պետք է լիներ, ինչ կարող էր լինել, ինչպես եղել է անցյալում կամ դրսևորվում է այլ զուգընկերոջ նկատմամբ: Այլ խոսքով ասած, այցելուի դատողությունները սեռական ցանկության ուժգնության վերաբերյալ հիմնվում են համեմատության վրա, երբ համեմատվում են իր և զուգընկերոջ ցանկությունները, անցյալի և ներկայի փորձառությունները, երկու տարբեր զուգընկերների հանդեպ տաժած ցանկությունները: Հնարավոր է նաև սուբյեկտիվ զգացողությունից բխող կարծիքի ձևավորումը: Այսպիսով, սեռական

ցանկության բարձր կամ ցածր լինելու գնահատականը դրվում է դեղուկտիվ մեթոդով:

Այնուհանդերձ, ԱՍՑ ախտորոշումը ունի նաև օբյեկտիվ հիմք՝ սեռական ցանկության նորմայի հետ համեմատությունը: Այս առումով «նորմա» հասկացության սահմանումը շատ կարևոր է: Այսօր, սեքսուալության գիտական ճանաչողության դեռ անավարտ փուլում, կարելի է տալ միայն մոտավոր պատկերացումներ սեռական ցանկության նորմայի մասին: Որոշակի ընդհանրացումներ, այնուամենայնիվ, որոնք կիրառական նշանակություն են ստացել կլինիկական աշխատանքում, հստակորեն կարելի է պնդել: Այսպես, համարվում է, որ *առողջ անհատը ողջ կյանքի ընթացքում, անկախ իր մշակութային ծագումից, ունի սեռական քաղցի զգացում*: Ինչպես այլ անհատական գծերը, ինչպիսիք են քաշը, ինտելեկտը և այլն, սեռական հակման ուժգնությունը նույնպես ենթակա է լայն տատանումների, ընդհուպ մինչև այն աստիճանի, որ երբեմն դժվար է որոշել նորմա-ախտաբանություն սահմանը: Օրինակ, միանգամայն առողջ որոշ անհատների լիբիդոն երբեմն ավելի ցածր է, քան ԱՍՑ-ով անհատի սեռական ցանկությունը:

Ինչպես գիտեք, սեռական ցանկության ուժգնությունը կախված է տարիքից, ընդհանուր ֆիզիկական առողջությունից, տրամադրությունից, օրգանիզմում ընթացող ֆիզիոլոգիական տատանումներից (տե՛ս Սեռական ցանկության տարիքային դինամիկան և ուժգնության տատանումները, էջ 34):

#### **ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՆԿԱՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ**

Ցածր սեռական ցանկությունով անձը հետաքրքրված չէ սեռական կյանքով: Նա չի նախաձեռնում սեռական ակտիվություն, տուրք չի տալիս սեռական երևակայությանը, պատկերավոր ասած՝ «այլևս չի նկատում հմայիչ աղջիկներին, որոնք անցնում են փողոցով»: Սեռական ցանկությունը, որն ի հայտ է գալիս սեռապես առողջ անձի մոտ ի պատասխան սեռական օրգանների գրգռման, նրա մոտ լրիվ բացակայում է կամ առաջանում է մեծ դժվարությամբ: Գենիտալ պատասխաններ (գրգռման և հեշտանքի), այն էլ եթե սեռական գրգռում թույլատրվում է, կարող են առաջանալ, բայց իրականում բավականություն չեն պատճառում, հաճույքի զգացողությունը խամրած է և վաղանցիկ, կենտրոնացած միայն սեռական օրգանների շրջանում: Այցելումները նմանեցնում են այս իրավիճակը ոչ քաղցած ժամանակ հաց ուտելու հետ:

Բոլոր այն իրավիճակները, որոնք նորմայում բարձրացնում են սեռական ցանկությունը, արգելակված սեռական ցանկությամբ այցելումների մոտ ոչ միայն չեն առաջացնում սեռական գրգռվածություն, այլ երբեմն նույնիսկ կարող են պատճառ դառնալ այնպիսի բացասական հույզերի, ինչպիսիք են բարկությունը, վրդովմունքը, զզվանքը, նյարդայնությունը, տագնապը: Այցելումներից մեկը նշում էր. «Երբ նա համբուրում է ինձ, ես ուզում եմ պարզապես կծկվել և շուռ գալ մյուս կողքի»:

#### **ԱՍՑ կլինիկական ձևերը**

Տարբերում են արգելակված սեռական ցանկության հետևյալ կլինիկական ձևերը՝

1. առաջնային և երկրորդային,
2. բացարձակ և իրավիճակային:

**Առաջնային ցածր սեռական ցանկությունը** հազվադեպ վիճակ է, որին բնութագրական է ասեքսուալ կյանքը: Այցելուն զուրկ է սեռական հետաքրքրությունից, երբևէ չի զբաղվել ձեռնաշարժությամբ: Առաջնային ցածր սեռական ցանկությունը բնութագրական է թույլ սեռական կոնստիտուցիայով անձանց, ինչպես նաև հանդիպում է որոշակի հիվանդությունների, ծանր փսիխոպաթոլոգիաների (շիզոֆրենիա և խրոնիկական դեպրեսիա) ժամանակ: Ասեքսուալ կյանքը բնորոշ է նաև ներուտիկ կոնֆլիկտի հիման վրա լիբիդոն ճնշած անձանց:

**Երկրորդային ցածր սեռական ցանկությունը** այն խանգարումն է, երբ բնականոն սեռական կյանքից հետո գրանցվում է սեռական հակման կորուստ: Սա ավելի հաճախ է հանդիպում, քան առաջնայինը: Սեռական ցանկության երկրորդային կորուստը կարող է առաջանալ մի շարք ֆիզիկական պատճառներից և հոգեբանական ցնցումներից, օրինակ՝ ամուսնություն, երեխայի ծնունդ, սիրային մեթոմ, սիրած մարդու կորուստ կամ դավաճանություն, բարկություն զուգընկերոջ հանդեպ կամ սեռականի հետ կապ չունեցող որևէ տրավմա, ինչպիսին է օրինակ աշխատանքի կորուստը կամ ավտովթարը:

**Սեռական ցանկության բացարձակ բացակայության** դեպքում անձը ընդհանրապես չունի սեռական հետաքրքրություն ոչ մեկի նկատմամբ: Էրոտիկ ցանկությունները, երևակայական պատկերները և մտքերը բոլորովին դադարում են դեր խաղալ այս անձանց կյանքում, կարող են անհետանալ նաև առավոտյան էրեկցիաները: Լիբիդոյի բացարձակ կորուստը սովորաբար զուգակցվում է դեպրեսիվ իրավիճակների հետ, ուղեկցում է սուր սթրեսներին կամ ֆիզիկական պատճառների հակազդեցությանը:

Ամենատարածված կլինիկական տարբերակը **իրավիճակային ցածր սեռական ցանկությունն** է: Սա սեռական ցանկության փսիխոգեն արգելակման դասական օրինակն է: Բնորոշ է այն, որ անձը սեռական ցանկություն է զգում միայն այն իրավիճակներում, որոնք «ապահով են»: Հետաքրքիր է այն փաստը, որ հաճախ ամենացանկալի զուգընկերն է «վտանգ» ներկայացնում, ինչն էլ բերում է սեռական ցանկության արգելակման: Տղամարդը ցանկություն է ունենում և սեռապես ակտիվ է մարմնավաճառի, օտար կնոջ կամ այն կնոջ հետ, որն իր հետ հարաբերվում է սադիստորեն կամ ցածր է իր սոցիալական դասով, սակայն այդ նույն տղամարդու սեռական հակումը արգելակվում է իր գրավիչ և խելացի զուգընկերուհու նկատմամբ, ում հետ իրապես կցանկանար լինել ինտիմ հարաբերությունների մեջ:

Նմանապես, իրավիճակային ԱՍՑ-ին բնորոշ խումբ են կազմում այն կանայք, որոնք իրենց կուսության տարիների ընթացքում ի վիճակի են եղել ապրելու էրոտիկ զգացողություններ, հաճույք ստանալու պետտինգի ընթացքում, բայց կորցրել են սեռական հետաքրքրությունը սեռական հարաբերության մեջ ընդգրկվելուց, ամուսնությունից, ծննդաբերությունից հետո, իրավիճակներ, որոնք սիմվոլիկ կամ անգիտակցական մակարդակով «վտանգ» են ներկայացնում:

Սեռական ցանկության խանգարումները կլինիկայում ի հայտ են գալիս երեք ձևով՝ որպես ինքնուրույն խնդիր, այլ սեռական խանգարման մեջ

ները նդգրկված կամ բոլորովին այլ խնդրի բովանդակության մեջ (ամուսնական կոնֆլիկտ, դեպրեսիա և այլն):

**ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄԸ**

ԱՍՅ-ի հիմնական նշանը սեռական ակտիվության ցածր հաճախականությունն է, հիպոակտիվությունը: Կլինիկական նկատառումներով սեռական հիպոակտիվությունը առաջին հերթին պետք է տարբերակել *սեռական խուսափումից*: Վերջինս նույնպես բնութագրվում է սեռական պասիվությամբ, բայց հիմքում ունի ոչ թե սեռական ցանկության ցածր լինելու հանգամանքը, այլ սեռական վախը: Սա կարևոր ախտորոշիչ կետ է, որովհետև եթե սեռական խուսափումը գումարվում է ցանկացած սեռական խանգարմանը (վազինիզմ, ԱՍՅ), ապա լուրջ խոչընդոտ է առաջ է գալիս բուժման ճանապարհին, որին պետք է առաջնահերթ լուծում տրվի:

Տարբերակումը անց է կացվում՝

1. հոգեբուժական հիվանդությամբ պայմանավորված ցածր սեռական ցանկության և փսիխոզեն ԱՍՅ-ի միջև,
2. ցանկության ախտաբանական իջեցումների և *ֆիզիոլոգիական հիպոլիբիդեմիայի միջև*,
3. ցածր սեռական ցանկության և գենիտալ խանգարումների՝ հեշտանքի և գրգռման խանգարումների միջև:

*Դեպրեսիան* թերևս ցածր սեռական ցանկության ամենատարածված հոգեբուժական հիվանդությունն է: Դեպրեսիան դրսևորվում է վեգետատիվ նշանների համախմբով՝ քնի, սնվելու և լիբիդոյի խանգարումներով: Կարելի է ենթադրել, որ դեպրեսիվ վիճակներում կենսական հույժ կարևոր ֆունկցիաների՝ սնվելու և սեքսի նյարդային կենտրոնների և նյարդահոսքերի ակտիվությունը իջնում է: Սեռական ախորժակի բացակայությունը կարող է դեպրեսիվ վիճակների վաղ նշաններից մեկը լինել, նույնիսկ կարող է ավելի վաղ ի հայտ գալ, քան տրամադրության նշանակալի անկումը: Բնութագրական է, որ դեպրեսիայի ժամանակ էրեկցիան և հեշտանքը խանգարված չեն ընդհանրապես կամ այն աստիճանի, ինչպես լիբիդոն: Սեքս-թերապիայի բուժական արդյունավետությունը խիստ ցածր է, երբ լիբիդոյի կորուստը երկրորդային է և պատճառաբանված է դեպրեսիայով: Խանգարման հիմքում ընկած դեպրեսիան պետք է բուժվի առաջնահերթ՝ համապատասխան դեղորայքի և/կամ փսիխոթերապիայի միջոցով: Հաճախ, բայց ոչ միշտ, սեռական ցանկությունը ինքնըստիներքյան վերականգնվում է դեպրեսիան բուժելուց հետո:

*Ֆիզիոլոգիական հիպոլիբիդեմիան կամ նորմալ ասեքսուալությունը* այն վիճակն է, երբ սեռական ցանկությունը իջած է կամ չի առաջանում նորմալ ֆիզիոլոգիական պատճառներով: Այսպիսով, ասեքսուալությունը ոչ միշտ է համարվում խանգարում: Արդեն հիշատակվել է, որ որոշ անձանց ցածր սեռական հակումը պայմանավորված է նրանց թույլ սեռական կոնստիտուցիայով: Այս անձինք անհանգստացած չեն իրենց ցածր սեռական պահանջով, քանի դեռ արտաքին հանգամանքները ճնշում չեն գործադրել: Այդպիսի ճնշում կարող է ի հայտ գալ, օրինակ, համեմատաբար բարձր սեռական ցանկությամբ գուզընկերոջ պարագայում կամ երբ ձգտում է առաջանում համապատասխանելու հասարակության կողմից թելադրվող բարձր սեռական հավակնություններին:

*Տարբերակումը հեշտանքի և գրգռման խանգարումներից:* Ցանկության փուլի խանգարումների տարբերակումը գրգռման և հեշտանքի փուլի խանգարումներից կարևոր է նրանով, որ միայն գեմիտալ փուլի խանգարումներով այցելուները, որոնց մոտ պահպանված է սեռական ցանկությունը, բուժվում են մի մեթոդով, իսկ այն այցելուները, որոնք ունեն նաև սեռական ցանկության խանգարում՝ մեկ այլ մեթոդով:

#### **ՊԱՏՃԱՍԱԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆԸ**

Սեռական ցանկությունը կառավարվում է կենսաբանական և փորձառության վրա հիմնված բազմաթիվ գործոններով, ուստի ֆիզիկական և հոգեբանական գործոնների մի ամբողջ շրջանակ կարող է խանգարել նրա նորմալ ընթացքը:

Սեռական ցանկության ֆիզիոլոգիայի պատկերացումը կարող է հիմք հանդիսանալ ցանկության խանգարումները հասկանալու համար: Ինչպես գիտեք, սեռական ցանկությունը հակում է, որը ծառայում է տեսակի պահպանությանը: Այն առաջացնում է ուժեղ էրոտիկ քաղց, որը մղում է վերարտադրմանն ուղղված, տեսակին բնորոշ վարքային ստերեոտիպերի ծավալմանը: Այն խթանում է մեզ փնտրելու մեր գուգրնկերոջը, գրավելու, գայթակղելու, բեղմնավորելու, բեղմնավորվելու:

Լիբիդոն կառավարող նյարդային կենտրոնը նման է այն նյարդային կենտրոններին, որոնք կառավարում են քաղցը, ծարավը և քունը: Ինչպես այս հակումները, լիբիդոն ևս ունի իր սեփական նյարդային կենտրոնների և նյարդահոսքերի յուրատիպ ցանցը: Այս ցանցի ակտիվության արտացոլանքը սեռական ցանկության վերապրումն է: Այդ ակտիվության բացակայության դեպքում է, որ լիբիդոն բացակայում է:

Այլ հակումների նման, սեռական ցանկությունը ևս մշտապես գտնվում է խթանող և արգելակող մեխանիզմների հավասարակշռության ներքո: Երբ գերիշխում են արգելակող կենտրոնները, սեռական ցանկությունը նվազում է: Սեռական ցանկության աճ առաջանում է, երբ նյարդային հոսքերը գտնվում են խթանող կենտրոնների ազդեցության տակ: Այս կենտրոնները ունեն լայն կապեր ուղեղի մնացած բաժինների հետ, և այս կապերի շնորհիվ է, որ սեռական ցանկությունը տատանվում է արտաքին և ներքին բազում գործոնների ազդեցության տակ:

Սեռական կենտրոնները և սեռական ցանկությունը զգայուն են հորմոնների և հատկապես՝ տեստոստերոնի և ԼՀ-ԽՀ նկատմամբ: Առանց համապատասխան հորմոնալ միջավայրի դրանք չեն կարող գործել, և լիբիդոն կանհետանա: Նմանապես, արտաքին ազդակները, ինչպիսիք են հոտը, տեաքը, ձայնը և շոշափումը, խորապես ազդում են ցանկության վրա:

Սեռական կենտրոնների կապը ուղեղի այն հատվածների հետ, որոնք պահպանում և մշակում են կուտակված փորձը, խիստ զգայուն են դարձնում սեռական ցանկությունը անցյալի նկատմամբ: Սեռական ցանկությունը կարող է կամովի ճնշված լինել: Սեռական հասունացմանը գուգրնթաց մենք սովորում ենք կառավարել սեռական ցանկությունը և արգելակել այն այնպիսի իրավիճակներում, որոնք հղի են բացասական հետևանքներով, իսկ ազատ դրսևորվելու հնարավորություն տալիս, երբ իրավիճակը «ապահով» է: Փաստորեն, ցանկությունը արդյունքն է կենսաբանական արմատներ ունեցող

երևույթի, որի ուղղության ու ուժգնության վերաձևավորման գործում վճռական դեր ունեն թե անցյալի իրադարձությունները, թե ներկա իրավիճակը:

Կլինիկական տեսանկյունից կարևոր է նաև այն փաստը, որ սեռական կենտրոնները խորապես ենթակա են հույզերի ազդեցությանը: Ինչպես հայտնի է, ինքնապահպանմանը ծառայող հույզերը (վախը և բարկությունը), որոնք անհատին վտանգավոր իրավիճակից փախուստի կամ պայքարի են մղում, արտոնություն ունեն վերարտադրման պահանջի նկատմամբ: Այսպիսով, վախը նորմալում ճնշում է սեռական հակումը, հետևաբար, երբ սեքսուալ բովանդակությամբ իրավիճակը վտանգ է պարունակում իր մեջ կամ «ձեռնտու չէ» ինչ-ինչ պատճառներով, սեռական ցանկությունը ինքնըստինքյան նվազում է: Օրինակ, միանգամայն նորմալ է տղամարդու սեռական ցանկության կորուստը, երբ նա վախենում է, որ ամեն վայրկյան կարող է ներս մտնել իրենց երեխան: Կամ, երբ կինը, գտնելով, որ տվյալ տղամարդու հետ կապվածությունը կարող է վատ անդրադառնալ իր կարիերայի վրա, «անջատվում» է սեռապես՝ ի պատասխան ակնկալվող վտանգի:

Հույզերի այս հիերարխիան ունի գոյապահպանական արժեք, քանի որ մղում է մեզ խուսափել կամ պաշտպանվել հավանական վտանգից: Բայց հարմարողական այս մեխանիզմը կարող է այլ հունով գնալ, երբ «վտանգները» ճշգրիտ չեն մեկնաբանվում: Երբեմն անհատը պատասխան է տալիս երևակայական վտանգին, արձագանքում է անհիմն վախերին, որոնք իրականում գոյություն չունեն: Արդյունքում նրա սեռական հակումը արգելակվում է, ճիշտ այնպես, եթե նրա անկողնում իսկական վագր հայտնվեր: Սա է սեռական ցանկության արգելակման հոգեֆիզիոլոգիան:

Ցածր սեռական ցանկության պատճառները բաժանվում են երկու մեծ խմբի՝

1. օրգանական կամ ֆիզիոլոգիական
2. հոգեբանական:

#### ***Ցածր սեռական ցանկության օրգանական պատճառները***

Նորմալ սեռական հակումը պահանջում է սեռական կենտրոնների անատոմիական և ֆիզիոլոգիական ամբողջություն: Հետևաբար զարմանալի չէ, որ լիբիդոն հաճախ նվազում է ֆիզիոլոգիական ազդակներին ի պատասխան: Նախքան բուժման ձեռնամուխ լինելը այս գործոնները պետք է ժխտվեն: ՅՄՅ առավել հաճախ պատճառներից են սուր սթրեսային վիճակները, հոգեակտիվ նյութերի գործածությունը, տեստոստերոնի ցածր մակարդակը, որոշակի հիվանդություններ և վիրահատական միջամտություններ:

*Ծանր սթրեսին հակազդման և հարմարվողականության խանգարումները*, հոգեբանական ծանր այնպիսի ապրումների դեպքում, ինչպիսիք են աշխատանքի կորուստը, սիրեցյալից բաժանումը, ստիպողական թոշակի անցնելը և այլն, հաճախ զուգակցվում են սեռական ցանկության կորստով: Կլինիկական դիտարկումները հավաստում են, որ ճգնաժամը կամ սթրեսը բերում են սեռական օրգանների ֆիզիոլոգիական արգելակման:

*Հոգեակտիվ նյութերի գործածությունը* խախտում է սեռական կենտրոնների պատշաճ գործունեության համար պատասխանատու նյարդային մեդիատորների՝ սերոտոնինի և դոպամինի նրբին հավասարակշռությունը: Սեռական ցանկությունը իջեցնում են թմրանյութերը, բարձր դոզայի

քնաբերները, ակոհողը, որոշ կենտրոնական ազդեցության հակահիպերտենզիվներ, այնպիսիք օրինակ, որ ընդգրկում են ռեզերպին կամ մեթիլ-դոպա:

Քանի որ սեռական կենտրոնների ակտիվությունը կախված է *տեստոստերոնից*, այս հորմոնի ցածր մակարդակը կամ նրա ֆիզիոլոգիական անհասանելիությունը կարող են նվազեցնել սեռական ցանկությունը երկու սեռերի մոտ էլ: Այդ պատճառով ցանկացած պայման, հոգեկան վիճակ կամ դեղորայք, որոնք խախտում են անդրոգենների արտադրությունը ամորձիների, ձվարանների կամ մակերիկամների կողմից, կարող են հանգեցնել ՑՍՅ-ի: Տեստոստերոնային սակավության ամենատարածված պատճառներից են տարիքը, երկարատև սթրեսը, տեստոստերոն արտադրող գեղձի վիրաբուժական հեռացումը կամ հիվանդությունը, էստրոգեն պարունակող հորմոնալ պրեպարատները, որոնք չեզոքացնում են տեստոստերոնի ազդեցությունը: Տեստոստերոնի ցածր մակարդակը միշտ պետք է ժխտվի, երբ հետազոտության ժամանակ առաջանում է ՑՍՅ-ի օրգանական պատճառագիտության կասկած: Կլինիկական վերջին դիտարկումները ցույց են տալիս, որ պրոլակտինը նույնպես դեր է խաղում լիբիդոյի խանգարումների գործում:

*Ցանկացած հիվանդություն կամ վիրահատական միջամտություն* (օրինակ՝ երիկամի դիալիզը) կարող է խախտել սեռական ցանկության նյարդային կենտրոնների ֆիզիոլոգիան և հանգեցնել լիբիդոյի անկման: Այս վիճակները համեմատաբար հազվադեպ են հանդիպում, բայց որոշ դեպքերում խաղում են էական դեր և չեն կարող անտեսվել: Նմանապես, որոշ ուռույզիական, զինեկոլոգիական հիվանդությունների պատճառով սեռական ակտիվությունը կարող է կորցնել իր հաճույքածին կողմը կամ ուղեկցվել անհարմարավետության զգացումով, նույնիսկ՝ ցավով: Նմանատիպ հանգամանքներում ցանկության երկրորդական կորուստը և նույնիսկ սեռական դժկամության և խուսափման զարգացումը օրինաչափ են:

#### ***Արգելակված սեռական ցանկության հոգեբանական պատճառները***

Բոլոր այն դեպքերում, երբ սեռական կենտրոնները հիպոակտիվ են ֆիզիոլոգիական պատճառներով՝ օրինակ, ցածր սեռական կոնստիտուցիայի, տեստոստերոնային անբավարարության, դեպրեսիայի հետևանքով, սեռական ցանկությունը ցածր է, որովհետև այն չի առաջանում: Ի տարբերություն դրա, արգելակված սեռական ցանկության դեպքում լիբիդոն ցածր է, որովհետև այն ակտիվորեն, թեև ակամա և չզիտակցված, ճնշվում է հոգեբանական կոնֆլիկտի հիման վրա: Կլինիկական փորձը ցույց է տալիս, որ լիբիդոյի հոգեբանական խանգարումները ավելի տարածված են, քան խանգարման սիմպտոմատիկ ձևերը, որոնք հետևանք են ֆիզիոլոգիական պատճառների:

Որոշ այցելուներ ամեն կերպ ընդդիմանում են իրենց սեռական ցանկությանը և ակտիվորեն խուսափում ցանկացած իրավիճակից, որ կարող է հարուցել սեռական ցանկություն: Նրանք չեն կարողում էրոտիկ գրականություն, չեն նայում էրոտիկ ֆիլմեր, երբևէ չեն քննարկում նման թեմաներ և նույնիսկ կարող են անհարմար զգալ, երբ խոսակցությունը կամ կատակը ունի էրոտիկ երանգավորում: Նրանք խուսափում են պոտենցիալ զուգընկերոջ հետ շփվելուց և հեռու մնում նրանից՝ ֆիզիկական կապից զերծ մնալու համար: Որոշ այցելուներ այնքան լավ են սովորում կառավարել իրենց սեռական

ցանկությունը, որ կարիք չունեն խուսափելու նորմայում սեռական ցանկություն առաջացնող էրոտիկ գրգռներից: Երբեմն նրանք ունակ են ճնշելու սեռական ցանկությունը նույնիսկ ամենատանջալից գայթակղությունների դեպքում:

Արգելակված սեռական ցանկությանը այցելուների հոգեբանական վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ *հիվանդության անմիջական պատճառը հենց իր՝ այցելուի կողմից իր սեռական ցանկության ակտիվ ճնշումն է, որը թերևս չգիտակցված գործընթաց է և կատարվում է նրա կամքից անկախ:*

Այցելուներից շատերը հակված են ճնշելու իրենց ցանկությունը՝ տրվելով արգելակող մտքերի ազդեցությանը կամ թույլ տալով այդ մտքերին ներխուժելու իրենց գիտակցություն այն ժամանակ, երբ իրենք ունեն սեռական մերձեցման հնարավորություն: Նրանք սովորել են իրենց մոտ առաջացնել արգելակող հուզական վիճակներ՝ կենտրոնացնելով իրենց ուշադրությունը այնպիսի մտքի վրա, վերականգնելով այն հիշողությունը կամ տուրք տալով այն ասոցիացիաներին, որոնք կրում են բացասական արժեքականություն: Այս եղանակով նրանք դառնում են բարկացած, վախեցած կամ մտացիր, և այդպիսով շարժման մեջ դնում բնական արգելակող ֆիզիոլոգիական մեխանիզմները: Սեռական ցանկությունը ճնշվում է, երբ պահը հարմար է և ծառայում է հենց անձի օգտին: Այլ խոսքով ասած, սեռական ցանկությունը ճնշվում է, որովհետև անձը համարում է, որ վտանգի մեջ է կամ հայտնվել է ճգնաժամային վիճակում:

Արգելակող մտքերի, տեսարանների և ասոցիացիաների տեսականին ընտրվում է անկախ բովանդակային յուրատիպությունից՝ կարևորելով միայն նրանց «անջատիչ» ներուժը: Անձը սևեռում է իր ուշադրությունը զուգընկերոջ արտաքինի որևէ վանող կողմի՝ մեծ փորքի, անխնամ մազերի, սեռական օրգանների հոտի վրա և այլն: Վերջիններս նրա սեռական կենտրոնների համար ծառայում են իբրև յուրատիպ «անջատիչներ»: Գործի կարող են դրվել նաև հիշողություններ՝ կապված զուգընկերոջ երբեմնի անընդունելի վարքի կամ անցյալում հասցրած վիրավորանքների հետ: Այլ անձինք սեռական մերձեցմանը տրամադրող պայմաններում իրենց էրոտիկ տրամադրությունը կառավարելու նպատակով հիշողության մեջ վերականգնում են ոչ էրոտիկ հանգամանքներ: Աշխատանքի, երեխաների, ֆինանսական և կենցաղային այլևայլ հոգսերի մասին մտքերը այդ պարագայում օգտագործվող ամենաստվորական «անջատիչներն են»:

Կարելի է ենթադրել, որ սեռական ցանկության բացարձակ արգելակումների դեպքում այցելուների մոտ բոլոր տեսակի էրոտիկ զգացողությունները տազնապի աղբյուր են և հարուցում են դրանցից պաշտպանվելու անհրաժեշտություն: Մեքսուալ բովանդակությանը բոլոր իրավիճակները առաջացնում են արգելակող մտքեր և ասոցիացիաներ: Երբ ցանկության ճնշումը իրավիճակային է, միայն որոշակի իրավիճակներ են առաջ բերում սեռական կոնֆլիկտ և հարկադրում անձին գործի դնել «անջատման» մեխանիզմները:

Արգելակող մտքերը սեռական երևակայությանը հակառակ դեր են խաղում: Ի տարբերություն դրանց, սեռական երևակայությունը տազնապր թուլացնող ներուժ ունի և օգտագործվում է սեռական ցանկությունը ակտիվացնելու նպատակով: Էրոտիկ երևակայությունը խթանում է սեռական



նյարդահոսքերի ընթացքը և պաշտպանում դրանք արգելակող ազդեցություններից, որոնք կարող են անջատիչ դեր ունենալ: Վերոնշյալ արգելակող մտքերը ճիշտ հակառակ ուղղվածությունն ունեն. դրանք «բացում են այն փականները», որոնք կասեցնում են ճնշող նյարդահոսքերի մուտքը:

Ի տարբերություն սեռական արգելակում ունեցողների, այն անձը, որի հոգեկանը սեռական կյանքի շուրջ կոնֆլիկտներից ազատ է, վարվում է բոլորովին այլ կերպ. նա թույլ չի տալիս բացասական մտքերին և զգացմունքներին կամ շեղիչ այլ գործոններին գրոհելու իր սեռական հաճույքի դեմ:

Որոշ անձինք սեռական հաճույք ստանալու համար պահանջում են չափազանց նեղ շրջանակի սեռական գրգիռներ: Այսպիսի անձանց կարող են սեռապես գրգռել միայն բացառիկ գուգրնկերներ: Այս հանգամանքը ունի հարմարողական նշանակություն, եթե դուրս չի գալիս որոշակի սահմանից, երբ արդեն ոչ մի գուգրնկեր այլևս չի համապատասխանում նրա պահանջներին: Դա կարող է վկայել այն մասին, որ տվյալ անձի մոտ առկա է թաքնված սեռական կոնֆլիկտ:

Այլ անձինք ունակ են արձագանքելու գուգրնկերների ավելի բազմազան շրջանակի. նրանք պակաս բժախնդիր են, գուգրնկերոջ մոտ միշտ գտնում են որևէ դրական կողմ, որը բավարար է նրա հետ հարաբերություններ հաստատելու և իրենց պահանջները բավարարելու համար:

Այսպիսով, անհատը սովորաբար չի գիտակցում այն ակտիվ դերը, որ խաղում է հենց ինքը իր արգելակումների մեջ: Այս գործընթացը ըստ երևույթին ընթանում է անգիտակցականում և ենթակա չէ կամքի ազդեցությանը: Փաստորեն, այցելուները հակված են իրենց տեսնելու գոհի դերում: Նրանք չեն պատկերացնում, որ այդ իրենք են ակտիվորեն տուրք տալիս արգելակող մտքերի ներհոսին:

Եթե ԱՄՑ-ի անմիջական պատճառը յուրահատուկ է և ներառում է սեռական ցանկության անգիտակից ճնշումը արգելակող մտքերի կիրառմամբ, ապա խորքային պատճառները, որոնք գործի են դնում այս յուրահատուկ հոգեբանական մեխանիզմը, հեռավոր անցյալում տեղ գտած կոնֆլիկտներն են սեռական կյանքի շուրջ:

Կան խորքային մակարդակով գործող բազմաթիվ պատճառներ, որոնք սեռական կյանքը դարձնում են վտանգավոր կամ անցանկալի: Հավանաբար չկա որևէ սպեցիֆիկ բովանդակությամբ չգիտակցված կոնֆլիկտ, երևակայություն կամ զարգացման խանգարում, որ սեռական ցանկության անմիջական արգելակման պատճառի հիմքում լինի: Սեռական ցանկության արգելակմանը կարող են նպաստել ներանձնային և միջանձնային հոգեբանական բազմաթիվ գործոններ:

Նշված բազում գործոնները, որ ընկած են ցանկության խանգարման պատճառաձևության հիմքում, առաջացնում են վախի կամ տագնապի զգացողություն, որի դեմ էլ ուղղված է հոգեբանական պաշտպանական արգելակումը: Ըստ ուժգնության և խորության աստիճանի տարբերում են`

### **1. Տազնապի մեղմ աղբյուրներ**

Ինչպես արդեն նշվել է՝ ԱՍՑ-ի հետ կապված տազնապի աղբյուրները ավելի ուժգին կամ խորքային բնույթ են կրում: Սակայն, լինում են դեպքեր, երբ ցանկության արգելակումը հետևանք է ավելի մեղմ և հաճախ հեշտությամբ գիտակցվող տազնապի: Դրանցից են՝

- ա) կատարման տազնապը (performance anxiety),
- բ) հաճույքի անլիարժեքության կանխատեսումը
- գ) սեռական կյանքի և հաճույքի նկատմամբ թույլ արտահայտված մնացորդային մեղքի առկայությունը:

Փոխանակ տազնապահարույց անհաջողությանը ընդառաջ գնալու, անձը անգիտակցաբար «ընտրում է» ընդհանրապես ոչինչ չզգալու տարբերակը: Կրկնվող տհաճ, չբավարարող սեռական փորձառությունը, հատկապես երբ զուգընկերը հաճույք է ստանում, կարող է միառժամանակ հետո հանգեցնել ցանկության կորստի: Այդպիսի իրավիճակ ստեղծվում է հատկապես կանանց մոտ, երբ սիրախաղը հապճեպ է, զուգընկերը ուշադիր չէ իր պահանջների նկատմամբ կամ չափից ավելի ուղղորդված է դեպի կնոջ հեշտանքը: Այսպիսի դեպքերում կինը նախատեսում է հուսախաբություն և չի տեսնում իրավիճակից դուրս գալու որևէ ելք: Հաճախ նա ստեղծված իրավիճակի պատճառները վերագրում է իրեն և չի փնտրում այդ վիճակը հաղթահարելու ուղիներ: Անգիտակցաբար նա գերադասում է «հրաժարվել» ցանկություն զգալուց, քան թե նորից հիասթափվել: Սրան հասնելու համար, յուրաքանչյուր անգամ, երբ սեռական մեթոդների փորձ է արվում, նա հիշողության մեջ թարմացնում է արգելակող հուշեր և մտքեր:

Այս խմբի մեկ այլ պատճառ, որ կարող է ԱՍՑ առաջացնել, զուգընկերոջ սևեռումն է սեռականության դրսևորումներին. այս դեպքում զուգընկերոջ ճնշող վարքը առաջացնում է այնպիսի արգելակող զգացողություններ, որ ցանկությունը անհետանում է: Այս խմբից են նաև թեթև մեղքի զգացումը, մանկության տարիներից մնացած հակասեքսուալ դիրքորոշումների մնացուկները և զգուշավորությունները, որոնց հիմքում ընկած են մշակութային արմատներ: Երբ սեքսի ժամանակ այս հիշողությունները արթնանում են, ցանկությունը անմիջապես կարող է ճնշվել:

### **2. Միջին ուժգնության տազնապի աղբյուրներ՝ չգիտակցված վախ հաջողության կամ ինտիմության նկատմամբ**

ԱՍՑ-ին առավել բնորոշ են խորը և բարդ հոգեբանական խնդիրները: Տպավորիչ է այն հաճախականությունը, որով հաջողության կամ հաճույքի նկատմամբ չգիտակցված վախը պատճառ է հանդիսանում ցանկության խանգարման: Հատկապես այն խճճված դեպքերում, երբ թվում է, թե զուգընկերը գրեթե կատարյալ է և իրենց գերազանց փոխհարաբերությունները սեռական ներդաշնակության կայացման հուսալի գրավական են, ռոմանտիկ հաջողության չգիտակցված վախը սեռական «անջատման» պատճառ է հանդիսանում: Սեռական հաճույքը զուգընկերոջ հետ, որին նա բարձր է գնահատում և սիրում ամենայն անկեղծությամբ, «չափից դուրս շատ է» իր համար: Դա հոգեբանորեն «ապահով» չէ, և այդ պատճառով նա «չի ուզում» սեռական ցանկություն զգալ և արգելակող մտքերով ճնշում է իր սեռական ցանկությունը:

Ինտիմության նկատմամբ վախը նույնպես կարող է ԱՍՑ առաջացնել: Երբեմն թվում է, թե մեր հասարակությունում մարդիկ ավելի շատ վախենում են ինտիմությունից, քան սեքսից: Ինտիմության ֆոբիայով անձինք վախենում են ոչ թե էրոտիկ հաճույքից, այլ խորը և ինտիմ կապվածությունից: Նրանք կարող են լավ սեքս ունենալ իրենց փոխհարաբերությունների սկզբում, նախքան ինտիմության հասնելը, բայց կորցնում են սեռական ցանկությունը, երբ կապվածությունը զուգընկերոջ հետ հասնում է որոշակի խորության:

### **3. Ուժգին տազնապի աղբյուրներ**

Ցավոք սրտի, սեռական ցանկության արգելակման չգիտակցված արմատները հաճախ գտնվում են խորը և բարդ ներհոգեկան կոնֆլիկտների և միջանձնային փոխհարաբերությունների հիմքում: Կան տարբեր հիպոթեզներ, որոնք փորձում են բացատրել այս խնդիրը: Հոգեվերլուծական տեսությունը պնդում է, որ սեռական կյանքը էդիպյան բարդությով անձի հոգեկանում ակտիվացնում է ամորձատման բարդությոը և դրանով է պայմանավորված՝ այս անձանց ցածր սեռական ցանկությունը: Այս անձինք հակված են ծնողական արտացոլումներ առաջացնելու, որը ճնշում է նրանց սեքսուալությունը: Ամուսինը դառնում է «հայրիկը», որի հետ սեքսը արգելված է: Կինը դառնում է «մայրիկը», ով օրենքով պատկանում է հայրիկին: ԱՍՑ-ն այս դեպքերում պաշտպանություն է ինցեստից:

Կլինիկական դիտարկումները ցույց են տալիս, որ այս դեպքերում որոշ այցելուների սեռական ցանկությունը ճնշվում է, որովհետև նրանք «են ուզում» սեռական ցանկություն ունենալ «անապահով» պայմաններում, քանի որ դա հղի է երևակայական մրցակիցների կողմից վնաս կրելու վտանգով:

Նարցիսիզմով տառապող այցելուների հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ երբ խանգարված է նրանց վաղ հուզական զարգացումը, հասուն տարիքում խանգարվում է սիրահարվելու և սիրո պահպանման ունակությունը: Հայտնի է, որ դեռևս էդիպյան բարդությից առաջ երեխան ծնողների հետ փոխհարաբերությունների ընթացքում ձևավորում է «հոգեկան ներառումներ»: Ներառումն այնպիսի պաշտպանություն է, երբ անձը ենթագիտակցորեն յուրացնում է ուրիշի հատկությունները, գաղափարներն ու զգացմունքները: Երեխայի հասունացմանը զուգընթաց «հոգեկան ներառումները» ներգրավվում են նրա հոգեկանի կառուցվածքում: Ցանկության խանգարումները հետևանք են համապատասխան «հոգեկան ներառումների» ներգրավման խանգարման:

*Չայրույթը կամ բարկությունը* նույնպես սեռական ցանկության խանգարման լայնորեն տարածված պատճառներից է: Չայրույթը այն վերջնական միջոցն է, որով բազում խորքային պատճառներ գտնում են իրենց իրականացման ուղին և ճնշում սեռական ցանկությունը: Տազնապի նման զայրույթը ևս կարող է տատանվել՝ ըստ խորության և ուժգնության: Եվ այսպես, դատարկ վիճաբանությունը կամ սովորական ջղաքրգությունը, որոնք կարող են «անջատել» սեռական զգացմունքները, « ընդամենը սառցալեռան գագաթն են»:

Իշխանության համար գույզի մեջ մղվող պայքարը կամ «պայմանագրային հիասթափությունները» կարող են համարվել զայրույթի առաջացման միջին ուժգնության պատճառներ և արգելակել սեռական զգացմունքները:

Չայրույթի ամենալուրջ ակունքները ընկած են ինֆանտիլ արտացոլանքների մեջ: Տղամարդը բարկանում է, որովհետև իր կին-մայրը լավ չի «կերակրում» իրեն, ավելին՝ առավել հոգատար է ուրիշների՝ եղբոր կամ հոր նկատմամբ, քան՝ իր: Կինը գայրանում է, որովհետև ամուսին-հայրը անտեսում է իր կարծիքը գործնական որոշումներում, չափազանց խիստ ու թելադրող է կամ սպառնում է իրեն լքելով:

Այսպիսով, անկախ զայրույթի աղբյուրից՝ անհնար է սեռական ցանկություն զգալ «թշնամու» նկատմամբ: Չայրույթը և սերը ներհակ զգացմունքներ են: Եթե սիրում ես մեկին՝ զայրույթը վայրկենապես անհետանում է, վիրավորանքը հեշտորեն ներվում և մոռացվում է, ջերմ հարաբերությունների վերսկսման և մտերմության հաստատման պատրաստակամություն է հայտնվում: Ընդհակառակը, երբ զայրացած ես ինչ-որ մեկի վրա և ուզում ես վնասել նրան, անհնարին է սեռական ցանկություն ունենալ նրա նկատմամբ: Հոգեկան անջրպետ է առաջանում զույգի միջև, գործի են դրվում անցյալի վատ հիշողությունները: Չուզենքները, որոնք գտնվում են իշխանության համար պայքարի մեջ՝ հրաժարվում են ինտիմ հարաբերություններից, չեն ուզում կիսել հաճույքը: Կասկածամիտ զուգընկերը չի ուզում իրեն խոցելի դարձնել, քանի որ սեռական անկաշկանդությունը, որը տանում է դիմադրության թուլացման և հաճույքի ուժեղացման, ծնում է խոցելիության խորը զգացում: Ավելի ապահով է արգելափակել սեռական ցանկությունը:

### **ՑԱՆԿՈՒԹՅԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐԻ ԲՈՒԺՈՒՄԸ**

Բուժման խնդիրներն են ձևափոխել այցելուի հակվածությունը ճնշելու իր էրոտիկ գրգիռները և թույլատրելու այս զգացմունքներին երևան գալու բնականորեն, առանց ջանքերի, ինչպիսին է առողջ, կոնֆլիկտից զերծ անձանց մոտ: Այցելուն պետք է սովորի չպայքարել գրգռվելու և ցանկանալու իր բնական պահանջի դեմ:

Այս խնդիրները լուծելու համար կիրառվում է փորձարարական հանձնարարությունների և հոգեթերապևտիկ սեանսների համալիր: Փսիխոսեքսուալ թերապիան զուգակցվում է վարքային թերապիայի հետ՝ դրան ցույց տրվող դիմադրության փսիխոթերապևտիկ բացատրությամբ:

ԱՍՑ-ով այցելուները դժվար թե բուժվեն, եթե չլուծվի դրա հիմքում ընկած կոնֆլիկտը, միջև անձը չգիտակցի, թե ինչու ինքը սեռական կյանք ունենալ չի ուզում: Այսպիսով, հուզական կոնֆլիկտների ուսումնասիրությունը, որ նպատակ ունի հոգեկանի ներքին կառուցվածքը հասկանալու, բուժման հիմնական մոտեցումն է:

### ***Սեքսուալ ավերսիա***

Սեքսուալ ավերսիան կամ սեռական զգվանքը հիմնականում կանանց մոտ հանդիպող վիճակ է: Դա կնոջ ծայրաստիճան բացասական վերաբերմունքն է սեռական հարաբերությանը կամ սեռական կյանքին ընդհանրապես:

Այն կարող է պայմանավորված լինել զուգընկերոջ մոտ այս կամ այն սեռական խանգարման հետևանքով տևական սեռական անբավարարվածությամբ, զուգընկերների սեռադերային դիրքորոշումների

անհամապատասխանությամբ, սիրո բացակայությամբ, սեռական հարաբերության մոտիվացիաների տարանջատմամբ:

Տարբերում են սեռական ավերսիայի զարգացման 3 փուլ.

**Առաջին փուլում** գուգրնկերների միջև սեռական հարաբերությունները կրում են ձևական բնույթ, այսինքն կինը հարաբերություն է ունենում ամուսնական պարտքից դրդված: Այս դեպքում դիտվում է սեռական ակտիվության իջեցում, սեռական հարաբերության ժամանակ կնոջ խիստ պասիվ վարք, ի վերջո՝ փսիխոսեքսուալ անբավարարվածություն:

**Երկրորդ փուլում** սեռական հարաբերությունները արդեն կրում են բացասական իմաստ: Կինը օգտագործում է ցանկացած առիթ սեռական հարաբերությունից խույս տալու համար և նույնիսկ կարող է ընդհանրապես հրաժարվել կենակցումից: Նրա մոտ զարգանում է սեռական ցանկության նվազում, սեռական անզգայություն և հեշտանքի խանգարում, երբեմն կարող է ձևավորվել կոնտրֆոբիա:

Սեռական ավերսիան իր զարգացման առաջին և երկրորդ փուլերում ունի հարաբերական բնույթ, այսինքն դրսևորվում է միայն տվյալ գուգրնկերոջ հանդեպ:

**Երրորդ փուլում** կանանց մոտ ի հայտ է գալիս զգվանք հակառակ սեռի և ընդհանրապես սեռական կյանքի նկատմամբ: Այս փուլում, ի տարբերություն նախորդ փուլերի, սեռական ավերսիան կրում է բացարձակ բնույթ:

Սեռական ավերսիան կարող է պայմանավորված լինել ինչպես գիտակցված, այնպես էլ չգիտակցված մեխանիզմներով: Սեռական ավերսիայի դրսևորման աստիճանը կախված է մի կողմից զարգացման փուլից, մյուս կողմից՝ փսիխոգեն գործոնների ներգրավվածության աստիճանից: Զուգրնկերների ցածր սեռական կուլտուրան, ինչպես նաև պլատոնական և էրոտիկ լիբիդոյի ցածր մակարդակը կամ ընդհանրապես բացակայությունը նպաստում է սեռական ավերսիայի զարգացմանը:

Տվյալ սեռական խանգարմամբ կանանց բնորոշ է վաղաժամ կամ ուշացած սոմատոսեքսուալ զարգացումը, բայց առավել հաճախ հանդիպում են հոգեսեռական զարգացման խանգարումներ, հատկապես՝ դրանց ուշացած կամ համակցված ձևերը: Կանանց շուրջ 1/3-ի մոտ նկատվում է նաև սեռադերային վարքի խանգարում՝ տրանսֆորմացիայի ձևով: Նրանց սեռական կոնստիտուցիան հիմնականում թույլ է, սակայն հնարավոր է նաև միջին կամ ուժեղ լինել:

Ինչպես արդեն նշվեց, սեռական ավերսիան զարգանում է աստիճանաբար և դրսևորվում է սեռական ցանկության իջեցմամբ և հեշտանքի բացակայությամբ, սակայն ուժեղ սեռական կոնստիտուցիայով կանանց մոտ երբեմն հոգեբանական ավերսիան չի ուղեկցվում սեռական ավերսիայով:

### ***Գերակտիվ սեռական ցանկություն***

Սեռական ցանկության ավելցուկը, իբրև ինքնուրույն հանդիպող ախտանիշ, հազվադեպ և կլինիկական հետաքրքրություն հարուցող է: Կանանց սեռական ցանկության գերակտիվությունը անվանում են «Նիմֆոմանիա», տղամարդկանց համապատասխան վիճակը՝ «Դ-ոնոմանիզմ»:

Սեռական ցանկության գերակտիվությունը պետք է տարբերակել բարձր սեռական ակտիվությունից, որը հանդիպում է մանիակալ և հիպոմանիակալ վիճակներում:

Կոմպուլսիվ և օբսեսիվ սեռական վիճակները նույնպես պետք է տարբերակվեն գերակտիվ սեռական ցանկությունից: Սեռական օբսեսիաները լայնորեն տարածված են: Կան շատ այցելուներ, որոնք գերմտահոգված են իրենց սեռականությամբ և օրվա մեջ մի քանի անգամ զբաղվում են ձեռնաշարժությամբ: Սակայն մանրակրկիտ ուսումնասիրությունը ցույց է տալիս, որ նմանատիպ այցելուները չեն զգում մշտական կամ կայուն սեռական ցանկություն: Ընդհակառակը, նրանք մեծ տագնապ են ապրում և փնտրում են սեռական ակտիվության պատճառած անհարմարավետությունից ձերբազատվելու ուղիներ: Բոլոր կոմպուլսիվ վիճակներում տագնապի զգացումը ուժգնանում է, երբ փորձ է ձեռնարկվում կանխելու կոմպուլսիվ վարքը: Իսկապես, այս այցելուները տագնապի զգացում են ապրում, երբ ներգրավված չեն ֆիզիկական խթանման կամ սիրախաղի մեջ: Սեռական ակտիվությունը, որ ծառայում է նրանց լարվածությունը թուլացնող միջոց, կոմպուլսիվ վարք է և ոչ թե գերբարձր սեռական ցանկություն:

### ***Սեռական գրգռման խանգարումներ***

#### ***Կանանց սեռական գրգռման խանգարում***

Մինչև վերջին ժամանակները, կանանց սեռական գրգռման խանգարումները՝ իբրև ինքնուրույն խնդիր, բժիշկների և հետազոտողների կողմից մատնված էին լրիվ կամ մասնակի անուշադրության: Մինչդեռ համանման խնդիրը տղամարդկանց մոտ՝ էրեկտիլ դիսֆունկցիան, տասնամյակներ շարունակ եղել է հետազոտության և միջամտության առաջնային առարկա, և մինչ օրս էլ շարունակում է մնալ հետազոտողների ուշադրության կենտրոնում: Սիդնեյաֆիլի կիրառման համատարած հաջողությունը մեծացրեց կանանց սեռական գրգռման նկատմամբ մասնագիտական հետաքրքրությունը՝ այն հույսով, որ սեռական գրգռման վրա բարերար ազդեցություն թողնող նմանատիպ մի դեղամիջոց էլ կանանց համար կգտնվի:

Թեև կանանց սեռական գրգռման խանգարման իրական տարածվածությունը հայտնի չէ, ընդունված է համարել, որ բոլոր տարիքային խմբերում զգալի թվով կանայք ունեն այս խնդիրը: 1994-ին ԱՄՆ-ում կատարված վիճակագրական հետազոտությունների համաձայն, 18-59 տարեկան կանանց 19%-ը ունի լյուբրիկացիայի խանգարում: Ինչպես նշված է New England Journal of Medicine-ում, 1978-ին մասնագետների կողմից հետազոտված 100 «նորմալ» գույզի 48%-ը զանգատվել է գրգռման բացակայությունից, 33%-ը՝ գրգռումը պահելու դժվարությունից ու, չնայած դրան, նրանց 86%-ը գոհ են եղել իրենց սեռական կյանքից: Թվերի այս անհամապատասխանությունը խոսում է այն մասին, որ սեռական հարաբերության մեջ ընդգրկվելու համար կնոջը բավական է թեթևակի գրգռվել, ի տարբերություն տղամարդկանց, որոնց մոտ էրեկցիայի լիարժեքությունը

պարտադիր պահանջ է: Այդ պատճառով այս հետազոտության ընթացքում ուսումնասիրված տղամարդկանց միայն 15%-ն են գտել, որ իրենց կանայք ունեն գրգռման խանգարում:

Հետդաշտանադադարային շրջանում հեշտոցի խոնավացման խանգարումները ավելի բարձր են. մի հետազոտության մեջ այդ ցուցանիշը հասնում էր 44%-ի:

### **ԲՆՈՐՈՇՈՒՄԸ ԵՎ ՆԿԱՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ**

*Կանանց սեռական գրգռման խանգարումը* վերաբերում է սեռական պատասխանի գրգռման փուլին: DSM-IV-ում սեռական գրգռման խանգարման ցուցանիշներն են՝

- Ա) Ի պատասխան գրգռման՝ հեշտոցի խոնավացման անբավարար մակարդակ կամ մինչև սեռական ակտի ավարտը գրգռանքը պահելու մշտական կամ պարբերաբար կրկնվող անկարողություն:
- Բ) Խանգարումը առաջ է բերում նշանակալի անհանգստություն կամ միջանձնային դժվարություններ:
- Գ) Սեռական խանգարումը հետևանք չէ այլ հիմնական հիվանդության կամ որևէ նյութի անմիջական ֆիզիոլոգիական ազդեցության:

Այս ցուցանիշները ըստ էության համապատասխանում են Հիվանդությունների միջազգային դասակարգման 10-րդ վերանայման բնորոշմանը, ըստ որի այս նոզոլոգիական միավորը կոչվում է կանանց *գեմիտալ ռեակցիայի բացակայություն* և բնութագրվում է իբրև հեշտոցի չորություն կամ խոնավացման բացակայություն:

Ախտորոշիչ այս ցուցանիշներին համապատասխանող կանայք ունեն սեռական ցանկություն և հաճույք են ստանում սիրախաղից: Հաճախ նույնիսկ նրանք ի վիճակի են հեշտանք վերապրել, հատկապես եթե ուժգնորեն գրգռվեն վիբրատորի օգնությամբ: Այնուհանդերձ, նրանց հեշտոցը չոր է մնում գրգռման այնպիսի պայմաններում, որոնք բազմաթիվ այլ կանանց մոտ սովորաբար առաջացնում են հեշտոցի խոնավացում: Առնանդամի ներհրումը չոր և լարված հեշտոց ցավոտ է և տհաճ զգացողությունների տեղիք է տալիս: Սա կարող է այնպիսի երկրորդային սեռական խանգարումներ առաջացնել, ինչպիսիք են դիսպարեունիան և վագինիզմը, սեռական ցանկության կորուստը: Այս խանգարումով կանանց զուգընկերները հաճախ իրենց մերժված են զգում և ընկճվում՝ համարելով իրենց վատ սիրեկաններ:

### **ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄԸ**

Կանանց սեռական գրգռման խանգարումը ախտորոշելու համար պետք է իմանալ՝ ինչպիսի մեխանիզմներ են ընկած այս խանգարման հիմքում և ինչպես բացահայտել դրանք:

Ինչպես և տղամարդկանց մոտ, կանանց գրգռման փուլը՝ հեշտոցի խոնավացումը անմիջականորեն պայմանավորված է վեգետատիվ նյարդային համակարգով և հատկապես նրա պարասիմպաթիկ մասով: Վերջին հաշվով, այս մեխանիզմը գտնվում է գլխուղեղի կեղևի հսկողության տակ, և տեսականորեն ճիշտ է ենթադրել, որ կնոջ գրգռումը, ինչպես տղամարդկանց մոտ, պետք է ենթարկվի հուզական ազդակներին: Սակայն իրականում պարզվում է, որ կանանց սեռական գրգռման խանգարման հոգեբանական ձևը տարածված չէ: Հայտնի փաստ է, որ սեռական կոնֆլիկտ ունեցող կինը ավելի շուտ կորցնում է

իր սեռական ցանկությունը կամ ունենում հեշտանքի խանգարումներ, քան թե արգելակվում է նրա սեռական գրգռման ընթացքը: Այն կանայք, որոնք ունեն նորմալ սեռական ցանկություն և կարող են հեշտությամբ հասնել հեշտանքի, բայց ի վիճակի չեն սեռական գրգռման՝ հիմնականում դաշտանադադարով կանայք են:

Կանանց սեքսուալ ցիկլի արյունացման փուլը շատ ավելի պաշտպանված է զանազան հիվանդություններից և դեղորայքի ազդեցությունից, քան տղամարդկանց էրեկցիան, քանի որ այն ներառում է համեմատաբար պարզ անատոմիական կառույցներ և չի պահանջում հենոդինամիկ բարձր ճնշման ապահովում սեռական օրգաններում: Կոնքի արյունամատակարարման ավելացումը, որը գրգռման փուլի մեխանիզմն է երկու սեռերի մոտ, կանանց հեշտոցում պարզապես առաջացնում է հեղուկի տրանսուդացիա լորձաթաղանթի անոթներից:

Միակ գործոնը, որ կարող է խոցելի դարձնել կանանց գրգռումը ֆիզիկական ազդակներից, հեշտոցի էստրոգենային բավարար հազեցվածությունն է, որն անհրաժեշտ պայման է հեշտոցի արյունացման ակտիվացման և խոնավացման: Էստրոգենային անբավարարության ժամանակ հեշտոցի լորձաթաղանթը և նրա ներքո տեղակայված անոթային ցանցը ենթարկվում են ատրոֆիայի: Էստրոգենային անբավարարության հիմնական պատճառը դաշտանադադարն է՝ տարիքային բնականոն ընթացքով կամ ձվարանների վիրահատական հեռացման պատճառով: Թեև «ծերացած» ձվարանը և մակերիկամները դաշտանադադարից հետո շարունակում են արտադրել փոքր քանակությամբ էստրոգեններ, սակայն սովորաբար դա ի վիճակի չէ ապահովելու հեշտոցի բավարար խոնավացում: Այդ պատճառով, կլիմակտերիկ կանայք, հատկապես եթե նրանք չեն ապրում կանոնավոր սեռական կյանքով, հակված են հեշտոցի չորության:

Էստրոգենային անբավարարությունը հեշտ է ախտորոշելը: Էստրոգենների բավարար մակարդակի խստուն վկան է նորմալ դաշտանը: Բոլոր այցելուներին, որոնք ներկայացնում են հեշտոցի չորության զանգատներ, պետք է հարցնել դաշտանի կանոնավորության և բնույթի մասին: Այդ այցելուների հեշտոցային քննությունը պարզում է, որ որպես կանոն, նրանց հեշտոցի լորձաթաղանթը չոր և գունատ է լինում: Էստրոգենների ազդեցությունը վազինալ բջիջների վրա խիստ ցայտուն է, և հատուկ եղանակով ներկված հեշտոցային քերուկի մանրադիտակային քննությունը հիմնականում արագ կերպով հաստատում է էստրոգենային անբավարարության փաստը: Ավելի հավաստի է ժամանակակից լաբորատոր պայմաններում էստրադիոլի մակարդակի որոշումը արյան պլազմայում:

#### **ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄԸ**

Հետազոտության ընթացքում պետք է ուշադիր լինել՝ բոլոր այն հիվանդությունները բաց չթողնելու համար, որոնք կարող են նպաստել սեռական գրգռման խանգարմանը: Ստորև կքննարկվեն այն վիճակները, որոնք կարող են ձգձգել գրգռման առաջացումը կամ ընդհանրապես կասեցնել այն: Պետք է սակայն նշել, որ այդ վիճակները ինքնին լուրջ խնդիր են այցելուի համար, և սեռական գրգռման խանգարումը այս դեպքերում առաջնային չէ:

*Նյարդային համակարգի օրգանական խանգարումներ*



Այն խանգարումներն են, որոնց ժամանակ վնասվում են ուղեղային սեռական կենտրոնները: Դրանք են գլխուղեղի վնասվածքը և ցերեբրովասկուլյար խանգարումները: Այս դեպքերում գրգռման դժվարացումը հետևանք է սեռական կենտրոնների, լիմբիկ համակարգի և ճակատային բլթի վնասման: Հիպոթալամուսի վնասումները և chranio-pharingoma-ն նույնպես բերում են սեռական գրգռման խանգարման՝ ճնշելով համապատասխան ուղեղային հատվածները: Հիպոֆիզի քրոմոֆոբ ադենոման գործում է ոչ միայն վերոնշյալ մեխանիկական մեխանիզմով, այլ նաև պրոլակտինի բարձր քանակության միջոցով: Փսիխոմոտոր էպիլեպսիան խոչընդոտում է գրգռումը՝ խախտելով լիմբիկ համակարգի գործունեությունը:

Խանգարումներից ամենահաճախ հանդիպողը, որը վնասում է սեռական նյարդային կենտրոնները, բազմակի սկլերոզն է (*multiple sclerosis*): Սրա ժամանակ հատվածաբար վնասվում է ողնուղեղը և դրա հետ միասին՝ ողնուղեղում գտնվող, սեռական ռեֆլեքսների համար պատասխանատու կենտրոնները: Փաստորեն, սեռական դժվարությունները երբեմն բազմակի սկլերոզի առաջին դրսևորումներից են՝ այնպիսի գանգատների տեսքով, ինչպիսիք են հեշտոցի խոնավացման անկարողությունը, ծիկի զգայունության իջեցումը կամ բացակայությունը, դիսպարեունիան, որոնք բոլորն էլ բերում են գրգռման նվազման: Այս ամենի հիմքում ընկած է ողնուղեղի հատվածների դեմիելինիզացիան:

Կան այլ հիվանդություններ ևս, որոնք ախտահարում են ողնուղեղը և կարող են առաջացնել գրգռման խանգարում: Դրանք են *Tabes dorsalis*, *Amyotrophic lateral sclerosis*, *Syringomyelia*, *myelitis*, *ծայրահեղ թերսնուցումը* և *վիտամինային անբավարարությունը*:

*Ալկոհոլային նեյրոպաթիան* և *գոտկային դիսկի ճողվածքը* բերում են գրգռման խանգարման՝ վնասելով ողնուղեղի սեռական կենտրոնները փոխկապակցող սոմատիկ և վեգետատիվ նյարդաթելերը, այնպես, ինչպես պատահում է *Shay-Drager syndrome-ի* (*առաջնային վեգետատիվ դեգեներացիա*) ժամանակ:

*Պարասյլեգիան*, որ հետևանք է ողնուղեղի տրավմատիկ վնասվածքների, կանխում է սեռական գրգռման առաջացումը, որովհետև արգելակված են նյարդային գրգիռների փոխանցման գործընթացները:

*Անոթային խնդիրները* բերում են գրգռման խափանման՝ կոնքի անոթային ցանցի թրոմբոտիկ վնասման և խցանումների հետևանքով: Կորոնար հիվանդության և արտահայտված հիպերտենզիայի դեպքում սեռական ցիկլի գրգռման փուլի խանգարման առաջնային պատճառը հոգեբանական է՝ պայմանավորված դեպրեսիայով կամ հանկարծամահության տագնապով: Հակահիպերտենզիկ դեղամիջոցները և հատկապես ալֆա-ադրենոբլոկատորները նույնպես կարող են նպաստել գրգռման արգելակումների:

*Էնդոկրին և մետաբոլիկ խանգարումները* ավելի շուտ ազդում են սեռական ցանկության և հեշտանքի փուլերի վրա. գրգռման խանգարումը երկրորդական է: *Շաքարային դիաբետը* կարող է առաջացնել գրգռման խանգարում ծիկի զգայական նյարդերի նեյրոպաթիայի հետևանքով: *Տեստոստերոնային անբավարարությունը* բերում է լյուբրիկացիայի խանգարման և խափանում

ուղեղային կենտրոնների գործունեությունը, քանի որ վերջիններիս բնականոն գործունեությունը պահանջում է բավարար տեսաուտերոնային հազեցվածություն: *Վահանագեղձի հորմոնների անբավարարությունը* նույնպես առաջացնում է գրգռման խանգարում՝ դեռևս չբացահայտված մեխանիզմներով: Այլ էնդոկրին հիվանդություններ, ինչպիսիք են *Ադիսոնյան հիվանդությունը, Կուշինգի համախտանիշը, ակրոմեգալիան* և *հիպոպիտուիտարիզմը*, ևս կարող են հանգեցնել գրգռման խանգարումների, քանի որ առաջացնում են հորմոնալ դիսբալանս, որն ազդում է ուղեղի սեռական նյարդահոսքերի նորմալ ընթացքի և սեռական օրգանների գործունեության վրա:

Հիվանդությունների շարքում, որոնք բերում են գրգռման խանգարումների, տեղ ունեն նաև լյարդի հիվանդությունները, քանի որ խանգարվում է էստրոգենային փոխանակությունը, և երիկամի հիվանդությունները:

Փոքր թվով կանանց մոտ, որոնք ունեն նորմալ դաշտանային ֆունկցիա, հեշտոցային չորությունը պայմանավորված է հոգեբանական արգելակումով: Որոշ դեպքերում պատճառը վախն է սեռական հարաբերությունից կամ անբավարար սիրախաղը: Սակայն կլինիկական փորձը ցույց է տալիս, որ այս գործոնների դերը գրգռման խանգարումներում նշանակալից չէ, և սրանց անմիջական հոգեբանական նախատրամադրող պատճառները դեռևս լրիվ ուսումնասիրված չեն:

Անհրաժեշտ է նմանապես պարզել՝ արդյոք սեռական ախտանշանները առաջնային են, թե հետևանք են որևէ հոգեբուժական հիվանդության, ինչպիսին են տրամադրության (աֆեկտիվ) և տագնապային խանգարումները: Որոշակի հարցերի օգնությամբ կարելի է պարզել հոգեբուժական խնդրի առկա լինելու փաստը. այցելուն տառապե՞լ է հոգեկան հիվանդությամբ կամ ստացե՞լ է հոգեմետ դեղորայք, ենթարկվե՞լ հոգեբուժական հոսպիտալացման, ունեցե՞լ է դեպրեսիա, ֆոբիաներ, խուճապի գրոհներ կամ չի՞ չարաշահել այս կամ այն նյութը:

Եթե հոգեբուժական ծանրաբեռնվածությունը առկա է, պետք է պարզել՝ ո՞րն է առաջնային՝ սեռական ախտանի՞շը, թե՞ հոգեկան հիվանդությունը: Հարկավոր է ճշտել՝ արդյոք որևէ դեղամիջոցի կողմնակի ազդեցության հետևանք չէ՞ սեռական ախտանիշը: Կարևոր է հարցնել սուիցիդալ փորձերի մասին: Արտահայտված հոգեկան հիվանդությամբ այցելուն կարող է շատ խոցելի գտնվել և պատրաստ չլինել հոգեսեռական բուժմանը կամ պարզապես օգուտ չստանալ դրանից:

#### **ՊԱՏՃԱՌԱԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆԸ**

Կանանց սեռական ցիկլի գրգռման փուլը ընթանում է սեռական օրգանների անոթալայնացման ռեֆլեքսի ուղեկցությամբ: Վերջինս բերում է հեշտոցամուտքի հյուսվածքների փքման և փխրունացման, որն արտահայտվում է հեշտոցի լորձաթաղանթի կարմիր երանգով և անոթներից արյան պլազմայի արտահոսքով պայմանավորված խոնավությամբ: Ջարկերակների լայնացումը պայմանավորված է ողնուղեղի երկու կենտրոնների ակտիվացմամբ՝ S2, S3, S4-ում, և մյուսը՝ T11, L1, L2-ում: Տղամարդկանց նման, կանանց սեռական գրգռումը ևս կարող է ուժեղանալ կամ թուլանալ գլխուղեղից եկող նյարդային գրգիռների ազդեցության տակ, որոնք իրենց հերթին ենթակա են անցյալի վերապրումներին և փորձառությանը:

Ինչպես վերևում նշվեց՝ հեշտոցի խոնավացման գործում հիմնական դերը պատկանում է էստրոգենին: Անվիճելի է վերջինիս ֆիզիոլոգիական ցիկլիկ ազդեցությունը արգանդի վզիկի գեղձերի գործունեության վրա: Ինչպես հայտնի է, ձվագատման շրջանում՝ դաշտանային ցիկլի միջնամասում, այդ գեղձերի ակտիվությունը բարձրանում է և բերում վզիկի լորձային խցանի ջրիկացմանը, իսկ հետձվագատման շրջանում գեղձերի իջնող ակտիվությունը, որը համընկնում է պրոգեստերոնի (հակաէստրոգեն) աճի և էստրոգենների նվազման հետ, ուղեկցվում է լորձային խցանի մածուցիկության բարձրացմամբ:

Էստրոգենները ունեն նաև ուղղակի ազդեցություն հեշտոցի խոնավացման վրա, քանի որ հարստացնում են ենթաէպիթելային անոթային հենքը, որը բարելավում է լյուբրիկացիան: Էստրոգենների այս ազդեցությունը հեշտոցի լորձաթաղանթի վրա շարունակական է այնքան ժամանակ, քանի դեռ ձվարանները արտադրում են բավարար քանակությամբ էստրոգեններ: Թեև այս հորմոնների արտադրությունը նվազում և ի վերջո լրիվ ընդհատվում է դաշտանադադարից հետո, այնուամենայնիվ էստրոգենային հագեցվածությունը կարող է էական լինել նաև այս ժամանակաշրջանում՝ շնորհիվ մակերիկամներում արտադրվող անդրոստենդիոնի փոխարկման՝ էստրոնի և ավելի պակաս նշանակալիությամբ՝ տեստոստերոնի փոխարկմամբ՝ էստրադիոլի: Այնուհանդերձ, տարիքի հետ մակերիկամների այս օժանդակ օգնությունը նույնպես դառնում է անբավարար՝ հեշտոցի լորձաթաղանթի և հարակից օրգանների հյուսվածքները ֆունկցիոնալ պատրաստականության վիճակում պահելու համար:

Այսպիսով, ըստ էության, սեռական ցիկլի գրգռման փուլի խանգարումները կանանց մոտ պայմանավորված են գլխավորապես անոթալայնացման խանգարումով՝ ի հետևանք էստրոգենների արտադրության իջեցման կամ արգելակման: Պետք է նշել, որ նախադաշտանադադարային կանանց մոտ նման խանգարումը հազվադեպ է հանդիպում:

Էստրոգենային անբավարարությունը բնորոշ է հետևյալ վիճակներին:

*Մտրոֆիկ վուլվովագինիտ*- Սա գրգռման խանգարում առաջացնող ամենահաճախ հանդիպող գինեկոլոգիական հիվանդությունն է, որ հանդիպում է կլիմակտերիկ շրջանում գտնվող կանանց մոտ: Գինեկոլոգիական քննությունը հայտնաբերում է, որ լորձաթաղանթը չոր է և հաճախ՝ կարմրած: Կարող է դիտվել մկանային լարվածության և էլաստիկության իջեցում: Հեշտոցի լորձաթաղանթը երբեմն այն աստիճանի է բարակած լինում, որ հպումից արյունահոսում է: Լաբորատոր հետազոտության ժամանակ հեշտոցի թաց քերուկում հայտնաբերվում են հիմնականում պարաբազալ բջիջներ: Արյան պլազմայում իջած է էստրոգենի մակարդակը, այն դեպքում, երբ ՖԽՀ-ի և ԼՀ-ի մակարդակները սովորաբար բարձր են:

Բացի էստրոգենային անբավարարության ֆիզիոլոգիական պատճառներից կան նաև այլ վիճակներ, որոնք բերում են ատրոֆիկ վուլվովագինիտի: Դրանք են՝

- Չվարանի հեռացումը (վիրահատական դաշտանադադար),
- Ռ-ադիկալ կոնքային վիրահատությունը (օրինակ՝ արգանդի վզիկի քաղցկեղի ժամանակ), քանի որ այս դեպքում նույնպես հեռացվում

են ձվարանները՝ էստրոգենների հիմնական աղբյուրը, և բացի այդ վնասվում են սիմպաթիկ և պարասիմպաթիկ նյարդային ուղիները:

Երբեմն հեշտոցային չորությունը հետևանք է պրոգեստերոնային նյութերի, օրինակ՝ մեդրոքսիպրոգեստերոնի ազդեցության, որն ազդում է և իբրև հակաէստրոգեն, և իբրև հակաանդրոգեն: Այս մեխանիզմով ազդում են որոշ հակաբեղմնավորիչներ, որոնք պարունակում են պրոգեստերոնի բարձր քանակներ: Այս դեպքերում գինեկոլոգիական հետազոտությունը հայտնաբերում է հեշտոցի նշանակալի չորություն, բայց ոչ լորձաթաղանթի բարակություն կամ պետեխիալ բծեր, ինչը բնորոշ է ատրոֆիկ վիճակներին: Հեշտոցային քերուկում միջանկյալ բջիջները անհամեմատ ավելին են լինում, քան cornified և պարաբազալ բջիջները:

#### **ԳՐԳՈՍԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐԻ ԲՈՒԺՈՒՄԸ**

Կանանց գրգռման խանգարումների բուժումը իրականացվում է այցելուի հետ առանձին կամ զուգընկերոջ հետ միասին, կամ երկու տարբերակով համատեղ: Կիրառվում է դեղորայքային բուժում և սեքս-թերապիա՝ զուգակցված կամ առանձին-առանձին: Դեղորայքային բուժումը հազվադեպ է ցուցված նախաղաշտանադադարային փուլում գտնվող կանանց համար: Այն որպես բուժման հիմնական մեթոդ կիրառվում է դաշտանադադարից հետո՝ սովորաբար առանց հոգեթերապիայի օժանդակության: Եթե նմանատիպ դեպքերում դեղորայքային բուժումը չի բավարարում, ապա նոր զուգակցվում է հոգեթերապիայի մեթոդներով՝ իբրև բուժման օժանդակ հավելում:

Գրգռման հոգեբանական խանգարման դեպքում կիրառվում է հոգեթերապիայի կոգնիտիվ-վարքային միջոցների համալիրը: Սրանք զուգակցվում են փսիխոդինամիկ ուղղվածությամբ փսիխոթերապիայի հետ, եթե բուժման ընթացքում հուզական խնդիրներ են ի հայտ գալիս:

Էլեկտրական կամ մարտկոցով աշխատող վիբրատորները շատ արդյունավետ են կանանց սեռական ցանկությունը, սեռական գրգռումը և հեշտանքը բարձրացնելու գործում: Արտահայտված գրգռումը, որն առաջանում է վիբրատորի օգնությամբ, նպաստում է հոգեբանական արգելակումների և բժշկական վիճակներով պայմանավորված գրգռման խանգարումների հաղթահարմանը: Վիբրատորի կիրառումը նախատեսվում է բուժական համալիրի կազմում և ինչպես անհատական, այնպես էլ զուգընկերոջ հետ միասին բուժման արդյունավետ եղանակներից է:

Եվ վերջապես, բուժական ազդեցություն ունի լյուբրիկանտների կիրառումը, որը արդյունավետ է ոչ միայն դաշտանադադարով, այլև էստրոգենների նորմալ մակարդակով կանանց համար: Նոր ջրային լյուբրիկանտները ավելի փափուկ են և երկարատև ազդող: Դրանք գերադասելի են յուղային լյուբրիկանտներից, քանի որ լատեքսե պահպանակները դրանցից գրեթե չեն վնասվում: Եթե սեռական հարաբերությունն ընթանում է ջրում կամ երբ այն խիստ բուռն ընթացք ունի, գերադասելի են սիլիկոնային լյուբրիկանտները, որոնք սակայն թանկ արժեն: Թեև լյուբրիկանտները ընդհանուր առմամբ անվնաս են, բայց նրանք պարունակում են հակավիրուսային սպերմիցիդ նոնօքսինոլ 9, որը կարող է գրգռել որոշ այցելուների: Ամեն դեպքում, ինչքան քիչ կիրառվեն լրացուցիչ հավելանյութեր, այնքան պակաս կլինի ալերգիկ ռեակցիայի հավանականությունը:

### ***Տղամարդու էրեկտիլ դիսֆունկցիա***

Էրեկցիայի հետ կապված դժվարությունները տղամարդկանց բոլոր տարիքային խմբերում հաճախ հանդիպող գանգատներից են: Սեռականության դրսևորման ոչ մի խանգարում տղամարդուն այնքան մեծ անհանգստություն և հուսահատություն չի պատճառում, որքան էրեկցիայի հետ կապված խնդիրները: Եթե տղամարդը չի կարողանում հասնել էրեկցիայի կամ պահպանել այն՝ նրան պաշարում են ամոթի և վախի զգացումները, և նա կարող է դադարել իրեն տղամարդ զգալուց: Տղամարդու թերարժեքության այդ զգացումի զարգացմանը մեծապես նպաստում է էրեկցիայի խանգարմանը ի սկզբանե տրված *խնայոտենցիա* ավանդական անվանումը, որ թարգմանաբար նշանակում է «ուժի, հզորության և կարողության կորուստ», քանի որ մեր հասարակության մեջ վերոնշյալ հատկանիշներին հաճախ տրվում է առնականությունը բնորոշող էական և պարտադիր բնութագրիչների դեր: Տղամարդու եսը վիրավորող «խնայոտենցիա» բառը նախընտրելի է փոխարինել *էրեկտիլ դիսֆունկցիա (ԷԴ)* անվանմամբ, ինչպես և այսօր կոչում են այս խանգարումը ամբողջ աշխարհում, թեև մինչ օրս «խնայոտենցիա»-ն մնում է շրջանառության մեջ:

#### **ԲՆՈՐՈՇՈՒՄԸ ԵՎ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՆԿԱՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ**

Ինչպես նշված է DSM-IV ում՝ «էրեկտիլ դիսֆունկցիան սեռական գրգռման պարբերաբար կրկնվող կամ մշտական արգելակումն է սեռական գործողության ընթացքում, որը դրսևորվում է էրեկցիայի առաջացման կամ միջև սեռական հարաբերության ավարտը պահպանման մասնակի կամ լրիվ անկարողությամբ»: Այս բնորոշումը ենթադրում է, որ սեռական ցանկությունը պահպանված է, և առկա են հաջող սեռական հարաբերություն ունենալու համար անհրաժեշտ բոլոր պայմանները: Այս սահմանումը ներառում է նաև ձեռնաշարժության ժամանակ հազվադեպ հանդիպող էրեկտիլ դժվարությունները:

Հիվանդությունների միջազգային դասակարգման 10-րդ տարբերակի մեջ էրեկտիլ դիսֆունկցիան նկարագրված է գենիտալ ռեակցիայի բացակայության խորագրի տակ՝ իբրև էրեկցիայի առաջացման և սեռական գործողության ընթացքում դրա բավարար պահպանման դժվարություն:

ԷԴ-ով շատ այցելուներ հաճույքաբեր են համարում համբուրվելը, շոշափումը և անգամ սեռական օրգաններին անմիջական հպումը, սակայն վերոնշյալ վարքային ակտիվությունները ոչ միշտ են ուղեկցվում գենիտալ ռեակցիայի առաջացմամբ: Եթե այս կարգի արգելակումները հաճախ են կրկնվում, կարող է ի հայտ գալ սեռական ցանկության երկրորդային խանգարում՝ իջեցման կամ լրիվ անհետացման տեսքով: Որոշ դեպքերում նույնիսկ կարող է զարգանալ սեռական խուսափման վարքագիծ, և տվյալ տղամարդը արտաքուստ կրկնկալի որպես բացարձակ ասեքսուալ:

ԷԴ-ն այնպիսի խանգարում է, որը հնարավոր չէ քողարկելը: Այն մտահոգություն է պատճառում նույնիսկ այն եզակի դեպքերում, որոնք անխուսափելի են ցանկացած տղամարդու կյանքում: Էրեկցիայի խանգարումը նման տղամարդկանց կողմից կարող է տարբեր մեկնաբանություններ ստանալ, որոնցից էլ կախված է, թե զարգացման ինչպիսի ընթացք կունենա ախտանիշը: Շատ տղամարդիկ ցուցաբերում են հանդուրժող վերաբերմունք, որը նրանց թույլ

է տալիս շարունակել իրենց սեռական կյանքը առանց որևէ արգելքի: Նրանց զուգրնկերուհիները սովորաբար էլ ավելի պակաս են անհանգստացած: Իսկ որոշ տղամարդիկ էրեկցիայի խանգարման անգամ մեկ դեպքից հետո սեռական հարաբերությանը մոտենում են իբրև սպառնալից մի փորձության և սկսում վերահսկել սեռական գործողության կատարումը ողջ ակտի ընթացքում: Էրեկցիան կորցնելու վտանգը սեռական վախի պատճառ է հանդիսանում, որը հաճույքի անմիջական զգացողությունից ուշադրությունը շեղում է դեպի առնանդամի պրկվածության աստիճանին հետևելը: Բուժման հիմնական նպատակը կատարման հենց այս տագնապի վերացումն է:

Տարբերում են *օրգանական և հոգեբանական ԷԳ-ներ*: Դրանց արտաքին դրսևորումները սովորաբար նույնն են: Հաճախ շատ ուշադիր և մանրակրկիտ զրույց է պահանջվում՝ ի հայտ բերելու այն տարբերակիչ տվյալները, որոնք կարևոր կլինիկական նշանակություն ունեն ԷԳ-ի ձևի ախտորոշման համար: Կարևոր է պարզաբանել յուրաքանչյուր մանրամասն, որը նպաստել է ԷԳ-ի առաջացմանը:

Այս կապակցությամբ ուշադիր քննարկվում և մեկնաբանվում են այցելուի բոլոր դիտարկումները՝ կապված էրեկցիայի առաջացման հետ: Շատ այցելուներ նշում են, որ ունեն առավոտյան էրեկցիաներ և հեշտությամբ կարող են ձեռնաշարժությամբ զբաղվել մենակ գտնվելիս, մինչդեռ բացարձակապես անկարող են էրեկցիայի հասնելու՝ երբ զուգրնկերուհու հետ են: Որոշ դեպքերում հաջողվում է հասնել էրեկցիայի, բայց դժվարություն է ներկայացնում այն պահպանելը: Մյուսները կորցնում են այն որոշակի հանգամանքներում՝ հագուստը հանելիս, ներթափանցումից անմիջապես առաջ կամ երբ առնանդամը հեշտոցում է, երբ սեռական հարաբերության պահանջ է ներկայացվում, կամ էլ երբ տվյալ զուգրնկերուհին ինտիմություն և վստահություն է պահանջում: Երբեմն անբավարար է լինում էրեկցիայի պնդության աստիճանը:

Վերոնշյալ ախտորոշիչ տվյալներից անչափ օգտակար հավելում է զուգրնկերուհու հետ վարած զրույցը, որի ընթացքում կարող են բացահայտվել նոր մանրամասներ և հաստատվել արդեն ձեռք բերվածները:

Կանայք տարբեր կերպ են արձագանքում իրենց զուգրնկերների ԷԳ-ին: Ոմանք հրաշալի գոտեպնդողներ են և հասկացնել են տալիս, որ իրենք կարևորում են տղամարդու անձը և ոչ թե նրա պրկված առնանդամը: Այսպիսի վերաբերմունքը պատճառային գործոնների շարքում բացառում է զուգրնկերուհու մասնակցությունը: Սրան հակառակ, սեռապես պահանջկոտ կանայք առավելապես անզիջում են և քննադատաբար են տրամադրված: Նման կանանց ծայրաստիճան գայրացում է այն հանգամանքը, որ իրենց զուգրնկերը չի բավարարում իրենց սեռական պահանջը: Կան կանայք, որոնց բավականության միակ աղբյուրը առնանդամի իմիսիայի մեջ է: Այլ խումբ կանայք դեմ են իրենց զուգրնկերոջ կողմից էրոտիկ մեղիայի օգտագործմանը և հրաժարվում են տղամարդու սեռական օրգանները գրգռելուց: Հաճախ տղամարդուց ակնկալում են ակնթարթային էրեկցիա և դրա պահպանում մինչև իրենց բավարարումը: Տղամարդը փորձում է ամեն կերպ բավարարել այդ ակնկալիքները և այդ պատճառով ստեղծվում է մի ճնշում, որն ուժեղացնում է սեռական տագնապը, արդյունքում առաջացնելով կամ խորացնելով էրեկցիայի խանգարումը:

### ՊԱՏՃԱՌԱԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆԸ ԵՎ ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄԸ

Ինչպես հայտնի է, էրեկցիան պայմանավորված է առնանդամում արյան բարձր ճնշումով: Դա հնարավոր է մի կողմից զարկերակային արյան հոսքի ուժեղացմամբ դեպի առնանդամի փապարային մարմիններ, մյուս կողմից՝ երակային հետհոսքի թուլացմամբ: Արդյունքում՝ արյան զգալի քանակություն «բռնվում է կիսափակ տարածքում», առաջացնելով առնանդամի չափերի մեծացում և պրկում:

Էրեկցիայի առաջացման այս բարդ գործընթացը կարգավորվում է հատուկ կազմակերպված նյարդաֆիզիոլոգիական մեխանիզմներով: Էրեկցիան ողնուղեղային ռեֆլեքս է, սակայն ողնուղեղային կենտրոնները գտնվում են գլխուղեղի կառավարման ներքո: Վերջինս կոորդինացնում է հոգեկան և զգայական ներգործությունները և հանդիսանում է էրեկցիայի հոգեբանական ամրապնդման կամ արգելակման կենսաբանական հիմքը:

Էրեկցիայի կառավարման վերջնական պատասխանատուն ողնուղեղային երկու կենտրոնների նյարդային մեխանիզմներն են: Ողնուղեղային վերին կենտրոնը միջնորդում է հոգե-էրոտիկ ազդակների, իսկ ստորինը՝ տակտիլ ներգործությունները: Երբ ներկայացվում է անբավարար էրեկցիայի կամ էրեկցիայի ինքնաբեր առաջացման դժվարության գանգատ, հարկավոր է ճշտել՝ արդյո՞ք այցելում օգտագործում է երկու հնարավոր՝ հոգեկան և տակտիլ գրգռման աղբյուրների ամբողջ ներուժը: Երիտասարդ տարիքում սովորաբար հնարավոր է էրեկցիայի հասնել հոգեկան գրգռներով միայն, մինչդեռ ավելի մեծ տարիքում տղամարդը կարիք ունի լրացուցիչ տակտիլ գրգռների:

Էրեկցիան տղամարդու սեռական դրսևորումներից ամենախոցելին է: Այն կարող է վնասվել բազմաթիվ պատճառներով՝ ամենատարբեր դեղորայքից, հիվանդագին վիճակներից, հուզական վերապրումներից: Էրեկցիայի այս խոցելիությունը պայմանավորված է *էրեկտիլ համակարգի* կազմավորման բարդությամբ: Այս համակարգի անխափան գործունեության համար հարկավոր է առնանդամի կառուցվածքային լիակատար ամբողջականություն, կոնքի նյարդային և անոթային բավարար մատակարարում, գլխուղեղում նյարդային մեդիատորների անխափան հավասարակշռություն, վեգետատիվ նյարդային համակարգի հուսալի գործունեություն, համապատասխան հորմոնալ ֆոնի առկայություն և, վերջապես, խաղաղ և էրոտիկ տրամադրված հոգեվիճակ:

Քանի որ հոգեբանական և օրգանական ԷԴ-ի արտաքին դրսևորումները նույնն են (բացի նրանից, որ հոգեբանական ԷԴ-ն հաճախ իրավիճակային է), բժշկական քննության ժամանակ հարկավոր է ուսումնասիրել և բացառել բոլոր հնարավոր օրգանական պատճառները:

Գոյություն ունեն էրեկցիայի վրա բացասաբար ազդող մի շարք դեղամիջոցներ՝ հակահիպերտենզիվները, այդ թվում՝ թիազիդային միզամուղները, բետա-ադրենոբլոկատորները, կենտրոնական սիմպատոլիտիկները, հոգեմետ դեղերը և հատկապես հակադեպրեսանտները: Ալկոհոլը և ծխախոտը նույնպես ազդում են էրեկտիլ ֆունկցիայի վրա: Ալկոհոլի թույլ դրզաները, «ընդամենը մեկ կամ երկու բաժակ», թեև ակտիվացնում են սեռական ցանկությունը, սակայն կարող են ճնշել էրեկցիան: Քրոնիկ ալկոհոլադոլությունը կարող է վնասել ամորձու հյուսվածքը, բերել տեստոստերոնի մակարդակի իջեցման և իգական հորմոնի արտադրության

բարձրացման, ակտիվային պոլիներոպաթիայի: Մրանք ախտաբանական տեղաշարժեր են, որոնք բացասաբար են անդրադառնում առնանդամի վիճակի և սեռական ցանկության վրա: Ծխախոտամոլությունը առաջացնում է զարկերակների պատերի պնոսցում, ներառյալ առնանդամը սնող զարկերակներին: Ծխողների մոտ էրեկցիայի խանգարումների հավանականությունն ավելի մեծ է, քան չծխողներին:

Էրեկցիայի խանգարմանը կարող են նպաստել որոշ էնդոկրին խանգարումներ, որոնք ուղեկցվում են տեստոստերոնային անբավարարությամբ, հիպերպրոլակտինեմիայով: Շաքարային դիաբետը ԷԴ-ի առաջացման հաճախ հանդիպող պատճառներից է:

Էրեկցիայի խանգարմանը նպաստում են նաև առնանդամի հեմոդինամիկական խախտող վասկուլոզեն մեխանիզմները՝ առնանդամը սնող խոշոր և մանր զարկերակների աթերոսկլերոզը, երակային դրենաժների ձևավորումը, առնանդամի տրավմաները, Պեյրոնի հիվանդությունը, մանգաղաձև բջջային անեմիան:

ԷԴ-ն կարող է արդյունք լինել նաև մի շարք նեյրոզեն խանգարումների, որոնց ժամանակ դիտվում է էրեկցիայի ռեֆլեքսը ապահովող նյարդային կենտրոնների, նյարդային ուղիների ախտահարում: Այդ հիվանդություններից են՝ բազմակի սկլերոզը, Պարկինսոնի հիվանդությունը, նեյրովասկուլյար հիվանդությունը, Ալցհեյմերի հիվանդությունը, ողնուղեղի և ողնուղեղային նյարդերի տրավմաները:

ԷԴ-ն հանդիպում է նաև դեպրեսիաների ժամանակ:

40 տարեկանից ցածր տղամարդկանց մոտ մեծ է հոգեբանական ԷԴ-ի հավանականությունը, մինչդեռ ավելի բարձր տարիքում հաճախանում է օրգանական ԷԴ-ն, քանի որ այս տարիքում աճում է անոթային ախտահարումների, դիաբետի, սեռական ֆունկցիայի վրա բացասաբար ազդող դեղորայքի ընդունման հավանականությունը:

Ըստ էության ԷԴ-ի ախտորոշումը իրականացվում է բացասման եղանակով՝ հերթով բացառվում են այն հիվանդությունները և հիվանդագին վիճակները, որոնք ի վիճակի են առաջացնելու էրեկցիայի նեյրոզեն, վասկուլոզեն և հորմոնալ մեխանիզմների խանգարումներ: Սա բարդ, ժամանակատար և ծախսատար գործընթաց է:

Իրականում շատ քիչ թվով այցելուներ են պահանջում լրիվ ուռոլոգիական քննություն: Փորձառու և հմուտ սեքսուոլոգը հոգեկան ԷԴ-ների 90%-ի դեպքում ընդամենը գրույցի հիման վրա կարող է բացառել օրգանական ախտածագումը: Այցելուի հոգեհուզական վիճակից էրեկցիայի խանգարման տատանման փաստը հաստատելով՝ կարելի է գրեթե անվիճելի համարել հոգեբանական պատճառների դերը էրեկցիայի խանգարման առաջացման գործում: Այն այցելուները, որոնց ԷԴ-ի հիմքում ընկած են օրգանական մեխանիզմներ, զանգատվում են սեռական թուլությունից ցանկացած ժամանակ, մինչդեռ հոգեբանական ԷԴ-ի դեպքում սեռական թուլությունը զգացնել է տալիս միայն հուզական լարում պահանջող իրավիճակներում: Ճշգրիտ եզրակացության գալու համար այցելուից պետք է սպառիչ տեղեկություններ քաղել ձեռնաշարժության ժամանակ առաջացող, ինչպես նաև ինքնաբերական էրեկցիաների վերաբերյալ, որոնք կապված չեն էրոտիկ գրգռման հետ և հայտնվում են առավոտյան



անմիջապես արթնանալուց հետո և գիշերը՝ քնի արագ փուլի ժամանակ: Եթե այցելուն կամ նրա զուգընկերուհին նշում են իմիսիայի համար բավարար և կայուն էրեկցիայի գոնե մեկ դեպք, ապա օրգանական գործոնների հետագա ուսումնասիրումը իմաստ չունի:

Հոգեբանական գործոնները դեր են խաղում ԷԴ-ի գրեթե բոլոր դեպքերում՝ ինչպես առաջնային օրգանական, այնպես էլ հոգեբանական: Անոթային մեխանիզմներով պայմանավորված մեղմ արտահայտված էրեկտիլ թուլությանը տրվող տազնապալից պատասխանը ի գորու է իսկապես առաջացնելու լրիվ թուլություն: Ասվածը հիմնավոր է և հակառակ կոնտեքստով՝ փսիխոզեն ԷԴ-ն, բերելով երկարատև սեռական ձեռնպահության՝ կարող է առաջացնել երկրորդային օրգանական խանգարումներ, որոնք պարտադիր պետք է հաշվի առնել բուժման ժամանակ: Հաճախ դժվար է որոշել՝ հոգեբանական, թե՞ օրգանական գործոններն են գերակշռում այս խնդրում: Նման դեպքում անհրաժեշտ է վիճակը գնահատել խառը կամ անորոշ ծագման: Սակայն հոգեբանական գործոնին անհրաժեշտ է լուրջ ուշադրության արժանացնել, քանի որ այն ազդում է ախտանիշի ձևավորման և բուժման վրա բոլոր դեպքերում, նույնիսկ եթե խնդիրը անվերապահորեն օրգանածին է:

Դեպքերի գերակշռող մասում փսիխոզեն ԷԴ-ի առաջացման հոգեբանական մեխանիզմը *կատարման տազնապալ* է (performance anxiety): Սեռական հարաբերության ժամանակ անձի մոտ ծագած մտքերի վերլուծությունը ցույց է տալիս, որ նրան այդ պահին հուզում է իր էրեկցիայի պահպանման խնդիրը՝ արդյոք կկարողանա՞ պահպանել էրեկցիան մինչև հարաբերության ավարտը: Էրեկցիայի պահպանման կապակցությամբ այսպիսի օբսեսիվ անհանգստությունը այցելուին *կենտրոնացնում է սեռական գործողության կատարման վրա* և առաջացնում վախի զգացողություն: Քանի որ էրեկցիան խիստ զգայուն է հույզերի նկատմամբ, իսկ ցանկացած հույզ ունի ֆիզիոլոգիական «ուղեկից», *կատարման տազնապալը* բերում է առնանդամը արյան ավելցուկից բեռնաթափող ռեֆլեքսների աշխուժացման, և արդյունքում էրեկցիան թուլանում է:

Երբեմն *կատարման տազնապալը* հանդիպում է «մաքուր» ձևով, և այցելուի հոգեբանական գնահատումը բացահայտում է, որ նա ազատ է հուզական որևէ տեսակի կոնֆլիկտից, իսկ զույգի միջանձնային հարաբերությունները խնդիր չեն հարուցում: Այլ դեպքերում այն ծառայում է իբրև պաշտպանական մեխանիզմ ընդդեմ անգիտակից սեռական կոնֆլիկտի կամ էլ մասն է կազմում միջանձնային հարաբերությունների դինամիկ զարգացման: Այս ամենը պետք է հաշվի առնել ԷԴ-ով այցելուի հետազոտման ժամանակ: ԷԴ-ով և այլ սեռական խանգարումով տղամարդկանց փսիխոպաթոլոգիաները իրարից չեն տարբերվում: Հոգեվերլուծական տեսության համաձայն, տղամարդկանց սեռական խանգարումների հիմքում ընկած են չլուծված էդիպյան բարդույթը և «ամորձատման տազնապալը», և շատ հաճախ նման տղամարդկանց մոտ կարելի է դիտարկել ամբիվալենտ վերաբերմունք կանանց նկատմամբ: Էդիպյան բարդույթը կարելի է բացահայտել այցելուի ընտանեկան դինամիկայի ուսումնասիրման և նրա սեռական փոխհարաբերությունների վերլուծության միջոցով: Ռիշադրության են արժանի այցելուի հարաբերությունները իր մոր հետ, զուգընկերուհու մեջ իր մոր կերպարը տեսնելու կամ մորը հիշեցնող կանանցից

խուսափելու միտումները, տղամարդկանց մեջ մրցակիցներ տեսնելու և նրանցից վախենալու դրսևորումները: ԷԴ-ով տղամարդկանց հոգեվերլուծական քննությունը ցույց է տալիս, որ նրանք ակնհայտ կերպով թշնամական կամ ամբիվալենտ վերաբերմունք են տածում կանանց նկատմամբ և կախվածություն ունեն մայրերից:

Շատ տղամարդիկ, որոնք էրեկցիայի հետ կապված դժվարություններ են ունենում, սեռական հաճույքի մասին բացասական տեղեկություններ են ստացել: Այդ պատճառով կարևոր է իմանալ, թե այցելուի հայրական ընտանիքում սեռական կյանքի և սեռական հաճույքի մասին ինչպիսի վերաբերմունք է եղել:

Այն կարծիքը կա, որ կանանց վերջերս «ազատագրված վարքը» կապված է նրանց կողմից սեռական ագրեսիվ պահանջների ներկայացման և դրա հետևանքով տղամարդկանց մոտ ԷԴ-ի տարածման հետ: Պետք է նշել, որ սա չի համապատասխանում իրականությանը: ԷԴ-ով այցելուների կանանց ուսումնասիրումը ցույց է տալիս, որ նրանք երբեմն իրոք ճնշում են իրենց գուգրնկերներին սեռական գործողության վատ կատարման համար, բայց պատճառը ոչ թե նրանց ազատ վարքն է, այլ ներտրիկ վիճակը: Երբեմն այդ կանանց մեջ հանդիպում են ավանդական դաստիարակություն և հակասեքսուալ արժեքներ կրողները, որոնք չեն ընդունում ժլկային գրգռումը և սեռական հարաբերության ողջ պատասխանատվությունը գցում են տղամարդու ուսերին: Այս ամենը տղամարդուն դնում է ահռելի ճնշման տակ և առաջացնում էրեկցիայի դժվարություններ: Այս տղամարդկանց վիճակը բարելավվում է, երբ նրանց կանայք հաղթահարում են վերոնշյալ բարդույթը և սովորում են սեռապես ավելի ակտիվ լինել և գրգռել գուգրնկերոջը:

Սա չի նշանակում սակայն, որ գուգրնկերուհու ագրեսիվ սեռական պահանջները և քմահաճ վերաբերմունքը դեր չեն խաղում ԷԴ-ի զարգացման գործում: Ընդհակառակը, շատ կանայք չեն գոտեպնդում իրենց տղամարդկանց, երբ վերջիններիս մոտ դրսևորվում են սեռական ձախողումներ, ավելին, սեռական կյանքը դարձնելով զենք, նրանք փորձում են հաղթող դուրս գալ ամուսնական պայքարում, ինչը էական գործոն է ԷԴ-ի առաջացման և բուժման կազմակերպման գործընթացում: Այդ պատճառով գույզի սեռական փոխհարաբերության և գուգրնկերուհու հուզական ռեակցիաների ուսումնասիրումը կարևոր է ԷԴ-ով տղամարդու հետազոտման ժամանակ:

### **ԲՈՒԺՈՒՄԸ**

ԷԴ-ի որոշ ձևեր մեծ արդյունավետությամբ բուժվում են փսիխոթերապիայի միջոցով: Դրանք այն դեպքերն են, որոնք պայմանավորված են թեթև արտահայտված կատարման տագնապով, որը հետևանք է ոչ բավարար սեքսուալ ինքնավստահության և գուգրնկերուհու կողմից գործադրվող ճնշման, և հիմքում չունեն խորը անգիտակից թշնամանք կանանց նկատմամբ: Այն այցելուները, որոնց մոտ հայտնաբերվում են խորքային փսիխոպաթոլոգիա և միջանձնային դժվարություններ, պահանջում են ավելի երկարատև և բարդ բուժում, որը ներառում է անգիտակից կոնֆլիկտների լուծում:

Էրեկցիայի օրգանոգեն կամ փսիխոթերապիայի նկատմամբ կայուն փսիխոգեն ԷԴ-ի դեպքում բացի փսիխոթերապիայից կիրառվում են դեղորայքային և ֆիզիոթերապիայի բուժական մեթոդներ: Մասնավորապես մեծ կիրառում են գտել ֆոֆոդիետերազ-5-ի արգելակիչների կիրառումը՝ սիլդենաֆիլ,

տադալաֆիլ, վարդենաֆիլ: Օգտագործվում են միջոցներ, որոնք ունեն ակտիվացնող ազդեցություն ԿՆՀ-ի վրա՝ ժենշենի արմատներ, էլեուտերոկոկի մզվածք, պանտոկրին, պրոզերին, սեկուրինին, լոշտակ և այլն: Կիրառվում է վիտամինաթերապիա, ինչպես նաև աֆրոդիզիակներ՝ յոհիմբին: Երբեմն նշանակվում են հորմոնալ պրեպարատներ՝ գոնադոտրոպիններ, անդրոգեններ և դրա սինթետիկ անալոգներ, անաբոլիկ ստերոիդներ: Որոշ դեպքերում կիրառվում է ռեֆլեքսաթերապիա:

Ողնուղեղային տրավմաների կամ տեղային դիստրոֆիկ պրոցեսների հետևանքով զարգացող էրեկցիայի խանգարումը վերականգնվում է արտաքին պրոթեզավորման միջոցով: Կիրառվում են նաև վիրաբուժական միջոցառումներ, որոնք ունեն հիմնականում 3 ուղղություն՝

1. Սեռական անդամի կավերնոզ մարմինների ռեվասկուլյարիզացիա
2. Կավերնոզ մարմինների երակային հոսքի նվազեցում
3. Սեռական անդամի էնդոպրոթեզավորում (էնդոֆալոպրոթեզավորում):

### **Հեշտանքի խանգարումներ**

#### **Կանանց հեշտանքի խանգարում**

Հեշտանքի փուլի խանգարումները լայնորեն տարածված են: Կլինիկական փորձը վկայում է, որ 40-ից ցածր տարիքի այցելուների մեջ կանանց հեշտանքի խանգարումները և տղամարդկանց վաղաժամ սերմնաժայթքումը, ըստ էության, ամենից հաճախ հանդիպող սեռական զանգատներն են:

#### **ԲՆՈՐՈՇՈՒՄԸ ԵՎ ՆԿԱՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ**

DSM-IV-ում կանանց հեշտանքի խանգարումները, որոնք պայմանավորված են հոգեբանական գործոններով, բնութագրվում են հետևյալ ձևով. «Հեշտանքի պարբերաբար կամ մշտական արգելակում, որը դրսևորվում է սեռական գործողության ժամանակ հեշտանքի ուշացումով կամ լրիվ բացակայությամբ, երբ դրան նախորդում է բժշկի կողմից իբրև ադեկվատ գնահատված գրգռանքի փուլը»:

Այս վիճակը չի համապատասխանում նախկինում լայնորեն կիրառվող «ֆրիգիդություն» ախտորոշմանը, քանի որ նման կանայք ունեն սեռական ցանկություն, հետաքրքրված են տղամարդկանցով և սեռական կյանքով, ընդունակ են էրոտիկ հաճույք զգալու: Սիրախաղի ժամանակ նրանք ի վիճակի են գրգռվելու և ունենալու հեշտոցի խոնավացում՝ իբրև սեռական գրգռմանը տրվող պատասխան ռեակցիա: Այլ խոսքով ասած, սեռական ցիկլի սկզբնական երկու, այն է՝ ցանկության և գրգռման փուլերը, խանգարված չեն, և միակ ներկայացվող զանգատը հեշտանքի հասնելու դժվարությունը կամ անկարողությունն է:

Կանանց հեշտանքի շեմը ունի տարբեր մակարդակներ.

1. Փոքր թիվ կազմող որոշ կանայք կարող են հեշտանք ունենալ առանց սեռական օրգանների անմիջական տակտիլ գրգռման. բավարար է էրոտիկ երևակայությունը կամ կրծքագեղձերի համբուրումը և գրգռող շոշափումը:

2. 20-30% կանայք ունակ են սեռական հարաբերության ընթացքում հասնելու հեշտանքի միայն հեշտոցային գրգիռների կուտակման արդյունքում (հեշտոցային հեշտանք) առանց ծիկլի որևէ գրգռման:
3. Հաջորդաբար գալիս է այն կանանց խումբը, ովքեր ի վիճակի են հասնելու հեշտանքի, եթե սեռական հարաբերությունը պարտադիր ուղեկցվի ծիկլի անմիջական գրգռմամբ (խառը՝ հեշտոցա-ծիկլային կամ միայն ծիկլային հեշտանք):
4. Հետևյալ խմբի կանայք չեն կարող հասնել հեշտանքի սեռական հարաբերության ժամանակ, նույնիսկ եթե այն ուղեկցվում է ծիկլի գրգռմամբ: Սակայն առանձին լինելու դեպքում, առանց զուգընկերոջ ներկայության, էրոտիկ երևակայությունների և ձեռնաշարժության միջոցով նրանք կարող են հեշտանք ունենալ:
5. Վերջին խմբի կանայք բացարձակ անօրգաստիկ են և երբևէ հեշտանք չեն ունեցել: Ըստ ամերիկյան մի հետազոտության տվյալների (Fisher, 1973), ամերիկոսիների մոտավորապես 8%-ը այս խմբում են:

Վերջին երկու տարբերակները որոշակի վերապահումով համարվում են ախտաբանական, և այդ կանանց կարելի է առաջարկել բուժում: Բուժման ենթակա են նաև հեշտանքի այն խանգարումները, որոնք իրավիճակային են, այսինքն՝ հեշտանքն առաջանում է միայն որոշակի պայմաններում: Հոգեվերլուծաբանությամբ զբաղվող որոշ մասնագետներ գտնում են, որ բուժման անհրաժեշտություն կա նաև այն դեպքերում, երբ առնանդամի ներթափանցման ժամանակ հեշտանքն անհնարին է առանց ծիկլի լրացուցիչ գրգռման: Այնուհանդերձ, ժամանակակից սեքսոլոգիայում մասնագետների միջև գոյություն ունի փոխհամաձայնություն այն հարցի շուրջ, որ հեշտանքի հասնելու համար ծիկլի լրացուցիչ գրգռման պահանջը նորմայի սահմաններում է, և նմանատիպ կանայք ենթակա չեն բուժման:

Կլինիկական փորձը ցույց է տալիս, որ սեռական հարաբերության ժամանակ հեշտանք չունեցող որոշ կանայք համապատասխան բուժման արդյունքում կարող են ձեռք բերել այդ ունակությունը, ուստի պետք է ստանան համապատասխան բուժման հնարավորություն, մինչդեռ որոշներին բուժելը իմաստ չունի: Այսինքն, հեշտանքի խանգարումը բուժելու նպատակահարմարությունն ու անհրաժեշտությունը պարզ է դառնում այցելուի հետազոտության ժամանակ:

Կանանց և տղամարդկանց կողմից հեշտանքի խանգարումներին տրվող հուզական պատասխանները տարբեր են: Ի տարբերություն տղամարդկանց, որոնց մեծ մտահոգություն է պատճառում սերմնաժայթքման բացակայությունը սեռական գրգռվածության գագաթնակետին, որոշ կանանց մոտ, հեշտանքի բացակայությունը ամենևին չի առաջացնում դժգոհության և սեռական անբավարարվածության զգացում. նրանց չի անհանգստացնում սեռական գրգռման հետևանքով փոքր կոնքում ի հայտ եկած լարվածության և անհարմարավետության զգացումը: Իհարկե, որոշ դեպքերում սա մերժողական պատասխանի արդյունք է, սակայն կան նաև կանայք, որոնք իսկապես սեռական բավարարվածություն են ապրում հեշտանքի բացակայության պարագայում: Սա չի կարելի միանշանակ գնահատել որպես ախտաբանական

պասսիվության նշան: Կնոջ կարծիքը այս հարցի շուրջ պետք է հաշվի առնել և հարգել: Այս կանայք ոչ մի դեպքում չպետք է պարտադրվեն բուժման իրենց ամուսինների կամ «լավագիտակ» մասնագետների կողմից: Ինչևիցե, որոշ կանայք այն աստիճան են սևեռվում իրենց այս վիճակի վրա, որ երբեմն հասնում են հուսահատության: Նրանք գանգատվում են փոքր կոնքում անհարմարավետության, լարվածության զգացումից և բարկանում են իրենց զուգընկերոջ վրա, քանի որ սեռական հարաբերությունը վերջինիս համար միշտ ավարտվում է հեշտանքի բերկրալից զգացումով, ինչից իրենք անարդարացիորեն զրկված են:

Երբեմն զուգընկերը կարող է ավելի մտահոգված լինել կնոջ հեշտանքի խանգարման կապակցությամբ, քան ինքը՝ կինը: Չուգընկերը կարող է եզրակացնել, որ դրանում կա իր մեղքի բաժինը: Սա հաճախ պատահում է այն դեպքերում, երբ տղամարդը հանիրավի կարծում է, որ կնոջ հեշտանքի պատասխանատուն ինքն է և չի կարողացել կնոջը տալ այն, ինչ պարտավոր է: Նման մտածելակերպը հղի է տղամարդու մոտ թերարժեքության բարդությի առաջացման վտանգով և սեռական խանգարման զարգացման համար նպաստավոր հող է ստեղծում:

Չուգընկերոջ վերաբերմունքը կարևոր ախտորոշիչ չափանիշ է: Թեև նա մեղավոր չէ զուգընկերուհու հեշտանքի խանգարման համար, բայց նրա բացասական և ճնշող վարքը կարող է լուրջ խոչընդոտ հանդիսանալ բուժման ճանապարհին, մինչդեռ նրա աջակցությունը և համագործակցությունը արժեքավոր ներդրում կլինեն բուժման մեջ:

Տարբերում են հեշտանքի առաջնային և երկրորդային խանգարումներ: Առաջնայինն այն է, որ կինը երբևիցե հեշտանք չի ունեցել, իսկ երկրորդայինի դեպքում՝ նախկինում առանց որևէ դժվարության հեշտանքի հասնող կինը ինչ-որ պատճառներով զրկվել է այդ ունակությունից:

#### **SUՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄԸ**

Ընդհանուր առմամբ, կնոջ հեշտանքը կարող է խանգարվել միայն եզակի հիվանդությունների և դեղամիջոցների պատճառով: Այս համախտանիշը հիմնականում ունի հոգեբանական արմատներ:

Հեշտանքի խանգարումից գանգատվող կանանց համարյա կեսը ի վիճակի են հեշտանք ունենալ ձեռնաշարժության ժամանակ և չեն հաջողում հեշտանքի հասնել զուգընկերոջ հետ սեռական հարաբերության ընթացքում: Այս դեպքերում ֆիզիկական պատճառներ փնտրելը նպատակահարմար չէ: Սակայն կինը, որ երբևիցե որևէ պայմանում չի հաջողել հեշտանք ունենալ, պետք է բժշկական հետազոտություն անցնի բացառելու համար այն հիվանդագին վիճակները, որոնք կարող են բերել դրան: Ախտաձին գործոնների դերը չի բացառվում նաև հեշտանքի երկրորդային խանգարման պարագայում:

Գեղամիջոցներից հեշտանքի խանգարում կարող են առաջացնել այնպիսիները, ինչպիսիք են ՄԱՕ-ինհիբիտորները (հակադեպրեսանտներ) և ալֆա-ադրենոբլոկատորները (հակահիպերտենզիվներ):

Հեշտանքը կարող են ուշացնել կամ անհնարին դարձնել հետևյալ ախտաբանական վիճակները.

1. ծլիկի բնածին անոմալիաները,
2. ծլիկի ֆիմոզը,

3. նյարդային դեգեներատիվ հիվանդությունների, տրավմաների, ուռուցքային պրոցեսների հետևանքով հեշտանքի ռեֆլեքսն ապահովող նյարդային ուղիների և ողնուղեղային կենտրոնների ախտահարումը,
4. սեռական օրգանների վիրահատական վնասումները (ուռուցքային հիվանդությունների ռադիկալ վիրահատումներ),
5. շաքարային դիաբետի հետևանքով ծլիկի նյարդերի դեգեներատիվ փոփոխությունները:

Վերոնշյալ դեպքերում հիվանդության հիմնական նշանների առկայությունը տարբերակիչ ախտորոշման հավաստի հիմք են հանդիսանում:

#### **ՊԱՏՃԱՌԱԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆԸ**

Հեշտանքի առաջնային խանգարման գործում օրգանական գործոնը ցածր հավանականություն ունի: Ուստի, երբ հետազոտության ընթացքում բացառվում է որևէ սպեցիֆիկ հիվանդության կամ դեղորայքի հնարավոր ազդեցությունը, և սեռական օրգանների անատոմիան նորմալի սահմաններում է, այցելուին անմիջապես ցուցվում է հոգեթերապիայի կուրս, որն այս պարագայում ամենաարդյունավետ բուժական միջոցն է: Իսկ եթե կինը նախկինում հեշտանքի հետ կապված խնդիրներ չի ունեցել և այժմ էլ չկա հեշտանքը խաթարող հոգեբանական որևէ լուրջ պատճառ, ապա ամենայն հավանականությամբ հեշտանքի խանգարումը հետևանք է որևէ բժշկական խնդրի: Այս դեպքում զգուշորեն պետք է բացառվեն վերոնշյալ օրգանական պատճառները, ներառյալ շաքարային դիաբետը, բազմակի սկլերոզը, ողնուղեղի ուռուցքային և դեգեներատիվ հիվանդությունները:

Կնոջ հեշտանքի խանգարման հիմնական հոգեբանական մեխանիզմը սեռական հարաբերության ժամանակ օբսեսիվ ինքնազննումն է, որը հեշտությանը արգելակում է հեշտանքի ռեֆլեքսի թողարկումը:

Մյուս հիմնական պատճառն այն է, որ այցելուն չի ստանում բավարար սեռական գրգռում, հատկապես ծլիկի շրջանում: Սա պատահում է այն գույգերի մոտ, ովքեր սխալմամբ կարծում են, թե կնոջ հեշտանքի առաջացման համար բավարար է ընդամենը առնանդամի ներթափանցումը հեշտոց, առանց սիրային նախերգանքի և ծլիկի գրգռման: Այլ դեպքերում, ամոթի և անապահովության զգացումից դրդված կինը չի ասում զուգընկերոջը, թե հատկապես ի՞նչ է իրեն հարկավոր սեռական գրգռման և հեշտանքի հասնելու համար:

Հեշտանքի խանգարում ունեցող որոշ կանայք ի վիճակի չեն էրոտիկ երևակայության: Մյուսները նշում են, որ սեռական հարաբերության ժամանակ տարվում են անցանկալի և անիմաստ մտքերով: Այլ դեպքերում՝ ծլիկի շոշափումը չեզոք և նույնիսկ տհաճ զգացողություններ է առաջ բերում, որը նյարդայնացնում է կնոջը: Կարելի է եզրակացնել, որ նման կանայք էրոտիկ զգացողությունների դեմ զարգացրել են պաշտպանական մեխանիզմներ և վախենում են իրենց ազատություն տալ՝ սեռական գրգռմանը տրվելու և անկաշկանդորեն վայելելու սեռական հաճույքը (վախ ինքնատիրապետումը կորցնելու վտանգից, վախ ինտիմությունից):

Զուգընկերոջ հետ հաղորդակցվելու անկարողությունը նույնպես խոչընդոտում է հեշտանքի առաջացմանը: Հաղորդակցության անկարողության հիմքում ընկած խորը ներհոգեբանական կոնֆլիկտները կարելի է բացահայտել՝

տվյալ կնոջ հայրական տանը տիրած բարքերի, նրա հոգեսեռական զարգացման ընթացքի, ինչպես նաև զուգընկերոջ հետ ունեցած միջանձնային հարաբերությունների մասին զրույցների միջոցով: Մանկության տարիներին ձեռնաշարժության և սեռական այլ դրսևորումների դեմ ծնողների խստիվ արգելքները և բացասական վերաբերմունքը ներհոգեբանական կոնֆլիկտների աղբյուր են: Այդպիսի կոնֆլիկտներ հաճախ են տեղ գտնում սեռական խանգարումով կանանց փսիխոսեքսուալ զարգացման պատմության մեջ: Այս կանանցից շատերը թշնամական կամ օտարոտի հարաբերություններ ունեն իրենց մայրերի հետ, որոնց կողմից նրանք երբեք խրախուսանք չեն ստացել իրենց արթնացող սեռականության վերաբերյալ:

Կանանց սեռական խանգարումների առաջացման հիմքում հոգեվերլուծությունը նշանակալի դեր է տալիս անգիտակից ներտիկ գործընթացներին (եղիպյան բարդույթ): Ըստ հոգեվերլուծական տեսանկյունի, սեռականության դեմ պաշտպանական մեխանիզմների հիմքում ընկած են «հայրական արտացոլանքները», որի արդյունքում կինը զուգընկերոջ մեջ տեսնում է իր հորը: Իրականում, շփման և սեռական խանգարումներ ունեցող որոշ կանանց հարաբերությունները իրենց հայրերի հետ ակնհայտորեն փակ են կամ կրում են երկակի բնույթ:

Հաճախ տղամարդկանց հետ այս կանանց ընթացիկ հարաբերություններում նկատվում է հաճույքի զգացման արգելակումներ, մտերմության և հավատի դրսևորման ամբիվալենտություն: Որոշ կանայք տղամարդկանց հետ մրցակցության մեջ են մտնում և զուգընկերոջ նկատմամբ ունենում են անվստահության, վախի և երկմտանքի պահեր: Սա կարող է արդյունք լինել կանանց ձեռքբերումների հանդեպ հասարակության, հատկապես տղամարդկանց անարդարացի վերաբերմունքի, ինչը կնոջ մոտ ծնում է բարկության և ագրեսիայի դրսևորումներ դեպի տղամարդը:

Հեշտանքի խանգարման պատճառ է նաև ինքնակառավարումը ոչ մի գնով չթուլացնելու հակվածությունը, ինչը թույլ չի տալիս կնոջը անմնացորդ տրվել տղամարդուն:

#### **ԲՈՒԺՈՒՄԸ ԵՎ ԿԱՆԽԱՏԵՄՎՈՂ ԵԼՔԵՐԸ**

Հեշտանքի խանգարման բուժումը պետք է նպատակատուղված լինի անհիմն վախերի և սխալ պատկերացումների ուղղմանը: Այն պետք է օգնի կնոջը բարձրացնելու իր հաստատականությունը (պնդելու իր ցանկությունները) և սեռական նախաձեռնությունը: Կնոջ մեջ պետք է ամրացնել այն համոզմունքը, որ սեռական ակտիվությունը հավասարապես ծառայում է իր հաճույքին: Մի քանի սեռական վարժությունների միջոցով կինը կարող է ճանաչել իր սեռական նախընտրությունները և պատասխանները, սեռական բավարարվածության հասնելու միջոցները:

Հեշտանքի խանգարումները կանանց մոտ բուժվում են մեծ արդյունավետությամբ: Գրեթե բոլոր ընդհանրապես անօրգաստիկ կանայք կարող են տիրապետել հեշտանքի հասնելու «գաղտնիքին», նույնիսկ եթե խանգարման հիմքում ընկած են խորը ներհոգեբանական և միջանձնային խնդիրներ: Բուժման արդյունավետության կանխատեսումը փոքր-ինչ դժվար խնդիր է, քանի որ այն կախված է զույգի փոխհարաբերությունների բնույթից և

Երբեմն կարող է պահանջել ավելի բարդ ու երկարատև բուժում՝ ընդգրկելով նաև զուգընկերոջը:

### ***Տղամարդու հեշտանքի խանգարում***

*Տղամարդու հեշտանքի խանգարումը* հայտնի է ուշացած սերմնաժայթքում (ejaculatio tarda) անունով:

Ինչպես հայտնի է, տղամարդու սեքսուալ ցիկլի հեշտանքի փուլը բաղկացած է երկու մասից՝ *էմիսիա* և *էյակուլյացիա*: *էմիսիայի* ժամանակ տղամարդու ներքին վերարտադրողական օրգանների՝ սերմնատար ծորանների և սերմնաբշտերի կծկման շնորհիվ սերմը կուտակվում է հետին միզուկում: *էյակուլյացիայի* ժամանակ ռիթմիկորեն կծկվում են առնանդամի հիմքի կմախքային մկանները՝ mm bulbo- et ischio-cavernosi, շագանակագեղձը և միզուկի m. constrictor urethrae-ն, որի շնորհիվ էլ հետին միզուկում կուտակված սերմը, խառնվելով շագանակագեղձի հյութին՝ բարձր ճնշման տակ դուրս է հրվում միզուկի արտաքին բացվածքից:

Կանանց մոտ հեշտանքի փուլը բաղկացած է միայն մեկ մասից՝ կմախքային մկանների ռիթմիկ կծկումից, որը ըստ էության ընթանում է նույն մեխանիզմով, ինչ և էյակուլյացիան:

Այսպիսով, տղամարդու հեշտանքի փուլում տարբերվում են երկու սեռական դրսևորումներ՝ սերմնաժայթքում և բուն հեշտանք: Կախված թե այս երկուսից ինչի վրա է շեշտադրում կատարվում՝ սեռական խանգարումը ստանում է համապատասխան անվանում: Եթե զույգը անհանգստացած է անպտղության խնդրով, սերմնաժայթքման բացակայությունը հայտնվում է ուշադրության առաջին պլանում, և ախտորոշվում է ուշացած սերմնաժայթքում:

Սակայն գործնականում ուշացած սերմնաժայթքումը անհանգստություն է պատճառում ավելի շուտ հեշտանքի բացակայության կամ բթության պատճառով, և բուժումը ուղղված է կոիտալ լիարժեք հեշտանք ունենալու անկարողության հաղթահարմանը: Այս դեպքում ավելի ստույգ է սեռական խանգարումը անվանել հեշտանքի խանգարում: Չնայած սրան, «ուշացած սերմնաժայթքում» տերմինը (ejaculatio tarda) գերադասելի է, որովհետև ավելի ակնառու է բնութագրում վիճակը:

Երբեմն անհանգստություն է պատճառում այն հանգամանքը, որ սեռական հարաբերության ժամանակ ստացվող հաճույքը որակապես տարբերվում է ձեռնաշարժության ժամանակ ստացված հաճույքի զգացումից:

Ուշացած սերմնաժայթքումով որոշ տղամարդիկ հպարտանում են իրենց ուշ սերմնաժայթքման փաստով, քանի որ դա հնարավորություն է տալիս քանիցս բավարարելու զուգընկերոջը: Այնուհանդերձ սերմնաժայթքման ուշացումը կամ անկարողությունը ոչ միայն տհաճորեն հոգնեցնում է տղամարդուն, այլ նաև կարող է լուրջ միջանձնային խնդիրներ առաջացնել, քանի որ դրանից կնոջ մոտ մերժվածության զգացում է առաջանում՝ կապված սերմնաժայթքման բացակայության հետ:

Հետաքրքիր է նշել, որ մեր հասարակությունում տղամարդու ուժեղ սեռականության մասին տիրում է այնպիսի պատկերացում, համաձայն որի ուժեղ տղամարդը պետք է ունենա բարձր սեռական ցանկություն, հաճախակի և



պինդ էրեկցիաներ, ունակ լինի երկարատև սեռական հարաբերության: Սովորաբար, սերմնաժայթքման կառավարման բացակայության դեպքում, ուժեղ սեռական կոնստիտուցիայով տղամարդիկ ավելի շուտ են սերմնաժայթքում, քան թույլ սեռական կոնստիտուցիա ունեցողները: Սա հետաքրքիր գիտական փաստ է, քանի որ եթե վերոնշյալ երեք կետերից առաջին երկուսը իսկապես ուժեղ սեռականության մասին են վկայում, ապա սերմնաժայթքման ուշացումը ընդհակառակը՝ թույլ սեռական կոնստիտուցիայի նշան է: Նման տղամարդիկ, որոնք չունեն էրեկցիայի խանգարում, այս տեսանկյունից կարող են իրոք համարվել սեռապես ուժեղ և սերմնաժայթքման հապաղումով մրցել սերմնաժայթքման կառավարման մեծ փորձով տղամարդկանց հետ: Մինչդեռ, ուժեղ սեռականության նշանը հենց այս վերջին՝ սերմնաժայթքման կառավարման ունակության փաստն է, որը ուժեղ սեռական կոնստիտուցիայի բնորոշիչներից է:

Մյուս կողմից, թյուր պատկերացում կա, որ տղամարդը պետք է կարողանա այնքան հետաձգել իր սերմնաժայթքումը, քանի դեռ կինը չի հասել հեշտանքի: Սակայն շատ կանայք, իրենց հոգեսեռական զարգացման ընթացքում ձեռք են բերում հակասեքսուալ դիրքորոշումներ, որը դանդաղեցնում կամ լրիվ անհնարին է դարձնում հեշտանքը: Այսպիսի դեպքերում միանգամայն անհեթեթ է տղամարդուց պահանջել սերմնաժայթքման անվերջ ձգձգում, որը կարող է միայն ախտաբանական առեակտիվության դեպքում գործել:

#### **ԲՆՈՐՈՇՈՒՄԸ ԵՎ ԱՆՏՈՐՈՇԻՉ ՉԱՓԱՆԻՇՆԵՐԸ**

DSM-IV-ում տղամարդու հեշտանքի խանգարումը բնութագրվում է հետևյալ կերպ. «Պարբերաբար կրկնվող և կայուն ուշացող կամ բացակայող հեշտանք, որին նախորդում է բավարար գրգռանքի փուլը»:

Ուշացած կամ բացակայող հեշտանքն ախտորոշելու համար հիմք չի ծառայում հեշտանքին հասնելու երկարատևությունը: Սեռական ցիկլի բոլոր փուլերի տևողությունը տարբերվում է տարբեր անհատների մոտ և տարբեր իրավիճակներում: Շատերը նույնիսկ կարող են ինքնուրույն տնօրինել ցանկացած փուլի տևողությունը՝ իրենց և իրենց զուգընկերոջ լիարժեք բավարարման համար: Ուշացած սերմնաժայթքման մասին խոսք է գնում այն ժամանակ, երբ տղամարդը ուզում է պլատոնյի փուլից անցնել սերմնաժայթքման փուլին, բայց չի կարողանում: Սերմնաժայթքման հասնելու աճող ցանկությունը բարձրացնում է լարվածության մակարդակը և էլ ավելի դժվարացնում այդ գործընթացը՝ իջեցնելով հաճույքի զգացումը: Անգամ եթե սերմնաժայթքումը տեղի է ունենում, այն լի է անբավարարության զգացումով: Սովորաբար այս խանգարումով տղամարդիկ ձեռնաշարժության ժամանակ նմանատիպ խնդիր չեն ունենում:

Տարբերում են *փսիխոզեն* և *օրգանոզեն ուշացած սերմնաժայթքումներ*, կախված առաջացման էթիոպաթոգենեզից: Տարբերում են նաև *առաջնային* և *երկրորդային* ձևերը՝ հաշվի առնելով ուշացած սերմնաժայթքման առաջացման պատմությունը:

#### **ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄԸ**

Ուշացած սերմնաժայթքման օրգանական կամ փսիխոզեն լինելը որոշելու համար իրականացվում է տարբերակիչ ախտորոշում, որը հիմնականում հեշտ լուծվող խնդիր է: Սովորաբար ուշացած սերմնաժայթքումով 50-ից ցածր

տարիքի տղամարդիկ առանց դժվարության կարող են հասնել հեշտանքի՝ ձեռնաշարժության ժամանակ: Այս դեպքերում ախտածագման օրգանական պատճառները կարելի է հերքել: Ավելի տարեց մարդկանց մոտ սերմնաժայթքման ուշացումը, որ տեղի է ունենում ցանկացած իրավիճակում, օրգանական պատճառների մասին մտածելու տեղիք է տալիս:

Սերմնաժայթքումը կարող է արգելակվել ցանկացած ֆիզիոլոգիական սթրեսորներից, որոնք ազդում են սեռական ֆունկցիայի վրա: Դրանցից են տեստոստերոնային անբավարարությունը, դեպրեսիան, որոշ դեղեր, որոնք ներգործում են նյարդային համակարգի վրա, ալկոհոլը, սեդատիվները, նարկոտիկները: Թեև այս դեպքերում տուժում են սեռական ցիկլի բոլոր երեք փուլերը, սակայն այցելուները հաճախ չեն նկատում սեռական ցանկության նվազման փաստը, այլ կենտրոնացնում են ուշադրությունը հենց սերմնաժայթքման ուշացման վրա:

Տարիքը, որ սովորաբար երկարացնում է հեշտանքի ռեֆրակտեր շրջանը, ալֆա-ադրենոլոկատորները և թիրոիդազինը այն օրգանական պատճառներն են, որոնք ընտրողաբար ազդում են սեռական ցիկլի հեշտանքի փուլի վրա՝ առանց այլ սեռական խանգարումների առաջացման:

Առաջնային ուշացած սերմնաժայթքման պատճառները սովորաբար հոգեբանական են, իսկ երկրորդայինի պատճառները՝ առավելապես օրգանական: Եթե տղամարդը հեշտանքի հետ կապված խնդիրներ նախկինում չի ունեցել և այժմ գանգատվում է ուշացած սերմնաժայթքումներից, մանավանդ եթե առկա չէ բարձր տարիքի գործոնը, ապա այցելուին պետք է մանրակրկիտ բժշկական քննության և նյարդաբանական հետազոտության ենթարկել, որովհետև կասկած կա լուրջ նյարդային հիվանդության:

Հեշտանքի խանգարումով ուղեկցվող նյարդային հիվանդություններից կարելի է նշել ողնուղեղի և կոնքի նյարդերի տրավմատիկ կամ վիրահատական վնասումները: Շաքարային դիաբետը, որ ախտահարում է պերիֆերիկ նյարդերը, նույնպես կարող է առաջացնել սերմնաժայթքման դժվարություններ: Ինչևիցե, նման դեպքերում այցելուն ունի անամնեզ՝ կոնքի կամ որովայնի շրջանում տարած վիրահատության, ողնուղեղի տրավմայի մասին: Մյուս կողմից, այցելուի մոտ մեծ հավանականությամբ կարող են հայտնաբերվել ներյոգիական այլ ախտանշաններ: Հնարավոր է, որ դիտվեն ստորին վերջույթների շարժական կամ զգացողական ֆունկցիայի խանգարումներ: Եվ քանի որ հեշտանքի ռեֆլեքսն ապահովող ողնուղեղային կենտրոնները մոտիկ են գտնվում միգելու և աղիների դատարկման համար պատասխանատու կենտրոններին, ապա այս վերջիններիս խանգարումները հաճախ հանգեցնում են սերմնաժայթքման խանգարման:

Երբեմն այցելուն նշում է, որ հեշտանքի նորմալ զգացողությունը պահպանված է, բայց գանգատվում է սերմնահեղուկի արտաբերման բացակայությունից: Նման դեպքերում ախտորոշիչ տարբերակումը անց է կացվում անէյակույատոր հեշտանքի և ռետրոգրադ էյակույացիայի միջև: Տարբերակումը այնքան էլ դժվար չէ, որովհետև այս երկու վիճակները ունեն տարբեր ախտածնություն: Ռետրոգրադ էյակույացիայի ամենից հաճախ հանդիպող պատճառը տրանսուրետրալ պրոստատէկտոմիան է և թիրոիդազինը: Անէյակույատոր հեշտանքի պատճառը կարող է լինել զուտ հոգեբանական,

սերմի արտադրման խանգարման կամ սերմնատար ծորանների խցանման պատճառներով: Վազեկտոմիան անէյակոյլատոր հեշտանքի ամենահաճախ հանդիպող պատճառն է:

Անէյակոյլատոր հեշտանքի և ռետրոգրադ էյակոյլյացիայի միջև ախտորոշիչ տարբերակումը անց է կացվում հետհեշտանքային մեզի նստվածքի մանրադիտակային քննությամբ: Ռետրոգրադ էյակոյլյացիայի հետևանքով միզապարկում հայտնվում են սպերմատոզոիդներ, որոնք հայտնաբերվում են մանրադիտակային քննության ժամանակ: Անէյակոյլատոր հեշտանքի պարագայում սպերմատոզոիդներ չեն հայտնաբերվի:

#### **ՊԱՏՃԱՌԱԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆԸ**

Ռիշացած սերմնաժայթքման պատճառագիտությունը մնում է վիճելի: Հաճախ այս խանգարմանը նպաստում են սեռական հարաբերության և սերմնաժայթքման շուրջ չզիտակցված ներքին հոգեբանական կոնֆլիկտները, միջանձնային դժվարությունները: Սովորաբար այս խնդիրը ունի երկար պատմություն և զարգանում է հոգետրավմատիկ միջադեպից (օրինակ գուգրնկերուհու դավաճանությունից) հետո, կնոջ նկատմամբ արտամղված կամ ճնշված բարկության հետևանքով:

Սերմնաժայթքման համար արգելակ հանդիսացող անմիջական հոգեբանական մեխանիզմը հիմնականում նույնն է, ինչ որ կանանց հեշտանքի խանգարման ժամանակ է, այն է՝ օբսեսիվ ինքնադիտարկումը: Այցելուին հետապնդում են կաշուն մտքեր սեռական հարաբերության տևողության, սերմնաժայթքմանը հասնելու պահի, գուգրնկերուհու կարծիքի մասին: Սովորաբար նման մտքերը բացակայում են, երբ նա ձեռնաշարժության է դիմում՝ ընկղմվելով սեռական երևակայությունների մեջ: Արդյունքում նա հեշտորեն հասնում է սերմնաժայթքման և ունենում հեշտանքի բուռն զգացում:

Ավելի խորը հոգեբանական պատճառներից են միջանձնային անառողջ հարաբերությունները, սեռական կյանքի շուրջ ծագած ներտրիկ կոնֆլիկտները: Այս խմբի տղամարդկանց բնորոշ է կանանց նկատմամբ թշնամանքի և երկակի վերաբերմունքի դրսևորումը, որի արմատները ձգվում են հեռավոր մանկության տարիներ և հանգրվանում մոր հետ չլուծված հոգեբանական խնդիրներում: Կանանց նկատմամբ այցելուի ունեցած զգացմունքների և մասնավորապես մոր և ներկա գուգրնկերուհու հետ ունեցած փոխհարաբերությունների մանրակրկիտ վերլուծությունը թույլ է տալիս հայտնաբերելու ներտրիկ պրոցեսներ, որոնք լուրջ բուժական մոտեցում են պահանջում: Ռիշացած սերմնաժայթքումով այցելուները հաճախ բարկությամբ են լցված իրենց կանանց և սիրուհիների նկատմամբ, որոնց հետ հաստատում են սաղոմագոխիստական հարաբերություններ: Նրանք կարծես «հետ են պահում» իրենց սերմնաժայթքումը բարկության զապման հետ միասին: Այցելուների այս խումբը աչքի է ընկնում անձնային այնպիսի գծերով, ինչպիսիք են ռիզիկոսությունը, գերինքնակառավարումը, բարկությունը զապելու դժվարությունը: Ռիշացած սերմնաժայթքումը կարող է դիտվել նաև մտերմության, վստահության և հաճույքի նկատմամբ վախով անձանց մոտ:

Օրգանական ծագման ուշացած սերմնաժայթքումը երբեմն հետևանք է ինտրատրետրալ ոչ ճիշտ կատարված ներվացումների, որի հետևանքով առաջանում է սերմնային թմբկիկ ասեպտիկ բորբոքում և գերէպիթելիզացիա:

Սա իր հերթին բարձրացնում է գրգռողականության շեմը և բերում ուշացած սերմնաժայթքման:

Օրգանական պատճառների մեջ դեր են խաղում նաև շագանակագեղձի խրոնիկական բորբոքային հիվանդությունները, որոնք բերել են գեղձի սկլերոտիկ ձևախախտման:

### **ԲՈՒԺՈՒՄԸ**

Ուշացած սերմնաժայթքման բուժումը սովորաբար դժվար խնդիր է, և հաճախ բուժման հաջողությունը կարող է ընդհատվել կրկնողություններով: Հաճախ գույզի հուզական զարգացումները ընդգրկվում են բուժական գործընթացում, ինչը պետք է գուշորեն հաշվի առնել: Կիրառվում է վարքային հոգեթերապիա, որը կարող է շաբաթներ տևել: Առաջադրվում են ձեռնաշարժության վարժություններ՝ սկզբում գուզնկերուհու ներկայությամբ, այնուհետև նրա ակտիվ մասնակցությամբ՝ մինչև իմիսիայի իրականացում այն պահին, երբ սերմնաժայթքումն ուր որ է վրա է հասնելու:

Որպես դեղորայքային բուժում կիրառվում են նյարդային գրգռի հաղորդականությունը հեշտացնող պրեպարատներ, օրինակ՝ պրոզերին, գալանտամին:

### ***Վաղաժամ սերմնաժայթքում***

Վաղաժամ սերմնաժայթքումը (ՎՍ) (Ejaculatio Praecox, EP) տղամարդկանց սեռական խանգարումների մեջ գերակշիռ տեղ է զբաղեցնում: Գրեթե բոլոր տղամարդիկ իրենց առաջին սեռական հարաբերությունը ավարտում են վաղ սերմնաժայթքմամբ: Սակայն պատանեկության շրջանում նմանատիպ սեռական դրսևորումը համարվում է նորմալ, թեև սուբյեկտիվ գնահատականը, որ հաճախ տրվում է նմանատիպ դեպքերում, երբեմն կարող է ծայրաստիճան բացասական լինել և անհանգստության աղբյուր դառնալ: Վաղ սերմնաժայթքումը այս տարիներին դեռևս վաղաժամ սերմնաժայթքում չէ, քանի որ պատանին պարզապես դեռ չի սովորել կառավարել սերմնաժայթքումը, մի հատկություն, որ զարգանում է սեքսուալ փորձառության աճի հետ և հետևաբար պահանջում է որոշակի ժամանակ: Ինչևիցե, շատ տղամարդկանց համար սերմնաժայթքման կառավարումը այդպես էլ մնում է անհասանելի հմտություն, և վաղաժամ սերմնաժայթքումը նրանց սեռականության դրսևորման սովորական ստերեոտիպն է դառնում: Վաղաժամ սերմնաժայթքման տարածվածությունը ըստ տարբեր հեղինակների կազմում է 30% -ից մինչև 75%: Թվերի այսպիսի լայն տատանումը պայմանավորված է ՎՍ բնորոշման անորոշության հետ: Շատ դեպքերում վիճակը բարդանում է երկրորդային էրեկտիլ դիսֆունկցիայով, և այցելուն դիմում է բժշկի այլ գլխավոր գանգատով:

### **ԲՆՈՐՈՇՈՒՄԸ ԵՎ ԱԽՏՈՐՈՇԻՉ ՉԱՓԱՆԻՇՆԵՐԸ**

DSM-IV-ում վաղաժամ սերմնաժայթքումը բնորոշվում է հետևյալ չափանիշներով՝

- Ա. Մշտական կամ պարբերաբար կրկնվող այնպիսի սերմնաժայթքում, որն առաջանում է ինտրոմիսիայից անմիջապես հետո կամ հենց դրա ժամանակ, նախքան անձը ցանկանում է այդ: Սերմնաժայթքմանը նախորդող գրգռման փուլը կարճատև է, որը գնահատում է բժիշկը՝

ելնելով մի շարք չափանիշներից, ինչպիսիք են՝ տարիքը, գուգրնկերուհու կամ սեքսուալ գրգռիչի նորույթը, նախորդող սեքսուալ արստինենտ շրջանի տևողությունը:

Բ. Խանգարումը լուրջ անհանգստություն է պատճառում անձին կամ առաջացնում է միջանձնային խնդիրներ:

Գ. Վաղաժամ սերմնաժայթքումը հետևանք չէ որևէ դեղամիջոցի կամ այլ նյութի ուղղակի ազդեցության:

Վաղաժամ սերմնաժայթքման բնորոշումը միշտ եղել է վիճահարույց խնդիր: Վասիլչենկոն գտնում է, որ սերմնաժայթքումը վաղաժամ պետք է համարել, եթե այն հայտնվում է ինտրոմիսիայից հետո՝ մեկ րոպեի ընթացքում կամ 20 ֆրիկցիայից հետո: Այսպիսի սերմնաժայթքումը նա անվանում է բացարձակ վաղաժամ սերմնաժայթքում՝ *ejaculatio praecox absoluta-EPA*: Իսկապես, իր լայնածավալ հետազոտության արդյունքում Կինգին պարզել է, որ ամերիկացի տղամարդկանց հիմնական մասը՝ համարյա 75%-ը, սերմնաժայթքում են ունենում ինտրոմիսիայի պահից հաշված 2 րոպեի ընթացքում: Այս ցուցանիշը, սակայն, չի բնութագրում տղամարդու կամ նրա գուգրնկերուհու բավարարվածության մակարդակը: Մաստերսի և Ջոնսոնի կարծիքով, վաղաժամ պետք է համարել գուգրնկերուհու սեքսուալ բավարարման համար անհրաժեշտ ժամանակից շուտ սերմնաժայթքումը, եթե կինը չի տառապում անօրգազմիայով: Վասիլչենկոն նույնպես նշում է վաղաժամ սերմնաժայթքման այս ձևի մասին, անվանելով այն *ejaculatio praecox relativa-EPR*՝ հարաբերական ՎՍ, եթե սերմնաժայթքումը տեղի է ունենում ինտրոմիսիայից 1րոպե անց, բայց նախքան կնոջ հեշտանքը: DSM-IV-ում, ինչպես նշվեց վերևում, «*վաղաժամի*» ցուցանիշը ոչ թե ժամանակն է (1 կամ 2 րոպե), ֆրիկցիաների քանակը (20-25) կամ անձնական բավարարումը (ելնելով կնոջ հեշտանքից), այլ *սերմնաժայթքման կառավարման սուբյեկտիվ զգացողությունը*: Այս մոտեցումը, ըստ երևույթին, ավելի գործնական է, քանի որ որոշ տղամարդիկ և նրանց գուգրնկերուհիներ ամենևին էլ անհանգստացած չեն վաղ սերմնաժայթքման փաստով: Այս վիճակի կապակցությամբ օգնություն փնտրողները այն անբավարարված տղամարդիկ են, ովքեր *սերմնաժայթքում են ունենում ոչ այն ժամանակ, երբ կցանկանային*:

Հաճախ (բայց ոչ միշտ) վաղաժամ սերմնաժայթքումը գուգրնկերուհու մոտ դժգոհություն է առաջացնում և միջանձնային խնդիրների պատճառ դառնում: Նման իրավիճակում տղամարդն ապրում է ամոթի, նսեմացման զգացումներ: Նրա գուգրնկերուհին սկզբում կարող է շփոթմունքի մեջ հայտնվել՝ իրեն մեղավոր համարելով իրավիճակի կապակցությամբ, սակայն ավելի հաճախ կանայք, հատկապես սեռական հարցերից տեղեկացվածները, հուսախաբության զգացում են ունենում, դառնում անհամբեր և զայրացկոտ: Սա իր հերթին էլ ավելի է ուժեղացնում տղամարդու տագնապը և խորացնում սեռական խանգարումը:

Տարբերում են վաղաժամ սերմնաժայթքման *ստաջնային* և *երկրորդային* ձևերը: Առաջնային ձևը գոյություն ունի սեռական կյանքի հենց սկզբից: Երկրորդային վաղաժամ սերմնաժայթքումը, որ պայմանավորված է հոգեսեքսուալ տրավմայով, բավականին հազվադեպ հանդիպող վիճակ է: Երկարատև սեռական ձեռնպահությունը նույնպես կարող է վաղաժամ

սերմնաժայթքում առաջացնել: Սովորաբար այսպիսի դեպքերում տղամարդիկ շատ արագ վերականգնում են կամային կառավարումը, սակայն երբեմն այն չի հաջողվում և պատճառ է դառնում աճող տագնապի:

Բոլոր վաղաժամ սերմնաժայթքում ունեցողները տագնապի զգացում ունեն, որն այս խանգարման առանցքային նախապայմանն է: Կայանալիք սեռական հարաբերությունը թե՛ տղամարդու, թե՛ կնոջ մոտ վատ նախազգացում է առաջ բերում, իսկ սեռական ակտիվությունն ավարտվում է անբավարարվածության զգացումով: Որպես երկրորդային խանգարում առաջանում է սեռական ցանկության իջեցում, իսկ որոշ դեպքերում խանգարվում է էրեկտիլ ֆունկցիան: Երբեմն զարգանում է նաև խուսափում սեռական հարաբերությունից:

### **ՊԱՏՃԱՌԱԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆԸ**

Շատ փորձեր են կատարվել վաղաժամ սերմնաժայթքման պատճառները բացատրելու համար: Այս այցելուների սեքսուալ ստատուսի քննությունը բացահայտում է, որ նրանք հաճախ տեղյակ չեն իրենց սեռական գրգռման մասին կամ ճշգրիտ չեն գնահատում սեքսուալ լարվածության մակարդակը: Այս տղամարդիկ համառորեն, բայց սպարոյուն փորձում են կառավարել իրենց սերմնաժայթքումը և չեն նկատում, թե ինչպես է բարձրանում իրենց գրգռվածության մակարդակը, չեն ապրում այն զգացողությունը, որ անմիջապես նախորդում է հեշտանքին: Հաստատվել է, որ *ընկալման այս խանգարումն էլ հենց ընկած է քննարկվող համախտանիշի հիմքում*: Չգայական ընկալումը պարտադիր պայման է բոլոր կամային ռեֆլեքսների կառավարման համար, և սերմնաժայթքումը բացառություն չի կազմում: Ավելի խորքային մակարդակում այս այցելուները կոնֆլիկտ ունեն սեռական բավարարման և հաճույքի վերաբերյալ, և ճնշում կամ մերժում են իրենց էրոտիկ զգացողությունները, երբ վերջիններս դառնում են «չափից դուրս ուժգին» կամ տևում են «չափից դուրս երկար»: Չգայական ընկալման դեմ վաղաժամ սերմնաժայթքումով այցելուների պաշտպանողական մեխանիզմները խափանում են սերմնաժայթքումը կառավարելու նրանց ջանքերը:

Ի տարբերություն սեռական այլ խանգարումների, վաղաժամ սերմնաժայթքման դեպքում անգիտակից ներհոգեբանական կոնֆլիկտները մեծ դեր չեն խաղում: Վաղաժամ սերմնաժայթքումը հաճախ հանդես է գալիս իբրև մեկուսացված ախտանիշ՝ հիմքում չունենալով հոգեբանական որևէ այլ խնդրի առկայություն: Այս դեպքերում կարելի է խոսել զուտ *սեռական մարզվածության քաղցկալության* մասին: Այլ դեպքերում, վաղաժամ սերմնաժայթքումը կապված է ավելի խորը ներանձնային և միջանձնային խնդիրների հետ: Առաջ է քաշվել մի ենթադրություն, ըստ որի վաղաժամ սերմնաժայթքումը ծառայում է իբրև գործիք կանանց նկատմամբ թշնամանք տաժող տղամարդկանց համար: Այս միջոցով նրանք կարծես վրեժ են լուծում՝ կնոջը գրկելով ամենաբաղձալի հաճույքից: Հոգեվերլուծության տեսանկյունից վաղաժամ սերմնաժայթքումը ամորձատման բարդույթի դրսևորում է: Այս դեպքում հեշտոցը դիտարկվում է իբրև սպառնացող և սարսափ ներշնչող օրգան, իսկ վաղ սերմնաժայթքումը այն միջոցը, որի շնորհիվ կարելի է հնարավորինս շուտ «դուրս հանել առնանդամը այնտեղից»: Կլինիկական ակնբերությունը վկայում է, որ այս այցելուների հոգեբանական խնդիրները միանման չեն: Կարելի է հանդիպել կանանց նկատմամբ ինչպես

ջերմ և սիրագորով, այնպես էլ թշնամական վերաբերմունքով տղամարդկանց, գուզընկերուհիները նույնպես տարբեր կարող են լինել: Այս պատճառով յուրաքանչյուր դեպքում հարկավոր է անցկացնել հոգեդինամիկ և միջանձնային հարաբերությունների քննություն՝ կիրառելով անհատական մոտեցում:

### **ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄԸ**

Հոգեթերապիայի բարձր արդյունավետությունը ցույց է տալիս, որ առաջնային վաղաժամ սերմնաժայթքումը հազվադեպ է օրգանական ծագման լինում: Այնուհանդերձ կան ուռոգենիտալ և նյարդային համակարգի որոշ բնածին հիվանդություններ, որոնք կարող են առաջացնել առաջնային ՎՍ: Ամենից հաճախ հանդիպող ախտաբանական վիճակներն են spina bifida-ն և պարացենտրալ բլթակների համախտանիշը: Սրանք հազվադեպ հանդիպող վիճակներ են, որոնց ժամանակ դիտվում են այլ կլինիկական ախտանշաններ, ներդրողիական նշաններ:

*Պարացենտրալ բլթակների համախտանիշի* դեպքում, որը ուռոգենիտալ ֆունկցիաները վերահսկող կեղևային կենտրոնների ախտահարման հետևանք է, վաղաժամ սերմնաժայթքումը ուղեկցվում է գիշերամիզության, հաճախամիզության հետ: Բնորոշ են կոնստիտուցիոնալ պարամետրերին չհամապատասխանող վաղաժամ օյգարիսեն, ինչպես նաև պիրամիդային համակարգի ախտահարման նշաններ՝ արիլեսայան ռեֆլեքսների ինվերսիա, ոտնաթաթերի կլոնուս, Բարինսկու և Ռոսոլիմոյի ախտանիշներ, ռեֆլեքսային գոնաների լայնացում, անիզոկորիա, օրալ ավտոմատիզմի արտահայտումներ:

Երկրորդային ՎՍ-ի հիմքում ավելի մեծ հավանականությամբ ընկած են օրգանական պատճառներ, հատկապես երբ սերմնաժայթքման կառավարման կորուստը ոչ մի կերպ կապված չէ փսիխոէնոցիոնալ սթրեսի կամ սեռական փոխհարաբերությունների էական փոփոխության հետ: ՎՍ-ի առաջացման պատճառներից մեկը կարող է լինել էրեկտիլ դիսֆունկցիայի զարգացումը: Օրգանական պատճառներով առաջացած էրեկտիլ դիսֆունկցիան կարող է առաջ բերել ՎՍ, քանի որ այդ ձևով հնարավոր է խուսափել էրեկցիայի խանգարման դրսևորումից, այլ խոսքերով ասած, այցելուն սերմնաժայթքում է կատարում նախքան էրեկցիայի կորուստը:

Որոշ վիրահատություններ և ողնուղեղի վնասվածքներ խաթարում են էյակուլյացիան կարգավորող ողնուղեղային կենտրոնների և նյարդերի գործունեությունը՝ առաջ բերելով երկրորդային ՎՍ: Որոշ ուռոգենիտալ բորբոքային գործընթացներ, ինչպիսիք են շագանակագեղձի բորբոքային հիվանդությունները, նույնպես առաջացնում են սերմնաժայթքման երկրորդային խանգարումներ: Այսպիսով, երբ նախկինում սերմնաժայթքումը հաջողությամբ կարգավորող տղամարդը կորցնում է իր այդ ունակությունը, մանրագին ուռոգենիտալ և ներդրողիական քննությունը դառնում է պարտադիր:

### **ԲՈՒԺՈՒՄԸ**

Վաղաժամ սերմնաժայթքումը մեծ արդյունավետությամբ բուժվում է սեքս-թերապիայի միջոցով՝ օգտագործելով “squeeze” կամ “stop-start” մեթոդները: Վարքային փսիխոթերապիայի այս մեթոդների կիրառմամբ հնարավոր է դառնում վերացնել ախտանիշը, անգամ եթե այն ծառայում է իբրև անգիտակից պաշտպանական մեխանիզմ: Այնուհանդերձ, երբ վաղաժամ սերմնաժայթքումը նշանակալից դեր է խաղում այցելուի հոգեդինամիկ զարգացման կամ գույզի

փոխհարաբերությունների ներդրումը կազմավորման մեջ, բուժումը հաճախ բարդանում է: Այսպիսի դեպքերում սեռական խանգարման վերականգնումը կարող է վտանգվել այցելուի մոտ տազնապի առաջացումով և բուժման դեմ պաշտպանական մեխանիզմների ստեղծումով:

Պարացենտրալ բլթերի հիվանդության ժամանակ Վասիլչենկոյի կողմից առաջարկվել է Միխայելիսի ռոմբի շրջանում կատարել 60-80 սմ<sup>2</sup> մակերեսով մաշկի քլորեթիլալին բլոկադաներ:

Խրոնիկական բորբոքային հիվանդությունների հետևանքով առաջացած վաղաժամ սերմնաժայթքումների համար նույնպես օգտագործվում է վերոնշյալ բուժական մեթոդը:

## ***Սեռական ցիկլի ցավային խանգարումներ***

### ***Վազինիզմ***

Վազինիզմը պատկանում է փսիխոգեն սեռական խանգարումների շարքին, որի ժամանակ բացակայում են սեռական համակարգի օրգանական ախտահարումները:

#### **ԲՆՈՐՈՇՈՒՄԸ ԵՎ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՆԿԱՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ**

Ըստ DSM IV-ի՝ «Վազինիզմը կրկնվող կամ մշտական վիճակ է, որի ժամանակ տեղի է ունենում հեշտոցի արտաքին մեկ երրորդի ակամա ջղածիգ կծկում՝ անհնարին դարձնելով սեռական հարաբերությունը»: Այն մեծ անհանգստություն է պատճառում անձին կամ առաջացնում միջանձնային խնդիրներ և պայմանավորված չէ որևէ այլ հիվանդության առկայությամբ:

Հիվանդությունների միջազգային դասակարգման 10-րդ տարբերակում այս սեռական խանգարումը նշվում է իբրև *փսիխոգեն վազինիզմ* և հատուկ շեշտվում է, որ այլ հիվանդությունների ժամանակ առաջացող ցավին սպաստիկ կծկման ձևով հեշտոցային հակազդումը չի կարող համարվել վազինիզմ ոչ օրգանական բնույթի:

Ա. Մ. Սվյադոշչը առանձնացնում է վազինիզմի 3 աստիճան.

1. Կծկումներն առաջանում են սեռական անդամի իմիսիայի կամ գինեկոլոգիական հետազոտությունների ժամանակ:
2. Մկանային կծկումներն առաջանում են սեռական օրգանների շփման ժամանակ:
3. Մկանային կծկումներն առաջանում են սպասվող սեռական ակտի կամ գինեկոլոգիական հետազոտության ենթարկվելու մտքից:

Վազինիզմը կուսական ամուսնության՝ վիրգոզամիայի պատճառ է հանդիսանում: Ամուսիններն ապրում են համատեղ կյանքով՝ իբրև պարզապես ընկերներ կամ քույր և եղբայր: Եվ միայն երեխա ունենալու ցանկությունն է, որ նրանց կարող է ստիպել դիմելու բժշկական օգնության: Որոշ դեպքերում վազինիզմը պատճառ է դառնում սեռական կյանքի ավտերնատիվ ձևերի կիրառման, որը ժամանակավորապես լուծում է խնդիրը:

Վազինիզմին ավելի հակված են այն կանայք, որոնք ունեն բնավորության հետևյալ գծերը՝ էմոցիոնալ անկայունություն, կասկածամտություն,



ներացկոտություն, բարձր ներշնչվողականություն: Պետք է նշել նաև, որ նման կանանց մոտ ցավի ընկալման շեմը շատ ցածր է:

### **ՏԱՐՔԵՐԱԿԻՉ ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄԸ**

Հեշտոցային ներթափանցման դժվարություն ունեցող բոլոր այցելուներին պարտադիր պետք է ենթարկել գինեկոլոգիական հետազոտության՝ բացառելու համար բոլոր այն ախտաբանական վիճակները, որոնք կարող են մեխանիկական արգելք հանդիսանալ հեշտոց մուտք գործելու համար: Հետազոտության ժամանակ կարելի է շոշափել և տեսնել, որ հեշտոցի մկանները ամուր սեղմված են և հեշտոցամուտքը փակ է: Սովորաբար կինը ցավի զգացում է ապրում, երբ հետազոտողը փորձում է զգուշորեն մատը մտցնել նրա հեշտոց: Սակայն շարունակելով այդ փորձը և հատկապես՝ շեղելով կնոջ ուշադրությունը՝ հնարավոր է հասնել հեշտոցի մկանների 10-30 վայրկյան տևող թուլացման: Մատը որոշ ժամանակ հեշտոցի մեջ պահելով՝ կարելի է հասնել նրան, որ կինը դադարի լարվածություն զգալ և ընտելանա այդ վիճակին: Այսպիսով, կինը առճակատվում է այն կարևոր փաստի հետ, որ իր հեշտոցում չկա որևէ մեխանիկական արգելք կամ կառուցվածքային շեղում և այսպիսով համոզվում, որ առնանդամի ներհրման խոչընդոտողը մկանային կծկումն է:

Եթե հեշտոցի մկանները մնում են ամուր սեղմված, հաջորդ ախտորոշիչ քայլը մկանային սպազմի պատճառի բացահայտումն է: Այն կարող է հետևանք լինել ինչպես հոգեբանական, այնպես էլ օրգանական պատճառների: Ցանկացած գինեկոլոգիական հիվանդություն, որ կարող է սեքսը ցավոտ դարձնել, առաջացնում է հեշտոցային մկանների սպազմ: Այդպիսի հիվանդություններից են էնդոմետրիոզը, կոնքի օրգանների բորբոքային հիվանդությունը, վագինիտը, գենիտալ հերպեսը, ծննդաբերական և վիրաբուժական վնասվածքները և այլն:

Այսպիսով, եթե այցելուն նշում է, որ ունի ցավ հեշտոցամուտք ներթափանցման փորձի ժամանակ, ապա բացի մկանային ջղաձգումից, պետք է հաշվի առնել նաև հնարավոր գինեկոլոգիական հիվանդությունները, որոնք ենթակա են համապատասխան բուժման:

### **ՊԱՏՃԱՌԱԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆԸ**

Հոգեվերլուծաբանները գտնում են, որ վագինիզմը միջոց է, որով կինը հրաժարվում է կանացի դերից, ընդդիմանում է տղամարդու սեռական առաջնայնությանը, պաշտպանվում է ինցեստային սպառնալիքից, կանխում է երևակայության մեջ իր ամորձատման պատկերների հայտնվելը:

Կապլանի կարծիքով, վագինիզմը կոնվերսիոն խանգարում է, որը տղամարդկանց հանդեպ թշնամանքի դրսևորում է և անգիտակից ցանկություն ամորձատելու նրանց՝ դրանով վրեժխնդիր լինելով սեփական ամորձատման համար: Հաճախ վագինիզմը հանդես է գալիս հիստերիկ (կոնվերսիոն) մոնոախտանիշի ձևով, որին բնորոշ է կախվածությունը կոնկրետ իրավիճակից և զուգընկերոջից: Հիմնականում նման կանանց մոտ դիտվում է վագինիզմի 2-րդ և 3-րդ աստիճանը:

Իմացական-վարքային հոգեբանության տեսանկյունից վագինիզմը վախի հետևանքով զարգացող ռեակցիա է: Առնանդամի ներհրման պահին իրոք կարող է առաջանալ ցավային զգացողություն՝ կապված ցածր էրոտիկ գրգռվածության հետ, որը լյուբրիկացիայի փսիխոգեն արգելակման հետևանք է: Արդյունքում

ամրապնդվում է այն համոզմունքը, որ առնանդամի ներհրումը կապված է մեծ դժվարությունների՝ ցավի և դիսկոմֆորտի հետ, որն էլ ցավի հանդեպ վախի և ջղաձիգ կծկման ձևով հակազդման պատճառ է դառնում:

Որոշ հեղինակներ վազինիզմը, որի զարգացման հիմքում ընկած է վախը, անվանում են սեքսուալ ֆորբիկ նկրոզ: Սեքսուալ ֆորբիկ նկրոզ ասելով՝ նրանք հասկանում են անհաղթահարելի վախ սեռական ակտից (կոիտոֆոբիա) կամ դեֆլորացիայից (դեֆլորացիոֆոբիա), որը սրվում է անմիջապես սեռական ակտի փորձի ժամանակ՝ դարձնելով անհնարին բուն ակտը և դեֆլորացիան: Նշված դեպքերում ի հայտ են գալիս էմոցիոնալ խանգարումներ՝ տագնապ, անհանգստություն, որի հետևանքով մման կանայք խուսափում են բոլոր այն իրավիճակներից, որոնց կարող է հաջորդել սեռական մերձեցումը, և որպես կանոն հրաժարվում են սեռական կյանքից ընդհանրապես: Ֆորբիկ վազինիզմը ուղեկցվում է փսիխոէրոտիկ գրգռման արգելակմամբ, որն էլ բերում է լյուրիկացիայի խիստ իջեցման, և զարգանում է 3-րդ աստիճանի վազինիզմ:

Վազինիզմի առաջացման պատճառ կարող է հանդիսանալ ուշացած սոմատո-փսիխոսեքսուալ զարգացումը, ոչ ճիշտ սեռական դաստիարակությունը, անբավարար տեղեկացվածությունը, անցյալում ունեցած սեքսուալ տրավմաները (սեռական հետապնդումներ), երբեմն նաև՝ հղիության նկատմամբ վախը: Կարևոր նշանակություն ունեն նաև միջանձնային հարաբերությունները, մանավանդ՝ զուգընկերոջ հանդեպ անվստահությունը:

### **ԲՈՒԺՈՒՄԸ**

Վազինիզմի բուժման համար կիրառվում են մի քանի մեթոդներ. հիպնոսուզեստիկ թերապիա, որն ուղղված է սեռական ակտից կամ գինեկոլոգիական հետազոտությունից առաջ վախի զգացողության հաղթահարմանը, փսիխոթերապիա՝ ուղղված վազինիզմի առաջացման պատճառների բացահայտմանը, սեքս-թերապիա՝ ըստ Մաստերսի և Ջոնսոնի՝ օգտագործելով հեշտոցային լայնացման մեթոդները, ինչպես նաև դեղորայքային բուժում:

## ***Դիսպարեունիա***

### **ԲՆՈՐՈՇՈՒՄԸ ԵՎ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՆԿԱՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ**

Ըստ DSM IV-ի՝ «Դիսպարեունիան սեռական ակտի ժամանակ կրկնվող կամ մշտական ցավային զգացողություններն են, որոնք հանդիպում են և՛ կանանց, և՛ տղամարդկանց մոտ»: Այն լուրջ անհանգստություն է պատճառում անձին կամ ստեղծում է միջանձնային լարվածություն, հետևանք չէ որևէ այլ հիվանդության կամ դեղորայքի ընդունման:

Նախկինում սեռական ակտի ժամանակ սեռական օրգաններում ի հայտ եկող ցավը նկարագրելու համար օգտագործվում էր «գենիտալգիա» տերմինը: Գենիտալգիաներ ասելով հասկացվում էր ինչպես փսիխոգեն, այնպես էլ միզասեռական, գինեկոլոգիական, ներոլոգիական հիվանդություններով պայմանավորված ցավային զգացողությունները: Միևնույն ժամանակ, շատ հեղինակներ նշում են, որ անհրաժեշտ է տարբերակել ֆունկցիոնալ գենիտալգիան այլ հիվանդությունների ժամանակ առաջացած ցավային համախտանիշից:

Հիվանդությունների միջազգային դասակարգման 10-րդ վերանայման համաձայն՝ ոչ օրգանական բնույթի դիսպարեունիան սեռական ակտի ժամանակ առաջ եկող ցավային զգացողություններն են, որոնց հիմքում ընկած են հուզական պատճառներ: Ընդ որում, այս խորագիրը օգտագործվում է, երբ չկան հոգեւեռական այլ խանգարումներ, ինչպիսիք են վագինիզմը կամ հեշտոցի չորությունը:

Ինչպես ասվեց՝ դիսպարեունիան հանդիպում է և՛ կանանց, և՛ տղամարդկանց մոտ, չնայած առաջինների մոտ դրա տոկոսայնությունը անհամեմատ բարձր է: Այն կապված է կանանց սեռականության առանձնահատկությունների հետ, այն է՝ նրանց համար հոգեբանական գործոնների մեծ նշանակությունը, սեռական դրսևորումների կախվածությունը անհատական փորձից և, որ ամենակարևորն է՝ զուգընկերոջ անձնային հատկանիշներից: Վերոհիշյալ նախապայմանները որոշում են կնոջ սեռական կյանքի որակը: Կանանց սեռական խանգարումների պատճառ կարող են հանդիսանալ համեմատաբար թույլ հոգեբանական ազդակները, որը վկայում է նրանց սեռականության խոցելիության մասին:

Դիսպարեունիան կարող է հանդես գալ ինչպես առանձին սեռական խանգարման տեսքով, այնպես էլ սեռական ցանկության բացակայության կամ հեշտանքի խանգարման հետ զուգակցված:

**ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄԸ**

Տարբերակիչ ախտորոշումը անց է կացվում դիսպարեունիայի օրգանոգեն և ոչ օրգանոգեն ձևերի միջև: Սեքսուալ ցավը կարող է հանդես գալ և՛ որպես ախտանիշ՝ գինեկոլոգիական և ուռոլոգիական մի շարք հիվանդությունների կլինիկական պատկերում, և՛ առաջանալ տարբեր հոգեբանական մեխանիզմներով: Օրգանոգեն և փսիխոգեն պատճառների տարբերակման լավագույն մեթոդը ցավի բնույթի, նրա տեղակայման, առաջացման պայմանների և թուլացման միջոցների վերաբերյալ տվյալների մանրակրկիտ հավաքագրումը և ուշադիր վերլուծությունն է: Հայտնի օրինաչափություն է, որ փսիխոգեն ցավը բնութագրվում է իրավիճակային կախվածությամբ, մինչդեռ գինեկոլոգիական հիվանդությունները, ինչպիսիք են, օրինակ՝ էնդոմետրիոզը, վագինիտը, ենթակա են կենսաբանական տատանումների: Բժիշկը պետք է հաշվի առնի նաև, որ ցավի տանելիությունը ենթակա է լայն անհատական տատանումների և նկատի առնի այդ փաստը ցավի ուժգնության վերաբերյալ այցելուի ներկայացրած սուբյեկտիվ գնահատականը վերլուծելիս:

Մովորաբար մանրամասն բժշկական անամնեզի հիման վրա կարելի է նեղացնել ցավի առաջացման պատճառների շրջանակը: Այնուհետև օբյեկտիվ քննության ժամանակ դիտման և շոշափման մեթոդներով վերջնականապես ճշգրտվում է ցավի պատճառը: Շոշափելիս բժիշկը փորձում է վերարտադրել ցավի զգացողությունը: Եթե դա ոչ մի կերպ չի հաջողվում անել, ապա ցավի առաջացման գործում մեծ է փսիխոգեն մեխանիզմի դերը:

**ՊԱՏՃԱՌԱԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆԸ**

Դիսպարեունիան կարող է սեռական կյանքի նկատմամբ անգիտակից կոնֆլիկտների հետևանք լինել: Նման դեպքերում *ցավը կրում է կոնվերսիոն կամ հիստերիկ բնույթ*: Իրենց սեռական կոնֆլիկտները, սեքսի նկատմամբ մեղքի զգացումը և ամբիվալենտությունը այցելուները վերապրում են իբրև ցավի

զգացում, և հաճախ ցավի նշանակության ճանաչումը բերում է բուժման: Երբեմն սեքսուալ ցավը կապված է *դեպրեսիայի, լատենտ շիզոֆրենիայի* հետ: Հակադեպրեսանտների և հակափսիխոտիկ դեղամիջոցների կիրառումը այս դեպքերում բարձր արդյունավետություն ունի: Նորմալ սեքսուալ զգացողությունները ցավի ձևով ընկալելու հակում ունեն *հիպոխոնդրիկ և օրսեսիվ համախտանիշով* անձինք, իսկ թեթև արտահայտված ցավային զգացողությանը չափազանցված հակազդում տալը բնորոշ է *ֆոբիկ-տազնապային* անձանց:

Սեքսուալ ցավ կարող է առաջանալ, երբ սեռական մերձեցման փորձ է կատարվում անբավարար սեռական գրգռման դեպքում կամ սադոմազոֆիստական գործողությունների արդյունքում: Դիսպարեունիան կարող է կապված լինել մկանային լարվածության հետ, որը իմիսիայի իրականացման համար մեծ դժվարություններ է հարուցում, իսկ ներհրումներ կատարելիս լորձաթաղանթի տրավմատիկացիայի հետևանքով առաջանում է ցավ՝ տեղակայված հեշտոցի, փոքր կոնքի և արտաքին սեռական օրգանների շրջանում:

Աններդաշնակ սեռական կյանքը, որը չի համապատասխանում կնոջ սեռական պահանջներին և նախընտրություններին, կարող է ուղեկցվել բացասական էմոցիաներով՝ տհաճություն, զզվանք և այլն: Այս դեպքերում սեքսուալ ֆրոստրացիայով պայմանավորված տհաճ զգացողությունները կնոջ կողմից ընկալվում են իբրև ցավի առկայություն և շարունակաբար կրկնվելով՝ պատճառ հանդիսանում սեռական հարաբերություններից խուսափելու համար:

Ինչպես արդեն նշվեց, կնոջ սեռական կյանքի որակը մեծապես կախված է միջանձնային հարաբերություններից: Կոնֆլիկտների վերբալիզացիայի անկարողությունը, կապված կնոջ անինքնավստահության և չափից դուրս համեստության հետ, բերում է «մարմնի լեզվի» ակտիվացմանը: Սեռական մերձեցման ժամանակ ցավի առաջացումը զուգընկերոջը մերժելու ոչ վերբալ դրսևորումն է:

Ոչ օրգանական ծագման դիսպարեունիան կրում է ընտրողական բնույթ: Սեռական հարաբերությունը ցավոտ է լինում միայն կոնկրետ զուգընկերոջ հետ մերձեցման փորձի ժամանակ, և իսպառ բացակայում է այլ տղամարդկանց հետ սեռական հարաբերություններում: Եթե կինը բացասական վերաբերմունք ունի սեռականության հանդեպ ընդհանրապես, ապա դիսպարեունիայի առաջացումը կախված չէ զուգընկերոջ անձնային հատկանիշներից:

Ոչ օրգանական բնույթի դիսպարեունիայի առաջացմանը կարող է նպաստել նաև հղիության և սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունների նկատմամբ վախը:

Կլինիկական հետազոտությունները ցույց են տվել, որ ոչ օրգանական բնույթի դիսպարեունիայով կանայք հաճախ ունեն թույլ սեռական կոնստիտուցիա, հոգեսեռական զարգացման տարբեր խանգարումներ: Գերակշռում են փսիխոսեքսուալ և սոմատոսեքսուալ զարգացման խանգարումների ուշացած ձևերը՝ պայմանավորված սոցիոզեն և խառը գործոններով:

Ինչպես հայտնի է, սեքսուալության զարգացման վաղ փուլերում մեծ նշանակություն ունեն երեխայի փոխհարաբերությունները մոր հետ: Այս

շրջանում մայր-երեխա շփման միակ և գլխավոր միջոցը տակտիկ զգացողությունն է, որի ընթացքում երեխայի խնամքի ժամանակ մայրը փոխանցում է ամենատարբեր զգացմունքներ՝ սեր, ջերմություն, զգվանք և ասելություն: Աղջիկը պետք է ստանա մորից մարմնական լիարժեք բավարարվածություն, որը հիմք է հանդիսանում նրա առողջ սեռականության ձևավորման համար: Հակառակ դեպքում աղջիկների մոտ ի հայտ է գալիս «դեֆիցիտային» սեռականություն, որը դրսևորվում է տղամարդկանց հետ շփման ժամանակ տագնապի և վախի զգացումով, որն առավել ակնհայտ է դառնում սեռական մերձեցման ընթացքում: Ի վերջո, ծնողների տված հակասեքտուալ դաստիարակության արդյունքում ձևավորվում են ասեքտուալ վարքային ստերեոտիպեր: Սեռական հարաբերության հետ կապված ամեն ինչ նրանք ընկալում են իբրև ոչ կարևոր, ոչ պետքական, երբեմն նույնիսկ՝ զզվելի: Այդ է պատճառը, որ հետագայում սեռական հարաբերության ընթացքում առաջանում են բացասական հույզեր, որոնք ուղեկցվում են տհաճ զգացողություններով և ցավով:

Հաճախ ոչ օրգանական բնույթի դիսպարեունիան պայմանավորված է կանանց անձնային առանձնահատկություններով: Մովորաբար նման կանայք ինֆանտիլ են և էնոցիոնալ ոչ հասուն: Նրանց բնորոշ են բնավորության հետևյալ գծերը. զգայուն են, համեստ, ամաչկոտ, հակված են դեպրեսիվ և հիպոխոնդրիկ ռեակցիաների: Ապացուցված է, որ նման բնավորության գծերով օժտված անձանց մոտ ցավի ընկալման շեմը շատ ցածր է, այսինքն ցավի նկատմամբ ավելի զգայուն են:

Այսպիսով, ոչ օրգանական բնույթի դիսպարեունիան առաջանում է ամուսնական և սեռական աններդաշնակ հարաբերությունների ֆոնի վրա, հատկապես այն կանանց մոտ, որոնք ունեն փսիխոսեքտուալ զարգացման խանգարումներ և անձնային որոշակի առանձնահատկություններ:

### **ԲՈՒԺՈՒՄԸ**

Բուժման հիմնական մեթոդը հոգեթերապիան է: Առավել արդյունավետ է ռացիոնալ հոգեթերապիան, որը ուղղված է ցավի առաջացման մեխանիզմի պարզաբանմանը, ախտաբանական դիրքորոշումներով պայմանավորված սոմատիկ և սեռական անլիարժեքության հաղթահարմանը, այցելուի հետ սեռական ֆունկցիայի ֆիզիոլոգիայի և կանանց սեռական կյանքի հոգեբանական ասպեկտի քննարկմանը:

Քանի որ ոչ օրգանական բնույթի դիսպարեունիան հաճախ պայմանավորված է միջանձնային և սեքսուալ աններդաշնակությամբ և զուգորդվում է այլ սեռական խանգարումներով, անհրաժեշտ է նրանց ներդաշնակեցմանը ուղղված աշխատանք տանել: Այդ նպատակով պետք է ուշադրություն դարձնել զուգրնկերների վերբալ փոխազդեցությանը, ինչը կօգնի հասկանալ ինչպես սեփական, այնպես էլ զուգրնկերոջ խնդիրները և պահանջները, և փոխըմբռնման արդյունքում կբարձրանա սեռական կոմունիկացիայի մակարդակը:

Սակայն միշտ չէ, որ ներանձնային կամ միջանձնային խնդրի վերացումը բերում է ցավային ախտանիշի անհետացմանը: Հաճախ ցավային ախտանիշը կարող է բացասական փորձի հետևանք լինել, որը ամեն անգամ սեռական հարաբերությունից առաջ լարվածության և տագնապի տեղիք է տալիս: Այդ է

պատճառը, որ դիսպարեունիայի բուժման համար բավականին արդյունավետ է սեքս-թերապիայի կիրառումը:

Ոչ օրգանական բնույթի դիսպարեունիայի բուժման համար դեղորայքային բուժումը համարվում է հավելյալ մեթոդ:

### ***Ցավ սերմնաժայթքման ժամանակ***

Այս հազվադեպ հանդիպող համախտանիշը նմանատիպ է կանանց վագինիզմին: Այն առաջանում է տղամարդու ներքին վերարտադրողական օրգանների հարթ մկանների, mm. cremaster-ի և շեքի մկանների ոչ կանոնի, ցավագին կծկումների հետևանքով: Սերմնաժայթքման ժամանակ կամ անմիջապես դրանից հետո տղամարդը ունենում է սպաստիկ ցավի զգացողություն, որի ուժգնությունը կարող է տատանվել թույլից մինչև տանջալից և անզամ աշխատունակությունից զրկող աստիճանի: Ցավը տեղակայված է շեքում և առնանդամի մարմնում, լինում է անցողիկ կամ տևում է մի քանի ժամից մինչև մի քանի օր: Օբյեկտիվ քննության ժամանակ չեն հայտնաբերվում նորմալից շեղման որևէ նշաններ, նույնիսկ ցավի առկայության դեպքում: Երբեմն, սակայն, դիտվում է ամորձապարկի կարմրություն, այտուցվածություն, զգայունություն և լարվածություն:

Այցելուներին այս վիճակը մեծ անհանգստություն է պատճառում: Աստիճանաբար նման տղամարդիկ սկսում են վախենալ հեշտանքից և մշակել դրանից խուսափման տարբեր հնարներ, որը սեքսուալ գրգռման ժամանակ ուժգին կոնֆլիկտ է ստեղծում: Որոշ տղամարդիկ ցավ են զգում ամեն անգամ սերմնաժայթքում ունենալիս՝ ինչպես ձեռնաշարժության, այնպես էլ՝ սեռական հարաբերության ժամանակ: Մյուսները կարող են ցավ զգալ իրավիճակից կախված, երբ սերմնաժայթքման նկատմամբ դրսևորում են ամբիվալենտ վերաբերմունք:

### **ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄԸ**

Կան մի շարք հիվանդություններ, որոնց ժամանակ սերմնաժայթքումը կարող է ուղեկցվել ցավով. դրանցից են պրոստատիտը, էպիդիդիմիտը, վեզիկուլիտը, ատրոֆիկ կուլիկուլիտը, միզուկի հիվանդությունները: Էյակուլյատոր ցավի օրգանոգեն պատճառները սովորաբար հազվադեպ հանդիպող են, սակայն դրանք ամեն դեպքում պետք է բացառել, որպեսզի ուշադրությունից չվրիպեն վտանգավոր հիվանդությունները, ներառյալ՝ առնանդամի քաղցկեղը: Ախտորոշման համար բավական է լինում ցավի վերաբերյալ մանրակրկիտ տեղեկության հավաքագրումը, օրգանական հիվանդությունների բացառումը:

### **ՊԱՏՃԱՌԱԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆԸ**

Գերակշռող դեպքերում այս վիճակի հիմքում ընկած են հոգեբանական մեխանիզմներ: Ամենայն հավանականությամբ էյակուլյատոր ցավը և ուշացած սերմնաժայթքումը միևնույն ախտաբանական վիճակի երկու տարբեր դրսևորումներ են, երկուսն էլ կապված հեշտանքի նկատմամբ ամբիվալենտ վերաբերմունքի հետ:

### **ԲՈՒԺՈՒՄԸ**

Բուժումը իրականացվում է սեքս-թերապիայի միջոցով, որը ունենում է բարձր արդյունավետություն:

## **ԳԼՈՒԽ 10** **ՍԵՌԱԿԱՆ ՆՈՒՅՆԱՅՄԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ**

Սեռական նույնացումը անձի իգական կամ արական ինքնագիտակցումն է, կնոջ կամ տղամարդու կերպարը կրելը: Այն ցույց է տալիս առնականության կամ կանացիության աստիճանը, այն, թե ինչքանով է անձը իրեն պատկերացնում այս կամ այն սեռի դերում և հասարակության մեջ իրականացնում այդ դերային վարքը:

Երբ անձը ներքին անհարմարավետություն է զգում իր սեռային պատկանելությունից, այսինքն իրեն չի պատկերացնում այն դերում, որը սեռապես վերապահված է իրեն, անվանում են *գենդերային դիսֆորիա*: Գենդերային դիսֆորիայի ամենախորը արտահայտված տարբերակը այսպես կոչված՝ *տրանսսեքսուալիզմն է*, երբ անձը հիմնովին ժխտում է իր սեռը և համառորեն ձգտում է իր սեռի վիրահատական վերափոխման, որպեսզի զգա իր մարմնի հարազատությունը իր ընտրած սեռին: Գենդերային դիսֆորիայի ավելի թույլ արտահայտվածության ժամանակ անձը չի ձգտում փոխել իր սեռը, բայց ժամանակ առ ժամանակ իրեն զգալով հակառակ սեռի ներկայացուցիչ՝ հասնում է ներքին բավարարվածության՝ հագնելով այդ սեռի հագուստը և իրեն վերագրելով այդ սեռին բնորոշ գծերը: Սա այսպես կոչված *երկդեր տրանսվեստիզմն է*: Հագուստափոխումը ծառայում է իրեն որպես հակառակ սեռի ներկայացուցիչ պատկերացնելու համար միայն, սեռական գրգռվածության այն չի բերում: Այս հանգամանքն էլ տարբերում է երկդեր տրանսվեստիզմը *ֆետիշային տրանսվեստիզմից*, որի ժամանակ հագուստը այն ֆետիշն է, որի առկայությունը պարտադիր պայման է սեռական գրգռման և հաճույքի ստացման համար:

### ***Տրանսսեքսուալիզմ***

#### **ԲՆՈՐՈՇՈՒՄԸ**

Տրանսսեքսուալիզմը հակառակ սեռի կերպարով ապրելու և շրջապատի կողմից որպես այդպիսին ընդունվելու ցանկությունն է, որն ուղեկցվում է սեփական անատոմիական կառուցվածքից անհարմարավետության և անհամապատասխանության զգացումով: Այդ պատճառով սեռը հորմոնալ կամ վիրահատական ճանապարհով փոխելու հաստատուն ցանկություն է արտահայտվում. տրանսսեքսուալը ձգտում է մարմնին հաղորդել այն տեսքը, որը կհամապատասխանի իր սեռային ինքնագիտակցությանը:

Այս խանգարումն ախտորոշելիս անհրաժեշտ է տրանսսեքսուալ նույնացման նշանների առկազն երկու տարվա կայուն առկայություն, որը չպետք է լինի այլ սոմատիկ կամ հոգեկան խանգարման ախտանիշ, ինչպիսին է շիզոֆրենիան, ինտերսեքսուալ վիճակները, ժառանգական կամ քրոմոսոմային արատները:



Տրանստեքստալիզմի տարածվածությունը ըստ տարբեր հեղինակների տատանվում է 1:37000-ից մինչև 1:100000: Տղամարդկանց և կանանց հարաբերակցությունը համապատասխանաբար՝ 2:1 և 8:1:

#### **ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՆԿԱՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ**

Տրանստեքստալիզմը սկսում է դրսևորվել 2 տարեկան հասակից, երբ աստիճանաբար ձևավորվում է ինքնագիտակցությունը, իսկ հետո նաև՝ սեռային ինքնագիտակցությունը: Երեխաները ցանկություն են հայտնում, որ իրենց անվանակոչեն հակառակ սեռի անուններով: Հասնում են այն բանին, որ կրում են չեզոք սեռի հագուստներ: Վարքային այս խանգարումները ծնողների կողմից վերագրվում են այս տարիքին բնորոշ երեխայական չարաճճիությանը և կամակորոթյանը: Ուստի սկզբնական շրջանում այս խանգարումով երեխաները հեռու են մնում մասնագետի հսկողությունից:

Ավելի բարձր տարիքում սեռադերային խաղեր խաղալիս տրանստեքստալ երեխաները ընտրում են այնպիսի դեր, որը համապատասխանում է իրենց սեռային ինքնագիտակցությանը:

Սեռական հասունացման շրջանում տրանստեքստալիզմի դրսևորումները սրվում են, և սեռային ինքնագիտակցության ու սեփական մարմնի անհամապատասխանության զգացումը դառնում է անտանելի: Երկրորդային սեռային հատկանիշների զարգացումը ընկալվում է ամոթի զգացումով: Հագուստի ընտրությունը կատարվում է այնպես, որպեսզի առավելագույնս հնարավորին դառնա անատոմիական սեռի քողարկումը:

Տրանստեքստալի սեքսուալ կողմնորոշումը համապատասխանում է նրա սեռային ինքնագիտակցությանը: Առաջին հայացքից դա հիշեցնում է հոմոսեքսուալ կապ, այսպես օրինակ՝ արական ինքնագիտակցումով կնոջ սեռական հակումը ուղղված է դեպի կանայք, իսկ իգական ինքնագիտակցությամբ տղամարդկանց մոտ՝ դեպի տղամարդիկ: Այնուամենայնիվ սա հոմոսեքսուալիզմ չէ, քանի որ սեքսուալ կողմնորոշումը համապատասխանում է սեռային ինքնագիտակցությանը և սեռական ցանկությունն ուղղված է հակառակ սեռին:

Սեռը փոխելու հաստատական ցանկությունը աստիճանաբար դառնում է գերիշխող տրանստեքստալի գիտակցության մեջ: Իբրև հակառակ սեռի ներկայացուցիչ ընդունվելու ուժգին ցանկությունը ստիպում է տրանստեքստալին դիմելու վիրահատական միջամտությամբ սեռի փոխմանը: Միայն վիրահատական ճանապարհով սեռի վերափոխումից հետո են այս այցելուները հարմարվում հասարակությանը և իրենց լիարժեք անձ զգում:

Տրանստեքստալիզմի ախտորոշիչ չափանիշներն են՝

1. Հակառակ սեռին պատկանելու ներքին ինքնահամոզում
2. Սեփական մարմնի նկատմամբ օտարության, երկրորդային սեռային հատկանիշների հանդեպ ամոթի և զզվանքի զգացում
3. Սեռը փոխելու մշտական և հաստատուն ցանկություն
4. Հասարակության մեջ իբրև հակառակ սեռի ներկայացուցիչ ընդունվելու համառ ցանկություն:

**ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄԸ**

Հատկանիշներ	Տրանստեքսուալիզմ	Հոմոսեքսուալիզմ տրանստեքսուալ դերով	Մեռական մետամորֆոզի գառանցանք
Կլինիկական առաջին դրսևորման տարիքը	1,5-4 տարեկան	Պուրերտատ շրջան	Ցանկացած տարիք
Մեռային ինքնագիտակցության խանգարում	տոտալ	Մեռադերային մակարդակի վրա	Հոգեկան խանգարման հետևանքով (2րդ-ային)
Մեռադերային վարքի տրանսֆորմացիա	Մեփական ինքնագիտակցությանը համապատասխանող դեր	Առկա է	Հնարավոր է լինել
Մեփական մարմնի նկատմամբ ատելություն	միշտ	չկա	Հոգեկան խանգարման հետևանքով (2րդ-ային)
Զգտում են կրել հակառակ սեռի հագուստ	միշտ	պուրերտատից սկսած	-
Մեռը փոխելու ցանկություն	միշտ	երբեմն	-
Մեռը փոխելու դրդապատճառը	ներքին կոնֆլիկտ	1. Ցանկությունը լինել հետերոսեքսուալ 2. իրենց սիրեն որպես հակառակ սեռի ներկայացուցիչ	Զառանցանքային բնույթ է կրում
Պնդում են, որ իրենց դիմեն հակառակ սեռի անունով	այո	ոչ	–
Ամաչում են հագուստափոխումից	այո	ոչ	ոչ
Հոմոսեքսուալ կապեր	ոչ	այո	չի բացառվում

### **ՊԱՏՃԱՌԱԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆԸ**

Տրանսսեքսուալիզմը առաջանում է ուղեղի այն կառույցների կազմավորման խանգարման հետևանքով, որոնք պատասխանատու են սեռական վարքի ձևավորման համար: Ինչպես հայտնի է, արական պտղի նորմալ ձևավորման համար հարկավոր է էմբրիոնալ անդրոգենների բավարար քանակություն, դրանց ազդման անհրաժեշտ տևողություն, ինչպես նաև էստրոգենների բացակայություն: Իգական պտղի ուղեղային սեռական կենտրոնների ձևավորման համար վերոնշյալ գործոնները դեր չեն խաղում: Ինչպես իգական, այնպես էլ արական պտուղներում տրանսսեքսուալիզմի առաջացման նախադրյալ կարող են հանդես գալ էկզոգեն ազդեցությունները և մոր կողմից որոշակի դեղամիջոցների ընդունումը:

### **ԲՈՒԺՈՒՄԸ**

Բուժումը ուղղված է ոչ թե տրանսսեքսուալի սեռային ինքնագիտակցության վերափոխմանը, որը անհնարին է, այլ վիրահատական ճանապարհով սեռի վերափոխմանը, որից հետո հորմոնալ պրեպարատներով նրա մարմնակազմվածքին տալիս են հակառակ սեռին բնորոշ տեսք: Սովորաբար տրանսսեքսուալը փոխում է անձնագիրը և բնակավայրը ու այլ անունով շարունակում ապրել՝ դառնալով հասարակության լիարժեք անդամ:

### ***Երկդեր տրանսվեստիզմ***

Երկդեր տրանսվեստիզմը հակառակ սեռին պատկանելու զգացողության դրդումով հակառակ սեռի հագուստ կրելն է՝ որպես կենսաձև, բայց առանց ամենափոքր ցանկության վիրաբուժական միջամտությամբ վերջնականապես սեռը փոխելու: Հագուստի փոխելը չի ուղեկցվում գրգռմամբ, որով և երկդեր տրանսվեստիզմը տարբերվում է ֆետիշային տրանսվեստիզմից:

### ***Երեխաների սեռական նույնացման խանգարում***

### **ԲՆՈՐՈՇՈՒՄԸ**

Երեխաների սեռական նույնացման խանգարումը բնորոշվում է գրանցված սեռին պատկանելու մշտական լարված անբավարարության, տհաճության զգացմամբ, հակառակ սեռին պատկանելու համառ ցանկությամբ կամ համոզվածությամբ: Այս խանգարումը սկսվում է վաղ մանկական տարիքում, և ի տարբերություն տրանսսեքսուալիզմի՝ շարունակվում է մինչև սեռական հասունության սկսվելը:

Այս հազվադեպ խանգարումը չպետք է շփոթել ավելի հաճախ հանդիպող սեռադերային ընդունված վարքի ապահարմարվողականության հետ: Ախտորոշման համար նկատի է առնվում արական կամ իգական սեռին պատկանելու զգացման խորը խանգարման առկայությունը: Սեռադերային վարքի տրանսֆորմացիային բնորոշ հակառակ սեռի վարքային դրսևորումները՝ աղջիկների մոտ հստակ արտահայտված տղայական վարքը կամ տղաների մոտ՝ աղջկական վարքը, բավարար չեն:

### **ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՆԿԱՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ**

Սովորաբար այս խանգարումը արտահայտվում է նախադպրոցական տարիքում: Այս խանգարումը առավել հաճախ հայտնաբերվում է տղաների մոտ: Նախադպրոցական հասակից սկսած և հետագայում տղաները տարվում են այնպիսի խաղերով, որոնք համարվում են աղջկական և հաճախ հագնում են աղջկա հագուստ, որը հետագայում դառնում է գերադասելի: Տղաները կարող են ուժեղ ցանկություն ունենալ աղջիկների խաղերին և ժամանցին մասնակցելու. աղջիկ տիկնիկները հաճախ նրանց սիրելի խաղալիքներն են, խաղերում որպես խաղընկեր միշտ ընտրում են աղջիկներին: Հասարակական հալածանքը հաճախ սկսում է ցածր դասարաններում սովորելիս և հասնում է գազաթնակետին միջին դպրոցական տարիքում՝ այլ տղաների կողմից ստորացուցիչ հեզմանքով: Վաղ պատանեկան տարիքում կանացի բացարձակ վարքը կարող է թույլ արտահայտվել, բայց կատամնեստիկ հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ սեռական նույնացման խանգարումներով տղաների 1/3-2/3-ի մոտ պատանեկան և ավելի ուշ տարիքում արտահայտվում է հոմոսեքսուալ կողմնորոշումը: Համենայն դեպս շատ քչերն են հասուն տարիքում ցուցադրում տրանսսեքսուալիզմի հակումը:

Այս խանգարումը աղջիկների մոտ հազվադեպ է հանդիպում: Աղջիկների, ինչպես և տղաների մոտ սովորաբար վաղ է սկսվում հակառակ սեռի վարքի հակումը: Աղջիկները ընկերություն են անում տղաների հետ, ցուցադրում են անհագ հետաքրքրություն սպորտի նկատմամբ, մասնակցում են կռիվներին, չեն հետաքրքրվում տիկնիկներով և կանացի դերային խաղերով: Աղջիկները չեն ենթարկվում հասարակական հալածանքի այնպես, ինչպես տղաները, չնայած ուշ մանկական կամ պատանեկան տարիքում նրանք էլ կարող են ենթարկվել ծաղրի: Աղջիկների մեծամասնությունը պատանեկան տարիքին հասնելուց հետո կարողանում է հաղթահարել տղայի տեսքով երևալու կամ տղայի գործով զբաղվելու համառ ցանկությունը, բայց նրանցից ոմանց մոտ մնում է արական նույնացման հակումը, և կարող է արտահայտվել հոմոսեքսուալ կողմնորոշում:

Սեռական նույնացման խանգարումները հազվադեպ կարող են ուղեկցվել սեռին հատուկ անատոմիական կառուցվածքի մերժմամբ: Աղջկա մոտ դա կարող է արտահայտվել պարբերաբար պնդումներով այն մասին, որ ինքն ունի կամ իր մոտ աճում է տղամարդու առնանդամ, նստած միզելուց հրաժարվելով կամ անընդհատ պնդելով, որ չի ցանկանում, որպեսզի իր մոտ աճեն կրծքագեղձերը կամ սկսվի դաշտանը:

Տղաները պարբերաբար հաստատում են, որ երբ մեծանան՝ կդառնան կին, որ առնանդամն ու ամորձիներն անտանելի են, որ նրանք կանհետանան, և ավելի լավ կլինեք, եթե ընդհանրապես չլինեին:

### **ԲՈՒԺՈՒՄԸ**

Բուժումը հիմնականում կանխարգելիչ է, քանի որ այս խանգարման շատ դրսևորումներ առաջանում և ամրապնդվում են սխալ պատկերացումների հիման վրա: Լրացնելով ծնողների և ուսուցիչների տված տեղեկատվության պակասը կապված երեխայի հոգեսեռական զարգացման հետ, կարելի է կանխել սեքսուալ կոնֆլիկտների զարգացումը, հոգեսեռական զարգացման ընթացքի խանգարումները:

## **ԳԼՈՒԽ 11 ՍԵՌԱԿԱՆ ՆԱԽԸՆՏՐՈՒԹՅԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ**

Սեռական նախընտրության խանգարումները բնորոշվում են սեռական հակման օբյեկտի կամ սեռական ցանկության իրականացման ձևի յուրահատկությամբ, տարօրինակությամբ: Նախկինում այս վարքաձևերը անվանում էին սեռական այլասերումներ: Այժմ առավել ճշգրիտ է համարվում դրանք անվանել պարաֆիլիաներ, քանի որ այլասերումը ենթադրում է բնության և սոցիալական նորմերի խախտում, մինչդեռ ոչ բոլոր պարաֆիլիաներն են խախտում սոցիալական նորմերը և առավել ևս՝ համարվում հիվանդություն: Բայց դրանց գոյությունը ակնհայտորեն անհանգստացնում է ոչ միայն տվյալ պարաֆիլիան կրողին, այլ նաև շրջապատին կարող է տհաճ զգացողություններ պատճառել:

Սեռական նախընտրության խանգարումները սովորաբար անհատին չեն անհանգստացնում, և այդ է պատճառը, որ նրանք հազվադեպ են դիմում բժշկի: Պարաֆիլիաների տարածվածության մասին տվյալները որոշվում են իրավապահ մարմինների չափանիշներով: Նրանց կողմից առաջին հերթին հայտնաբերվում են պեդոֆիլիայի դեպքերը: Մինչև 16 տարեկան երեխաների 10-20% -ը դառնում են պեդոֆիլների, հասուն կանանց 20%-ը՝ էքսիբիցիոնիստների և վուայերիստների զոհը: Սադոմազոխիզմի տարածվածության մասին հավաստի տվյալներ չկան: Սադոիզմի դեպքերը սովորաբար հայտնի են դառնում բռնաբարությունից կամ սպանությունից հետո: Ֆետիշիստները և տրանսվեստիստները հազվադեպ են հայտնվում օրենքի դաշտում: Պարաֆիլիաների ախտաբանական դրսևորումները ի հայտ են գալիս 15-25 տարեկանում, որից հետո խանգարումների հաճախականությունը աստիճանաբար նվազում է:

### **ԲՆՈՐՈՇՈՒՄԸ ԵՎ ԱԽՏՈՐՈՇԻՉ ՉԱՓԱՆԻՇՆԵՐԸ**

Հիվանդությունների միջազգային դասակարգման 10-րդ վերանայման համաձայն բոլոր պարաֆիլիաներին բնորոշ են՝

- պարբերաբար առաջացող ուժգին սեռական հակում և երևակայություններ, որոնք պարունակում են ոչ սովորական առարկաներ և արարքներ,
- անհատը ենթարկվում է այդ հակմանը և ապրում է նշանակալի դիսթրեսի զգացում,
- սեռական նախընտրությունը հաստատուն է և պահպանվում է առնվազն 6 ամիս:

Անկախ առաջացման պատճառից, պարաֆիլիաները ավելի շուտ անհատական զարգացման ընթացքում ձեռք բերված փորձի արդյունք են, այլ ոչ թե բնության սխալմունք: Պարաֆիլիայի բովանդակությունը արմատներ է առնում մանկական և դեռահաս տարիքի սեռական փորձից: Ընդ որում այս կամ այն պարաֆիլիայի տարածվածությունը մեծապես կախված է տվյալ ազգի կենսակերպի և մշակութային նորմերի հետ: Հետաքրքրական է, որ պարաֆիլիաները առավել հաճախ հանդիպում են տղամարդկանց մոտ:

### **ՊԱՏՃԱՍՏԱԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆԸ ԵՎ ԱԽՏԱԾԱԳՈՒՄԸ**

Սեռական նախընտրության խանգարումով հիվանդների 3/4-ի մոտ առկա են հորմոնալ շեղումներ, 1/3-ի մոտ՝ նյարդային ախտանիշներ, քրոմոսոմային շեղումներ, 10% դեպքերում՝ ցնցումային համախտանիշի դրսևորումներ:

Պարաֆիլիաների զարգացման հիմնական մոդելը հոգեդինամիկ մոդելն է, ըստ որի սեռական վարքի շեղումները անավարտ հոգեսեռական զարգացման արդյունք են, երբ տեղի է ունենում հոգեսեռական զարգացման փուլային անցումների ուշացում և որևէ փուլի վրա երկարատև սևեռում: Մեծ ազդեցություն կարող են ունենալ ընտանեկան և սոցիալական հոգետրավմաները, ընդ որում առավել զգայուն են 5-8 տարեկան երեխաները: Մանկապղծումը, ֆիզիկական բռնությունները, սեռական ոտնձգությունները, սիրած անձնավորության լքումը այն պատճառներից են, որոնք կարող են խոչընդոտել հոգեսեռական զարգացման նորմալ ընթացքը: Լիբիդոյի պլատոնիկ-էրոտիկ փուլից սեքսուալ փուլի անցման ուշացումը բերում է նրան, որ որոշակի ռիտուալներ կամ գործողություններ կապակցվում են սեռական հաճույքի հետ և հետագայում դառնում սեռական կյանքի սովորական ստերեոտիպ: Այսպես, օրինակ՝ առաջանում է հակում սեռական հաճույքը ցավ ստանալու կամ ցավ պարզելու միջոցով ստանալու /սադոմազոֆիզմ/:

Ըստ ժամանակակից հոգեվերլուծական տեսության, պարաֆիլիաների էթիոպաթոգենեզի հիմքում ընկած են ոչ միայն ընտանեկան հոգետրավմաները, այլ նաև անձի հոգեբանական պաշտպանական մեխանիզմների առանձնահատկությունները: Նման մեխանիզմները ձևավորում են պարաֆիլիկ երևակայություններ, որոնց էմոցիոնալ ամրապնդման արդյունքում ի հայտ է գալիս տարօրինակ սեռական վարք:

#### **ԲՆՈՒԹԱԳՐՈՒՄԸ**

Սեքսոլոգիական գրականության մեջ նկարագրված են առավել քան 100 տեսակի պարաֆիլիաներ: Դրանցից են՝ ակրոտոմոֆիլիա-սեռական հակում ամպուտացված վերջույթով անձանց նկատմամբ, աուտոնեկրոֆիլիա-երբ ինքն իրեն դիակ է երևակայում, աուտոպեդոֆիլիա-երևակայում են, որ իրենք երեխա են և պահանջում են, որ իրենց հետ վերաբերվեն ինչպես փոքրիկի, կոպրոֆիլիա-սեռական գրգռվածություն կղանքի համից կամ հոտից, ֆրոտաժ-հասարակական վայրերում սեռական օրգանով անձանոթ մարդկանց դիպչելը, հերանտոֆիլիա-սեռական հակում ուղղված ծերերին, նարցիսիզմ-սեռական հակում սեփական մարմնի նկատմամբ, նեկրոֆիլիա-դիակներին ուղղված սեռական հակում, պիկտոֆիլիա-էրոտիկ նկարներ, ֆիլմեր նայելու պահանջ, սկատոֆիլիա-անձանոթ մարդկանց հետ սեռական կամ անվայել թեմաներով խոսելու պահանջ, ուռոֆիլիա-հաճույք են ստանում մեզի հոտից, համից կամ հենց միզարձակման պրոցեսից, զոոֆիլիա-սեռական հակում կենդանիների հանդեպ, զոոսադիզմ-սեռական հաճույք՝ կենդանիներին ցավ պատճառելիս:

Դիտարկենք նշվածներից առավել տարածվածները.

#### ***Ֆետիշիզմ***

Այլ կերպ ֆետիշիզմը անվանում են սեքսուալ սիմվոլիզմ: Որպես սեռական գրգռ և սեռական հաճույքի աղբյուր ֆետիշիստները օգտագործում են գույրնկերոջը հիշեցնող անշունչ առարկաներ: Ֆետիշիզմի զարգացման հիմքում ընկած է շփման խանգարումը, և այդ է պատճառը, որ ֆետիշիստները

նախապատվությունը տալիս են անշունչ առարկաներից սեռական հաճույք ստանալուն, քանի որ վերջիններիս հետ շփումը անհամեմատ հեշտ է: Պատահական չէ, որ ֆետիշիզմը առավել հաճախ հանդիպում է ինտրովերտ, պարփակված, դժվար շփվող անձանց մոտ:

Ֆետիշիզմի ընդհանուր հոգեբանական հիմք է մարդու հակվածությունը ստեղծելու սիմվոլներ և էրոտիզացնելու որոշ առարկաներ: Գոյություն ունեն սիմվոլներ, որոնք այս կամ այն չափով համընդհանուր են, այսինքն կրում են մշակութային սեքսուալ սիմվոլիզմի նշանակություն: Այսպես, տղամարդուն գայթակղում են ոչ միայն կնոջ սեռական օրգանները, այլև սեռական օրգաններ պատկերող նկարները կամ այն առարկաները, որոնք հիշեցնում են կանանց: Պարաֆիլիան ձևավորվում է այն դեպքում, երբ սիմվոլը դառնում է *ֆետիշ*, երբ այն ակամայից կառավարում է սուբյեկտին, դառնալով այն աստիճան անհաղթահարելի, որ խանգարվում է նորմալ սեռական ակտի իրականացումը՝ տառապանքներ պատճառելով անհատին: Օրինակ, տղամարդուն գրավում է ոչ թե կնոջ մարմինը, այլ միայն նրա ոտնաթաթը կամ կուրծքը, կամ էլ կնոջը պատկանող որևէ առարկա՝ կոշիկ կամ ձեռնոց:

Ֆետիշիզմը շրջապատի համար որևէ վտանգ չի սպառնում: Այն ծայր աստիճան աղքատացնում է անհատի սեքսուալ կյանքը՝ զրկելով նրան անձնային որոշակի հատկանիշներից:

Չնայած ֆետիշիստի սեռական կյանքը արտաքինից կարող է թվալ բավականին հարուստ և ոչ ստերեոտիպային, սակայն իրականում դա հոգեսեռականում առկա բացը լրացնելու տարբերակ է: Ֆետիշիստին բնորոշ է ծիսային գործողություններով հարուստ վարքը /ռիտուալիզացված/: Ֆետիշիզմը ձևավորվում է շատ վաղ տարիքում, սովորաբար մինչև սեռական հասունացման շրջանը: Ֆետիշիստը ապրում է միայն սեփական երևակայություններով, իսկ նրանց լիցքաթափման միակ ճանապարհը ձեռնաշարժությունն է: Քանի որ նրանց երևակայությունները կրում են խիստ տարօրինակ բնույթ, նրանք չեն կարողանում պատմել որևէ մեկին, առանձնանում են շրջապատից, խորացնելով իրենց պարփակվածությունը:

### ***Ֆետիշային տրանսվեստիզմ***

Ֆետիշային տրանսվեստիզմը հակառակ սեռի հագուստներ կրելն է՝ սեռական գրգռման հասնելու նպատակով: Ի տարբերություն ֆետիշիզմի, այս դեպքում հագուստը հագնում են արտաքինը հակառակ սեռին նմանեցնելու նպատակով: Սովորաբար կրում են մեկից ավելի առարկաներ, իսկ ավելի հաճախ լրիվ համալիր՝ կեղծամով, դիմահարդարանքով՝ լրիվությամբ զգալով իրենց որպես հակառակ սեռի ներկայացուցիչ: Ֆետիշային տրանսվեստիզմը տարբերվում է տրանսսեքսուալ տրանսվեստիզմից՝ սեռական գրգռման հետ իր սերտ կապով, իսկ հեշտանքից և սեռական լարվածության անկումից հետո՝ հագուստը հանելու, դեն նետելու անգուսպ ցանկությամբ:

Հակառակ սեռի հագուստները կրելու հակումը տրանսվեստիստների մոտ առաջանում է ավելի վաղ, քան ձևավորվում են սեքսուալ ֆետիշները, և կարող է ունենալ տարբեր պատճառներ և մոտիվներ: Մի դեպքում այդ հակումը կապված է անմիջապես պայմանների հետ, որոնք երբևէ տղայի մոտ առաջացրել են առաջին ուժեղ սեռական գրգռվածությունը: Մյուս դեպքում հակառակ սեռի

հազուատ կրելը թույլ է տալիս ազատվել հստակ սահմանված սեռադերային վարքագծից: Երրորդ դեպքում այն պարզապես էրոտիկ դերախաղ է:

### ***Էքսիբիցիոնիզմ***

Exhibition նշանակում է ցուցադրել: Առաջին անգամ էքսիբիցիոնիզմի ախտորոշիչ ցուցանիշները հստակեցվել են Կրաֆտ-Էրինգի կողմից: Այն ունի սեռային բացարձակ պատկանելիություն, քանի որ բնորոշ է միայն տղամարդկանց: Չնայած, ըստ որոշ հեղինակների, այն հանդիպում է նաև կանանց մոտ, ինչպես նաև առավել հատկանշական է մտավոր հետամնացներին և շիզոֆրենիայով հիվանդներին:

Էքսիբիցիոնիզմը հասարակական վայրերում անձանոթ մարդկանց /հաճախ հակառակ սեռի ներկայացուցիչներին/ սեփական սեռական օրգանները ցուցադրելու հակումն է՝ սեռական հաճույք ստանալու նպատակով, առանց ինտիմ հարաբերության առաջարկի և նույնիսկ մտահոգման: Երբեմն ցուցադրման ժամանակ առաջանում է սեռական գրգռվածություն, որը ուղեկցվում է ձեռնաշարժությամբ: Այս հակումը կարող է դրսևորվել միայն հուզական գերլարված վիճակում, որին հաջորդում է տևական շրջան առանց նման երևույթների:

Ընդհանրացնելով գրականության տվյալները, կարելի է ասել, որ հիմնականում էքսիբիցիոնիստներին բնորոշ է ամոթխածությունը, ընկճվածությունը, պարփակվածությունը, համեստությունը և վախկտությունը: Նրանց մոտ արտահայտված է անլիարժեքության զգացումը, նույնիսկ ամաչում են սեփական մարմնից: Էքսիբիցիոնիզմը տիպիկ ներոտիկ ախտանիշ է, որի հիմքում ընկած է անինքնավստահությունը, վախը կանանցից, նրանց հետ շփվելու անկարողությունը և այլն: Հետազոտությունների արդյունքում պարզվել է, որ էքսիբիցիոնիստների մեծ մասը չի հասել սոցիալական հասունության: Դա հետևանք է սեփական ուժերի հանդեպ ծայրահեղ անվստահության, որը դժվարացնում է մրցակցության նրանց դիմակայումը և սահմանափակում ինքնադրսևորման ունակությունը:

Նման հակումը կոմպենսատոր վարքագծի և ագրեսիայի դրսևորման համակցված տարբերակ է: Քանի որ էքսիբիցիոնիզմը վախեցնում է կանանց, այն հաճախ դիտվում է որպես բռնություն: Չնայած գերմանացի գիտնականների կողմից էքսիբիցիոնիզմի վերաբերյալ դատական գործերի հետազոտության արդյունքում որևէ բռնաբարության դեպք չի հայտնաբերվել: 903 երիտասարդ աղջիկների հարցումը ցույց է տվել, որ նրանցից ամեն երկրորդը հանդիպել է էքսիբիցիոնիստի, ինչը նրանց մեծ տհաճություն է պատճառել, սակայն լուրջ հոգեբանական հետևանքներ չի թողել: Նման դեպքերում անհրաժեշտ է պարզապես ուշադրություն չդարձնել կամ հեզմանական ծիծաղել: Էքսիբիցիոնիստը իրեն լավ է զգում, երբ դիմացինը վախենում և խուճապի է մատնվում, հակառակ դեպքում նա իրեն խաբված և հիասթափված է զգում, նույնիսկ ամոթի զգացում է վերապրում:

### ***Վուայերիզմ***

Վուայերիզմը սեռական գործողությամբ զբաղվող կամ մերկացող մարդկանց պարբերաբար կամ մշտապես դիտելու հակումն է:



Սովորաբար այն կատարվում է ուսումնասիրվող օբյեկտներից գաղտնի, առանց վերջիններիս ցանկության: Հիմնականում առաջանում է սեռական գրգռում, որն ուղեկցվում է ձեռնաշարժությամբ: Նշված հակումը համընդհանուր բնույթ է կրում, այսինքն բնորոշ է նաև նորմալ սեռականությամբ շատ անձանց, տարբերությունը այն է, որ վիզուալիստները սեռական հաճույք են ստանում ծածուկ դիտելուց:

Հիմնականում նրանք երիտասարդ, ուշ հասունացած, ամոթխած մարդիկ են: Նրանցից շատերը մանկության և պատանեկության շրջանում հակառակ սեռի հետ շփման դժվարություններ են ունեցել կամ տարօրինակ երևակայություններով ուղեկցված ձեռնաշարժություններ, ինչի համար սուր մեղքի զգացում ունեն: Ինչպես և էքսիբիցիոնիզմը, վուայերիզմը նույնպես խիստ հազվադեպ է ուղեկցվում բռնությամբ: Չնայած, երբ ծածուկ դիտող տղամարդը ձգտում է ուշադրություն գրավել, ապա պետք է զգուշանալ, քանի որ դա կարող է բռնության փորձի վերածվել, ինչը վկայում է նրա մասին, որ նա վուայերիստ չէ:

### ***Պեդոֆիլիա***

Պեդոֆիլիան սեռական հակման իրագործումն է կամ դրա երևակայումը պրեպուերտատ և վաղ պուերտատ շրջանի երեխաների հետ: Պեդոֆիլների մի մասը նախընտրում է որոշակի սեռի երեխաներին, մյուսների համար սեռային պատկանելիությունը էական նշանակություն չունի: Ախտորոշման համար կարևոր է, որպեսզի լրացած լինի պեդոֆիլի 16 տարին և 5 տարվա տարբերություն լինի նրա և հակման օբյեկտի միջև: Այսինքն դեռահասների միջև սեռական հարաբերությունը, ինչպես նաև մեծահասակների սեռական հակումը հանդեպ 13 տարեկանից բարձր դեռահասները, պեդոֆիլիա չի համարվում: Սեռահասուն պատանիների և հասուն մարդկանց, հատկապես տղամարդկանց, սեռական շփումը սոցիալապես չի խրախուսվում, անգամ եթե վերջիններս պեդոֆիլ չեն:

Պեդոֆիլներ են համարվում նաև այն տղամարդիկ, որոնք գերադասում են չափահաս զուգընկերների, սակայն չկայացած կամ անհաջող սեռական հարաբերության առաջացրած ֆրուստրացիաների դեպքում, որպես փոխարինող բավարարվածության օբյեկտ, ընտրում են երեխաներին: Տղամարդիկ, որոնք ոտնձգություն են անում մինչարբունքային հասակի սեփական երեխաների հանդեպ, երբեմն դիմում են նաև այլ երեխաների, ու երկու դեպքում էլ նրանց վարքը սահմանվում է պեդոֆիլիա:

Գոյություն ունի պեդոֆիլիայի դրսևորման մի քանի տարբերակ: Երբեմն այն կարող է երեխայի հանդեպ նուրբ և պլատոնիկ սիրո զգացում լինել՝ առանց սեքսուալ-էրոտիկ հակվածության: Մյուս դեպքում այն դրսևորվում է սեռական բռնության ձևով: Քանի որ վերը նշվածը 2 խիստ տարբեր զգացողություններ են, ակնհայտ է, որ պեդոֆիլների անձի տիպերը նույնպես տարբեր են:

Հասարակության համար մեծ վտանգ է սպառնում, երբ պեդոֆիլիային գումարվում է բռնության հակումը: Հաճախ մարդկանց գիտակցության մեջ նույնացվում են պեդոֆիլի, սեքսուալ մոլագարի և մարդասպանի կերպարները: Որոշ քաղաքագետներ առաջարկում են որպես պեդոֆիլիայի դեմ պատժամիջոց կիրառել քիմիական ամորձատման մեթոդը, սակայն մասնագետները առարկում են, քանի որ բոլոր պեդոֆիլները չեն, որ բռնություններ են գործում երեխաների

հանդեպ, և միայն պեղոֆիլները չեն, որ բռնություններ են կատարում: Բացի այդ, քիմիական ամորձատումը միշտ չէ որ անդարձելի է: Կան դեպքեր, երբ վարքային փսիխոթերապիան առավել օգտակար է:

Խրոնիկական պեղոֆիլիայի բուժումը բավականին բարդ է: Բավականին արդյունավետ է հակաանդրոգենային թերապիայի և փսիխոթերապիայի համակցումը, սակայն այն հաճախ ժամանակավոր բնույթ է կրում:

### ***Սադոմազոխիզմ***

Սադոմազոխիզմը սեքսուալ ակտիվության դրսևորում է, որն իր մեջ ներառում է ցավի, նվաստացման կամ կախյալության էլեմենտներ: Երբ անհատը նախընտրում է լինել ռեցիպիենտը, այսինքն, երբ իրեն են ցավ պատճառում կամ նվաստացնում, ապա երևույթը համարվում է մազոխիզմ, իսկ երբ անհատը նախընտրում է լինել նման ստիմուլյացիայի աղբյուր՝ կոչվում է սադիզմ: Հաճախ նույն մարդը սեռական հաճույք է ստանում և՛ սադիստական, և՛ մազոխիստական ակտիվությունից: Թույլ արտահայտված սադոմազոխիստական դրսևորումները, որոնք կիրառվում են նորմալ սեռական ակտիվության ժամանակ գրգռումը ուժեղացնելու համար, ախտաբանական չեն համարվում: Սադոմազոխիստական կատեգորիային են պատկանում միայն այն դեպքերը, երբ նման ակտիվությունը սեռական գրգռվածության կամ բավարարվածության հիմնական աղբյուրն է հանդիսանում: Սեքսուալ սադիզմը պետք է տարբերակել սեռական զգացողության հետ կապ չունեցող դաժանությունից և շարությունից, որոնց դեպքում բռնությունը սեռական գրգռվածության նպատակով չի իրականացվում:

Ե՛վ սադիզմը, և՛ մազոխիզմը կարող են կրել ինչպես փսիխոտիկ, այնպես էլ պայմանական և խաղային բնույթ:

Մարդը, որի անունով կոչվում է այս սեռական խանգարումը՝ «սադիզմ», ֆրանսիացի արիստոկրատ և գրող մարկիզ Դոնաթիեն-Ալֆոնս-Ֆրանսուա դե Սադն է (1740-1814): Նա սեռական հաճույք էր ստանում՝ իր գոհերին ենթարկելով տարբեր բռնությունների: Չոհերը սկզբնական շրջանում մարմնավաճառներ էին, իսկ հետո՝ երեխաներ: Այդ է պատճառը, որ մարկիզ դե Սադը իր կյանքի մեծ մասը անց է կացրել Բաստիլիայում և հոգեբուժարաններում: Նա իր հիվանդագին երևակայությունները և կյանքի փորձը շարադրել է բազմաթիվ վեպերում՝ «Ժյուստինա», «Սոդոմի 120 օրը» և այլն:

Սադիստները հիմնականում փսիխոպաթներ են. տիրելով գոհին, նա այլևս ի վիճակի չէ կառավարելու իր վարքը, կարծես փոխվում է եսը: Նա ոչ միայն բռնաբարում է գոհին, այլև վնասում, երբեմն նույնիսկ սպանում է նրան, և այդ հակումից ետ կանգնելը գրեթե անհնար է:

Սադիստական դրսևորումները սերտորեն կապված են ագրեսիվության հետ: Երբեմն մարդիկ բավարարում են իրենց թաքնված սադիստական մղումները սոցիալապես ընդունված սահմաններում: Այսպես, որոշ սպորտաձևեր, ինչպիսիք են ըմբշամարտը, ձեռնամարտը, ինչպես նաև մարտաֆիլները՝ սադիստական մղումների բավարարման «ընդունելի» միջոցներ են:

Հոգեվերլուծաբանները սադիստական մոդուլները դիտարկում են որպես սադոմազոխիզմի ակտիվ ձև, որն ավելի բնորոշ է տղամարդկանց: Մազոխիստական մոդուլները, որոնց հատկանշական են պասիվությունը, բնորոշ են կանանց: Այս դեպքում ակտիվություն է համարվում այն ամենը, ինչը նպատակին հասնելու համար մղում է որոշակի գործողությունների, միևնույն ժամանակ պասիվությունը համարվում է համբերության միջոցով նպատակին հասնելու տարբերակ: Չնայած, այս ամենը չի նշանակում, որ սադիզմը ավելի հաճախ հանդիպում է տղամարդկանց մոտ, իսկ մազոխիզմը՝ կանանց: Հետաքրքիր է այն հանգամանքը, որ երկու տեսակի հակումներն էլ առավել հաճախ հանդիպում են տղամարդկանց մոտ: Շատերի մոտ սադիստական մոդուլները դրսևորվում են միայն երևակայություններում՝ նպաստելով սեռական գրգռվածությանը:

Հակառակ սադիզմի, մազոխիզմը անհագ և կրքոտ ցանկությունն է՝ ենթարկվելու ցավային ազդակների, պատժի և նվաստացման:

«Մազոխիստ» անվանումը ծագել է ավստրիական գրող և իրավաբան Լեոպոլդ ֆոն Չախեր-Մազոխի անունից (1836-1895), որը իր ապրումները նկարագրել է հայտնի «Վեներան Մեխախում» վեպում: Չախեր-Մազոխը փոքր տարիքում շատ էր սիրում կարդալ քրիստոնյաների տանջանքների և տառապանքների մասին, որը նրան հասցնում էր տենդային վիճակի, ընդ որում՝ իրեն երևակայում էր գոհի դերում:

Մազոխիզմը, ի տարբերություն սադիզմի, սոցիալական վտանգ չի սպառնում:

Հոգեվերլուծաբանները մազոխիզմը դիտարկում են որպես սեփական անձի դեմ ուղղված ագրեսիա: Նրանք հակված են այն մտքին, որ ցանկացած ագրեսիա իր մեջ ներառում է սեքսուալ բնույթ կրող սադիստական բաղադրիչ: Այդ է պատճառը, որ սադիզմը և մազոխիզմը չեն տարանջատվում միմյանցից և դիտարկվում են իբրև մեկ խանգարում՝ սադոմազոխիզմ: Սրանք մեկը մյուսին լրացնող սեքսուալ պարաֆիլիաներ են: Միևնույն անհատի մոտ կարող են հայտնաբերվել այս երկու տեսակի հակումներն էլ, և այս կամ այն դրսևորումը կախված է արտաքին պայմաններից և գույրնկերոջ վարքային առանձնահատկություններից:

Սադոմազոխիստական բռնությունները և ստորացումը կամ նվաստացումը հաճախ կրում են պայմանական-խաղային բնույթ և կատարվում են փոխհամաձայնեցված:

Երբեմն միևնույն մարդու մոտ դիտվում է սեռական նախընտրության մեկից ավելի խանգարումներ, առանց նրանցից որևիցե մեկի գերակշռման: Առավել հաճախ զուգակցվում են ֆետիշիզմը, տրանսվեստիզմն ու սադոմազոխիզմը:

Գոյություն ունեն նաև սեռական նախընտրության խանգարման հազվադեպ հանդիպող տեսակներ, ինչպիսիք են անպարկեշտ հեռախոսային զանգեր, սեռական գրգռման համար հասարակական վայրերում մարդկանց քսվելն ու նրանց հպվելը /ֆրոտերիզմ/, հակում կենդանիների հետ սեռական հարաբերության /զոոֆիլիա/, արյունատար անոթների սեղմում սեռական գրգռվածության սաստկացման համար և այլն:

## **ԳԼՈՒԽ 12** **ՍԵՌԱԿԱՆ ՉԱՐԳԱՅՄԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ**

Այս խմբին են պատկանում հոգեբանական և վարքային խանգարումներ, որոնք կապված են սեռական զարգացման և օրինատացիայի հետ: ‘Դրանք են՝

### ***Սեռական հասունացման խանգարումներ***

Սեռական զարգացման այս խանգարման դեպքում անձը համոզված չէ իր սեքսուալ օրինատացիային, որը տազնապի և դեպրեսիվ ապրումների պատճառ է դառնում:

### ***Էզոդիստոնիկ հոմոսեքսուալիզմ***

#### **ԲՆՈՐՈՇՈՒՄԸ ԵՎ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՆԿԱՐԱԳՐՈՒԹՅՈՒՆԸ**

DSM IV-ում էզոդիստոնիկ հոմոսեքսուալիզմը բնութագրվում է իբրև «Հետերոսեքսուալ գրգռման և սեռական ցանկության ձեռքբերում կամ բարձրացում, այնպես, որ հնարավոր դառնա հետերոսեքսուալ փոխհարաբերությունների հաստատումը, անհետանա հոմոսեքսուալ գրգռումը, որը անհանգստություն է պատճառում անձին և մշտական դիսթրեսի աղբյուր է»:

Շատ հոմոսեքսուալներ գոհ են իրենց սեքսուալ կողմնորոշումից և համարում են իրենց սեքսուալությունը միանգամայն նորմալ: Այս անձինք կարիք չունեն իրենց սեքսուալ կողմնորոշման բուժման: Անհատը ցանկանում է վերափոխել իր սեռական կողմնորոշումը և այդ նպատակով դիմում է բժշկի, երբ ներքին կոնֆլիկտի մեջ է իր հոմոսեքսուալ ցանկությունների և մոլումների հետ, ինչը լուրջ տազնապի աղբյուր է դառնում: Սովորաբար սրանք տղամարդիկ են, ովքեր ընդունել են իրենց հոմոսեքսուալիզմը, սակայն չեն համարձակվում ռեալիզացնել այդ մղումը:

#### **ՏԱՐԲԵՐԱԿԻՉ ԱՆՏՈՐՈՇՈՒՄԸ**

Պետք է նշել, որ հոմոսեքսուալության վերաբերյալ տազնապալից մտորումները ամենևին էլ հազվադեպ հանդիպող երևույթ չեն մաս հետերոսեքսուալ տղամարդկանց մոտ: Հետերոսեքսուալ կողմնորոշմամբ հատկապես երիտասարդ տղամարդիկ հաճախ են ունենում հոմոսեքսուալ երևակայություններ, երազանքներ, «մոլումներ», որոնք բերում են տազնապի առաջացման: Քանի որ տղամարդիկ ցավագին են վերաբերվում իրենց տղամարդկային ինքնասիրությանը դիպչող ցանկացած քննարկման, ապա նրանք դժկամություն են դրսևորում իրենց տազնապի կամ դեպրեսիայի բացահայտման իրական աղբյուրի դեմ: Երբեմն կոնֆլիկտն այն աստիճանի սպառնալից է, որ ամբողջովին արտամղվում է գիտակցական ոլորտից, և այցելուին չի հաջողվում տեսնել կապը այդ կոնֆլիկտի և իր ախտանշանների մեջ:

Հոմոսեքսուալության տազնապը հատկապես լայն տարածում ունի ուսանողների շրջանում: Այսպես, մի հետազոտության արդյունքում պարզվել է,

որ ուսանողների 37,5 %-ը ունեցել է «թաքնված հոմոսեքսուալության» վախ, մինչդեռ իրական հոմոսեքսուալ երիտասարդները չնչին տոկոս են կազմել: Մեկ այլ հետազոտության արդյունքում ուսումնասիրվել են հոգեթերապևտիկ օգնության դիմած հետերոսեքսուալ կողմնորոշմամբ տղամարդիկ և պարզվել է, որ նրանց ընդամենը 41%-ը երբևիցե չի ունեցել հոմոսեքսուալության տազնապներ: Հասուն և տարեց հասակում ևս հանդիպում են հոմոսեքսուալության տազնապներ, սակայն ավելի պակաս հաճախությամբ:

Կանայք նույնպես ունենում են հոմոսեքսուալ բովանդակությամբ մտքեր, երևակայություններ և «մղումներ»: Սակայն, ի տարբերություն տղամարդկանց, կանայք իրենց հոմոսեքսուալ կողմնորոշմանը հաճախ հակազդում են տխրության, դեպրեսիայի կամ հուսահատության ձևով և ոչ թե տազնապով, ինչպես դա տեղի է ունենում՝ համեմայն դեպս սկզբնական շրջանում, տղամարդկանց մոտ:

Կարևոր է նշել, որ հոմոսեքսուալ երևակայական պատկերները և դրանց հետ կապված մտահոգությունը հետերոսեքսուալ անձանց մոտ բխում են երկու ակունքից՝ *էրոտիկ* և *ոչ էրոտիկ*: Ամենևին պարտադիր չէ, որ հոմոսեքսուալ երևակայությունների առկայությունը թաքնված կամ դեռևս չբացահայտված հոմոսեքսուալիզմի նշան լինի: Իհարկե, հնարավոր է նաև այդ տարբերակը, սակայն փորձը ցույց է տալիս, որ նմանատիպ դեպքերը շատ քիչ տոկոս են կազմում (տես ստորև): Հետևաբար մտայնությունը, որ հոմոսեքսուալ մտքերը և երևակայությունները ճնշված կամ չգիտակցված հոմոսեքսուալիզմի նշան են, ինչպես վարվում էին անցյալում, հղի է մեծ վտանգով: Այսպիսի այցելուների հոմոսեքսուալ մտքերը և երևակայությունները չեն ուղեկցվում էրոտիկ զգացողություններով, սեռական գրգռմամբ կամ ակտիվությամբ: Նրանք պարզապես միտված են սիմվոլային նշանակություն տալու իրենց ձախողումներին՝ հռչակելով իրենց հոմոսեքսուալներ: Այս վիճակը ընդունված է անվանել *կեղծ հոմոսեքսուալիզմ*:

Կան հոգեբանական վիճակներ, որոնցում տղամարդիկ ակամայից օգտագործելով սեռական օրգաններին վերագրվող սիմվոլիկ իմաստը՝ իբրև ուժի և հզորության խորհրդանիշ, հայտնվում են հոմոսեքսուալիզմի տազնապի մեջ: Այսպես օրինակ, ինքնահաստատման ձախողումները, մրցակից տղամարդկանց՝ հատկապես սիրո և աշխատանքի մեջ զիջելը, կնոջ հետ փոխհարաբերությունների մեջ ենթակայի «ամոթաբեր» դերը, ուրիշներից կախվածությունը և կարիքի մեջ գտնվելը, իրական կամ երևակայելի անհամապատասխանությունը հետերոսեքսուալ վարքում՝ այն հոգեբանական վիճակներն են, որոնք կարող են բերել հոմոսեքսուալ լինելու մտքին: Մխեմատիկորեն դա կարելի է ներկայացնել հետևյալ կերպ՝ ես ձախողակ եմ→ես ամորձատված եմ→ես տղամարդ չեմ→ես նման եմ կնոջ→ես հոմոսեքսուալ եմ:

Այս ամենի հիմքում ընկած է հասարակության մեջ արմատացած այն պատկերացումը, որ իբր տղամարդկությունը ուժ է, վերադրյալություն, իսկ կանացիությունը՝ թուլություն, ստորադրյալություն: Ընդունելով այս պատկերացումը իբրև բացարձակ ճշմարտություն, որոշ տղամարդիկ կապում են հաջողությունը առնականության, իսկ ձախողումը՝ կանացիության հետ: Նմանապես, հոմոսեքսուալության հանդեպ վերաբերմունքը հասարակության

մեջ քննադատական է, այնպես, ինչպես «կանացիության» դրսևորմանը տղամարդու կողմից: Այսպիսով, կանացիությունը և հոմոսեքսուալիզմը կարծես նույնացվում են: Ամեն անգամ բախվելով իրականության հետ, որն իր մեջ պարունակում է սեփական անլիարժեքության գիտակցում, մման տղամարդիկ մմանեցնում են իրենց հոմոսեքսուալներին և դրա դեմ պայքարելու համար գործի դնում հոգեբանական պաշտպանական մեխանիզմներ՝ ուրիշներից ինֆանտիլ կախվածության մեջ ընկնելու կամ նրանց իշխելու անհաջող փորձերի միջոցով: Սա միայն խորացնում է իրավիճակը, քանի որ խոցում է տղամարդկային ինքնասիրությունը:

Իրավիճակը էլ ավելի է բարդանում, երբ միանում են անգիտակից ինքնապաշտպանության այլ մեխանիզմներ և հատկապես այլ՝ ավելի «տղամարդ» տղամարդկանցից նրանց տղամարդկության սեփականացման մեխանիզմը: Տղամարդկային ինքնասիրությունը վերականգնելու այս միջոցը դատապարտված է անհաջողության, քանի որ ուժեղացնում է հոմոսեքսուալ լինելու իրենց տագնապը:

Ավելի ուժեղ տղամարդկանցից կախվածության միջոցով իրենց տղամարդկությունը վերականգնելու հետ մեկտեղ, ոչ հաստատական տղամարդիկ հակված են լրացնելու իրենց «տղամարդկային դեֆիցիտը» իշխանության և ուժի ձեռքբերման միջոցով: Փոխհատուցող այս վարքին բնորոշ է իրենց ընկերների և այլ տղամարդկանց հետ մրցակցության վրա հիմնված հարաբերությունների հաստատումը, ցանկացած միջանձնային հարաբերությանը հաղթանակի կամ պարտության գնահատական տալը: Նրանց կարծիքով թույլ տղամարդը պետք է զիջի ուժեղին, այնպես, ինչպես կանայք են զիջում տղամարդկանց: Երբեմն նրանց տղամարդկային անլիարժեքությունը այնքան ուժեղ է արտահայտված, որ նրանք նախապես համակերպվում են իրենց պարտությանը: Այս տղամարդիկ ժամանակ առ ժամանակ սուր կերպով կանխագգում են իրենց տղամարդկային ինքնասիրության նվաստացման հնարավորությունը:

Կեղծ հոմոսեքսուալության այսպիսի խրոնիկ տագնապը բերում է հոմոսեքսուալ բռնության ենթարկվելու և հատկապես անալ սեռական հարաբերության պարանոյալ սպասումների: Այսպիսի անհատները մտահոգված են իրենց անգործության գիտակցումով, երևակայում են ֆիզիկական հարձակման ենթարկվելու, իրենցից ուժեղ տղամարդու վրեժխնդրության զոհը դառնալու տեսարաններ, այն տղամարդկանցից վնաս կրելու հնարավորություն, ում ուժը նրանք փորձում էին խլել:

Երբեմն հոմոսեքսուալ հետապնդման ենթարկվելու վախը հաղթահարվում է բռնության գործադրման միջոցով: Բռնությունը պաշտպանական մեխանիզմ է, որ կոչված է պահպանելու տղամարդկային ինքնահարգանքը: Ագրեսիվ գերակայությունը և իշխանությունը այլ մարդկանց նկատմամբ փարատում է նրանց հետապնդող կին լինելու մտայնությունը: Սխեմատիկորեն դա պատկերվում է այսպես՝ ես գերիշխում եմ, ամեն ինչ իմ հսկողության տակ է→ես ամորձատված չեմ→կին չեմ→ես հոմոսեքսուալ չեմ:

Կեղծ հոմոսեքսուալության տագնապները կարող են դրսևորվել նաև կանանց հետ հարաբերությունների ընթացքում: Այս դեպքում տղամարդիկ հակված են արժեզրկելու կամ թերագնահատելու կնոջ արժանիքները, որով

հնարավոր է դառնում սեփական տղամարդկային արժանապատվության պահպանումը:

Հոմոսեքսուալ կոնֆլիկտների հաղթահարման անհաջող փորձերը կարող են հանգեցնել հուսահատության, ընդհուպ մինչև ինքնասպանության մտքերի: Հնարավոր է նաև հիպերմասկուլին վարքի որդեգրումը՝ ագրեսիվ տարրերով: Դոմիտանիզմը շատ հաճախ իր հիմքում ունի կեղծ հոմոսեքսուալության տազնապը:

Բուժման ընթացքում ռացիոնալ հոգեթերապիայի միջոցով այցելում համոզվում է, որ ինքը հոմոսեքսուալ չէ, այլ պարզապես օգտագործում է հոմոսեքսուալ սիմվոլիկ-մտապատկերները այլ խնդիրներ լուծելու համար:

Ի տարբերություն կեղծ հոմոսեքսուալների, էգոդիստոնիկ հոմոսեքսուալների հոմոսեքսուալ մտքերը, երևակայական պատկերները, երազանքները ուղեկցվում են սեռական գրգռմամբ: Այսպիսի տղամարդիկ երբեմն դիմում են հոմոսեքսուալ ակտիվության, տղամարդու ներկայությամբ էրոտիկ զգայություններ են ապրում, ձեռնաշարժության ժամանակ տուրք են տալիս համասեռ երևակայական պատկերների:

### **ՊԱՏՃԱՌԱԳԻՏՈՒԹՅՈՒՆԸ**

Ըստ հոգեվերլուծաբանների, էգոդիստոնիկ հոմոսեքսուալիզմի զարգացումը հետևանք է հոմոսեքսուալ հակումների արտամղման, որը նորմալում հոգեսեռական զարգացման բիսեքսուալ փուլի բնորոշ դրսևորում է: Ժամանակակից հոգեվերլուծության տեսանկյունից, խնդրի էությունը հետերոսեքսուալ տազնապի մեջ է, որ հոգեսեռական զարգացման ընթացքում ձեռք է բերում վտանգալից լինելու նշանակություն, ուստի գերադասություն է տրվում ավելի «ապահով» հոմոսեքսուալ ակտիվությանը:

Եթե հոգեսեռական զարգացման ընթացքում վերոնշյալ միտումները խորը արմատներ ունեն, ապա անհատը սեռական հասունացման տարիքում հաստատվում է հոմոսեքսուալ սեռական կողմնորոշման մեջ: Հոգեսեռական զարգացման ոչ այնքան խորը խանգարումների ժամանակ անհատը մնում է հետերոսեքսուալ, սակայն հոմոսեքսուալության մնացորդային կոնֆլիկտի պատճառով ունենում է տազնապի առժամանակյա գրոհներ: Հատկապես բնորոշ է տազնապի առաջացումը այնպիսի իրավիճակներում, որոնք պարունակում են հետերոսեքսուալ ակտիվության բարձր պատասխանատվություն՝ առաջին սեռական հարաբերություն, հուզական ինտիմության բարձր համարում ունեցող կնոջ հետ:

Գիտակցությունից արտամղված այս կոնֆլիկտը կարող է ի հայտ գալ նաև ոչ էրոտիկ մոտիվներով և կեղծ հոմոսեքսուալության պատկեր ստեղծել: Երբեմն հնարավոր է «հոմոսեքսուալ խուճապի» առաջացում, երբ անընդունելի հոմոսեքսուալիզմը ամբողջությամբ հայտնվում է գիտակցության ոլորտում: Նման դեպքերում հնարավոր է ինքնասպանության փորձի ձեռնարկում, ինքնավնասման վարքի դրսևորում:

### **ԲՈՒԺՈՒՄԸ**

Բուժումը մեծ արդյունքներ է տալիս հատկապես հոգեվերլուծության կամ հոգեվերլուծորեն ուղղորդված հոգեթերապիայի կիրառման դեպքում:

### **ԳԼՈՒԽ 13** **ՄԵՔՍՈՒՆՈՒԿԻԱԿԱՆ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆ**

Մեքսիկոյի հետազոտության ժամանակ բժշկի ուշադրությունը առաջնահերթ պետք է ուղղված լինի այցելուի դիմելու դրդապատճառներին: Սա հատկանշական է հոգեբուժական կլինիկաներին: Սոմատիկ բժշկության դեպքում որոշակի քանակությամբ օբյեկտիվ նշանների առկայությունն արդեն բավարար է հասկանալու համար, թե որն է բժշկին դիմելու պատճառը: Ինչքան քիչ են օբյեկտիվ նշանները, այնքան բժշկի համար դժվար է կողմնորոշվել: Այս դեպքում ախտորոշման համար նա հենվում է հոգեբանական, վարքային, սոցիալ տարրերի վրա, որոնց հայտնաբերումը առաջին հանդիպման ժամանակ պահանջում է ոչ միայն բժշկական գիտելիքներ, այլ նաև հարկլինիկական հմտություններ:

Մեկ այլ պարագայում բացառված չէ միաժամանակ մի քանի հիվանդությունների առկայությունը այցելուի մոտ: Օրինակ, շաքարային դիաբետով հիվանդը կարող է միաժամանակ տառապել կաչուն վիճակների ներդրով, քրտով, սնկային բալանոպոստիտով: Մինչդեռ պոտենցիալի թուլությունը կարող է պայմանավորված լինել երկարատև աբստինենցիայով՝ հոսպիտալիզացիայի արդյունքում:

Մեքսիկոյի հետազոտություններն ունեն մի շարք առանձնահատկություններ. հուզող հարցի ինտիմությունը, հիվանդի ինքնամփոփությունը, սեռական կյանքի քննարկման դժվարությունը, սեռական խնդիրների շուրջ խոսելու հմտությունների բացակայությունը և այլն: Մեքսուալ խնդիր ունեցող այցելուները տարբերվում են ներտիկ ախտանիշների առկայությամբ, որը պայմանավորված է մի կողմից սեռական խանգարումների ներտիկ բնույթով, մյուս կողմից երկրորդային՝ սեռական խանգարումների ֆոնի վրա զարգացած ներտիկացիայով:

Մեքսիկոյի հետազոտության ժամանակ կարևոր նշանակություն ունի անհատական մոտեցումը, այսինքն պետք է հաշվի առնել կլինիկական նշանների կախվածությունը տարիքից, կենսաբանական նորմերից (սեռական կոնստիտուցիա), ինչպես նաև այցելուի ազգային, մշակութային առանձնահատկություններից, որոնք անդրադառնում են նրա միջանձնային հարաբերությունների վրա:

Հետազոտությունը իրականացվում է մի քանի ուղղությունով՝

1. Գլխավոր գանգատի պարզաբանում
2. Մեքսիկոյի կարգավիճակի քննություն
3. Բժշկական կարգավիճակի քննություն (նյարդային, էնդոկրին և սեռական համակարգերի գործունեության գնահատում)
4. Հոգեբուժական կարգավիճակի քննություն
5. Հոգեսեռական զարգացման քննություն
6. Միջանձնային հարաբերությունների քննություն:

Մեքսիկոյի հետազոտության վերջնական նպատակը ճշգրիտ ախտորոշումն է: Հաշվի առնելով լայնածավալ ինֆորմացիան, անհրաժեշտ է այն ավելի մանրամասնել, այսինքն հետազոտման ընթացքը բաժանել իրար



հաջորդող փուլերի, որի ժամանակ լիարժեք ախտորոշման նպատակով վեր են հանվում և լուծվում կոնկրետ և հիմնական խնդիրներ: Հատկապես պարզաբանման ենթակա են այնպիսի սկզբունքային հարցեր, որոնք անհրաժեշտ են փսիխոզեն (անձի տիպով պայմանավորված) և սիմպտոմատիկ (այլ հիվանդությամբ պայմանավորված) սեռական խանգարումները միմյանցից տարբերակելու համար:

Հետազոտության փուլերի առաջարկված սխեման իր մեջ ներառում է սեքսոլոգիական պրակտիկայում հանդիպող բոլոր հնարավոր խնդիրների գնահատումը և վերլուծությունը:

### I Փուլ

Առաջին փուլում կատարվում է վերլուծություն «սեքսոլոգիական այցելու» և «ոչ սեքսոլոգիական այցելու» տեսանկյունից, այսինքն բժշկի նպատակն է որոշել՝ այցելուն ենթակա՞ է սեքսոլոգիական հետազոտման և բուժման, թե՞ ոչ:

Պատահում է, որ առաջնային զննման ժամանակ բժիշկ-սեքսոլոգը հանդիպում է այնպիսի խնդիրների, որոնք դուրս են իր մասնագիտական շրջանակներից: Այսպիսի դեպքերում արդյունավետ բուժման համար կարևոր է այցելուին ճիշտ կողմնորոշում տալը: Սեքսոլոգիական պրակտիկայում նման դեպքերի առկայությունը կապված է այն սխալ պատկերացման հետ, իբր սեռական օրգաններում ընթացող բոլոր ախտաբանական պրոցեսները ենթակա են բժիշկ-սեքսոլոգի ուշադրությանը: Այցելուի հետ անցկացված զրույցը սկզբից ևեթ կարող է պարզել, որ սեռական օրգաններում առկա ախտաբանական երևույթները չեն ուղեկցվում սեռական ֆունկցիայի խանգարմամբ: Քիչ չեն դեպքերը, երբ սեքսոլոգներին դիմում են հետևյալ խնդիրներով՝ միզուկից թարախային արտադրություն, սեռական օրգանների շրջանում ցանի և գոյացությունների առկայություն, երբեմն նույնիսկ աբորտի պահանջ, ՉԻԱՀ-ի և սեռական ճանապարհով փոխանցվող այլ հիվանդությունների հետազոտություն և այլն: Նման դեպքերում այցելուներին խորհուրդ է տրվում դիմել ուռոլոգի, վեներոլոգի, գինեկոլոգի օգնության:

Հետազոտության առաջին փուլը իրենից դժվարություն չի ներկայացնում, բայց ամեն դեպքում, մինչև համապատասխան մասնագետին դիմելու խորհուրդ տալը, պետք է համոզվել, որ իրոք բացակայում են սեռական ֆունկցիոնալ խանգարումները:

Եթե պարզվում է, որ այցելուն դիմել է ճիշտ հասցեով, ասպա բժիշկը անցնում է հետազոտության հաջորդ փուլին:

### II Փուլ

Երկրորդ փուլում տարբերակում է անցկացվում «ոչ նորմալ սեռականության» և «սեռական ֆունկցիայի խանգարումների» միջև: Այս փուլում բժշկի նպատակն է ճանաչել սեռական նույնացման խանգարումները, պարաֆիլիաները, սեռական զարգացման խանգարումները և հայտնաբերման դեպքում մշակել դրանց դեմ ուղղված բուժական համապատասխան մեթոդ:

Պարաֆիլիայի առկայությունը տարբեր կերպ է մեկնաբանվում տարբեր անձանց կողմից: Պարաֆիլիկների մի մասը դա շեղում չի համարում և երբևիցե չի դիմում բժշկի: Մյուսներն ընդունում են իրենց ոչ նորմալ սեռական վարքը, ինչը խանգարում է նրանց հասարակական հարմարվողականությանը: Այդ մարդիկ ձգտում են ունենալ ընդունելի սեքսուալություն, որի համար էլ դիմում են բժշկի: Չնայած սեքսուոլոգիական պրակտիկայում նման այցելուները մեծամասնություն չեն կազմում, բայց այնուամենայնիվ կոնտինգենտի անքակտելի մասն են հանդիսանում: Նրանց մոտ զարգանում է ներքին կոնֆլիկտ. գիտակցելով իրենց անընդունելի սեռական մոլորումները, նրանք պայքարի մեջ են մտնում դրանց դեմ: Պարաֆիլիկ սեքսուալության գիտակցումը խոսում է նրա տոտալ, «կորիզային» բնույթի մասին, որը պրակտիկորեն հակադիր է նորմալ սեռական փոխհարաբերությանը: Նման դեպքերում այցելուները անմիջապես գանգատվում են այս կամ այն պարաֆիլիայից:

Այս փուլում պարաֆիլիայի հատնաբերման դեպքում հետագա աշխատանքը ուղղված է բուն պարաֆիլիայի բուժական մեթոդների մշակմանը (հոգեթերապիա, սեքս-թերապիայի ադապտացիոն-կոմպենսատոր տարբերակներ և այլն):

Պետք է նշել նաև այն, որ պարաֆիլիկները հաճախ բուժման դիմում են ոչ այնքան բուժվելու ցանկությունից, որքան մեղքի զգացումից դրդված՝ իրենց սեքսուալության պատասխանատվությունը բուժող բժշկին վերապահելու նպատակով: Պաշտպանական նման մեխանիզմի հիմքում ընկած է այն հանգամանքը, որ ի սկզբանե ակնկալվող անարդյունավետ բուժման արդյունքում նորից կվերադառնան իրենց ոչ նորմալ վարքային ստերեոտիպին՝ իրենք իրենց հավատացնելով, որ ամեն ինչ արեցին խնդիրը լուծելու համար, սակայն բժիշկները չկարողացան օգնել իրենց:

Եթե այս փուլում հայտնաբերվում են սեռական ֆունկցիայի խանգարումներ, հետազոտությունը թևակոխում է հաջորդ փուլ:

### III Փուլ

Երրորդ փուլում վերլուծությունը կատարվում է «սեռական դժվարությունների» և «սեռական դիսֆունկցիաների» տեսանկյունից: Այս փուլում բժշկի նպատակն է տարբերակել սեռական դժվարություններ ունեցող այցելուներին և աշխատանք տանել նրանց հետ: Հաճախ հանդիպող պատճառներից, որոնք ընկած են սեռական անհանգստությունների և դժվարությունների առաջացման հիմքում, կարելի է նշել՝

1. բնական ֆիզիոլոգիական տատանումների ժամանակ առաջացած սեռական դրսևորումների տատանումներին ոչ ադեկվատ ռեակցիան,
2. սեփական սեքսուալությանը չափից ավելի՝ տարիքային և կոնստիտուցիոնալ կենսաբանական նորմերին չհամապատասխանող պահանջների ներկայացումը,
3. զուգընկերոջ ապատեղեկատվությունը և սխալ դիրքորոշումները:

Սեռական դժվարությունների և անհանգստությունների մեծ մասը անհետանում է տեղեկատվության պակասի լրացման կամ ապատեղեկատվության շտկման միջոցով: Միայն որոշ դեպքերում, երբ դրանք կապված են խորը հուզական ապրումների և համոզմունքների հետ, կարող է պահանջվել բուժական միջամտություն:

Եթե այս փուլում հայտնաբերվում են սեռական դիսֆունկցիաներ, ապա անցնում են հետազոտության հաջորդ էտապ:

#### IV Փուլ

Չորրորդ փուլի նպատակն է բացատել բոլոր այն հնարավոր օրգանական խանգարումները և հիվանդությունները, որոնք պայմանավորում են սեռական դիսֆունկցիայի առաջացումը, և հայտնաբերման դեպքում դիմել համապատասխան բուժական միջոցառումների:

Քանի որ օրգանիզմը մեկ ամբողջական համակարգ է, ապա նրանում տեղի ունեցող ֆիզիոլոգիական ցանկացած փոփոխություն անմիջապես բերում է սեռական ռեակցիայի անատոմոֆիզիոլոգիական ապահովման խանգարման: Այսպես, նյարդերի գրգռման շեմի բարձրացումը կամ իջեցումը, էնդոկրին համակարգի դիսբալանսը, նյարդային համակարգի և սեռական օրգանների անատոմիական ամբողջականության խախտումը, հաղորդական ուղիների և անոթների փոփոխությունները ուղղակիորեն անդրադառնում են սեքսուալ ցիկլի նորմալ դրսևորմանը: Նման սեռական խանգարումները կրում են ախտանիշային (սիմպտոմատիկ) բնույթ և պահանջում են լրացուցիչ մոտեցում:

Հոգեսեռական դիսֆունկցիաների մաքուր փսիխոգեն տարբերակները հիմքում ունեն միայն սեռական ֆունկցիայի խանգարման հոգեկան մեխանիզմը. դրանք անձնային առանձնահատկություններով պայմանավորված հոգեսեռական խանգարումներ են, որոնց ժամանակ չեն դիտվում այլ օրգանական հիվանդություններ:

Այս փուլում փսիխոգեն և օրգանական տիպի սեռական խանգարումների տարբերակումը ունի մեծ նշանակություն: Քանի որ փսիխոգեն սեռական խանգարումների ժամանակ չի բացառվում օրգանական գործոնի առկայությունը որպես նպաստող գործոն, և հակառակը՝ օրգանոգեն սեռական խանգարումների ժամանակ կարող է դեր ունենալ փսիխոգեն գործոնը, ապա անհրաժեշտ է ամեն դեպքում կատարել լիարժեք հետազոտություն:

Ոչ խորհրդային դպրոցի սեքսոլոգների համար, որոնք ունեն առավելապես հոգեբուժական և հոգեթերապևտիկ ուղղվածություն, այս փուլը սովորաբար համարվում է վերջինը. այսինքն սեքսոլոգը զբաղվում է միայն փսիխոգեն հոգեսեռական խանգարումների բուժումով: Իսկ օրգանական գործոններով պայմանավորված սեռական խանգարման դեպքում պատճառ հանդիսացող ախտաբանական վիճակները և հիվանդությունները ախտորոշվում և բուժվում են համապատասխան մասնագետների կողմից:

Նախկին խորհրդային երկրներում, ինչպես նաև Հայաստանում, որոշակի սոմատիկ հիվանդությունների հետևանքով առաջացած սեռական խանգարումների բուժմամբ զբաղվում է հենց ինքը՝ բժիշկ-սեքսոլոգը, քանի որ խորհրդային սեքսոպաթոլոգիայի մեթոդաբանական մոտեցումը

համակարգային է, և բժիշկ-սեքսուաթոլոգը տիրապետում է սեքսուալ ֆունկցիան ապահովող միզասեռական, նյարդաբանական, էնդոկրին, անոթային և հոգեբուժական խնդիրների ախտորոշման և բուժման հիմնական մեթոդներին: Ինչևիցե, լիարժեք բուժման համար որոշ դեպքերում պահանջվում է հարակից մասնագետի համագործակցությունը:

Տարբերակիչ ախտորոշման ժամանակ պետք է հաշվի առնել, որ փսիխոզեն սեռական խանգարումները մեծ մասամբ կրում են ոչ թե տոտալ, այլ ընտրողական բնույթ, այսինքն՝ սեռական ռեակցիան կախված է կոնկրետ իրավիճակից: Օրինակ՝ մեկ զուգընկերուհու հետ սեքսուալ հարաբերությունների ժամանակ դիտվում է սեռական թուլություն կամ վաղաժամ սերմնաժայթքում, մյուսի հետ՝ ոչ: Սիրախաղի ընթացքում առկա է կայուն և բավարար էրեկցիա, որը սակայն կտրուկ արգելակվում է ներհրման փորձի ժամանակ: Սպոնտան կամ մաստուրբատոր էրեկցիան պահպանված է, իսկ ադեկվատ էրեկցիան բացակայում է: Նմանատիպ օրինակները բազմաթիվ են:

Ի տարբերություն փսիխոզեն սեռական խանգարումների, օրգանոզեն խանգարումները ընտրողական բնույթ չեն կրում, կախված չեն պայմաններից և կրում են տոտալ, տարածուն բնույթ: Օրինակ, նույն աստիճանի սեռական թուլություն է նկատվում սիրախաղի, բուն ակտի, ձեռնաշարժության և սպոնտան էրեկցիայի ժամանակ: Վերջինս հետևանք է հիմնական հիվանդություններով պայմանավորված սեռական ֆունկցիայի ֆիզիոլոգիական փոփոխությունների և կախված չէ պայմանների հոգեբանական նշանակությունից:

Քանի որ սոմատիկ և հոգեկան հիվանդություններով պայմանավորված սեռական ախտանշանները երկրորդական են, ապա հիմնական հիվանդության բուժման արդյունքում ենթադրվում է սեքսուալ ֆունկցիայի ինքնուրույնության վերականգնում: Սակայն, սովորաբար, հիմնական հիվանդության հետևանքով առաջացած սեքսուալ դիսֆունկցիան ներտիկ մեխանիզմներով ֆիքսվում է և հիմնական հիվանդության բուժումից ինքնուրույնաբար չի վերանում: Այդ պատճառով սկզբունքորեն կարևոր նշանակություն ունի այն հանգամանքը, որ չնայած նոզոլոգիապես պայմանավորված սեռական խանգարումների արմատական բուժմամբ զբաղվում են համապատասխան նեղ մասնագետները, այնուամենայնիվ սեռական ֆունկցիայի լիարժեք վերականգնումը հնարավոր է, եթե հիմնական բուժմանը զուգահեռ սեքսոլոգի կողմից իրականացվի ախտանիշային և ռեաբիլիտացիոն բուժում: Օրինակ՝ շաքարային դիաբետի հետևանքով զարգացող էրեկտիլ դիսֆունկցիայի լիարժեք բուժումը հնարավոր է սեքսոլոգի և էնդոկրինոլոգի համատեղ գործունեությամբ:

Եթե այս փուլում չի հայտնաբերվում օրգանական գործոններով պայմանավորված սեռական խանգարում և հիմնավորվում է, որ սեռական խանգարումը կրում է փսիխոզեն բնույթ, ապա անցնում է կատարվում հետազոտության հաջորդ փուլ:

## V Փուլ

Հինգերորդ փուլում տարբերակիչ վերլուծությունը կատարվում է «սեքսուալ ռեակցիայի ներտիկ ճնշման» և « ոչ ադեկվատ սեռական գրգռման» միջև: Այս

փուլի նպատակն է հայտնաբերել այնպիսի սեռական դիսֆունկցիաներ, որոնց հիմքում ընկած է «սեռականության ներոտիկ ճնշումը», և միջոցներ ձեռք առնել դրանք հաղթահարելու համար:

Սեքսուալ ռեակցիայի ներոտիկ ճնշման ժամանակ մեխանիկական և փսիխոէնդոցինալ գրգիռներին ռեակցիա տալու ընդունակությունն արգելակված է ներոտիկ մեխանիզմով: Ոչ ադեկվատ սեռական գրգռման դեպքում այցելուները նշում են, որ առկա սեռական գրգիռները, որպես խթանիչ ազդակ, բավարար չեն, ինչի արդյունքում չի առաջանում բավարար մակարդակի սեռական գրգռվածություն կամ էլ այն լրիվ բացակայում է:

Սեռականության ճնշման հոգեբանական պատճառները բազմազան են, սակայն, ի տարբերություն ընդհանուր ներոզների, այս դեպքում փսիխոզեն պատճառները ունեն սեքսուալ բովանդակություն և առնչվում են այցելուի փսիխոսեքսուալ առանձնահատկությունների հետ, այսինքն ի սկզբանե ներանձնային կոնֆլիկտը վերաբերվում է սեռական ոլորտին:

Սեռականության դրսևորման ներոտիկ ճնշմանը բնորոշ կլինիկական նշանների մի մասը վկայում է այցելուի ադեկվատ սեքսուալության զարգացման, մյուս մասը՝ սեքսուալ ռեակցիայի արգելակման մասին:

Այցելուի սեռական գրգռման անբավարարությունն ախտորոշելու համար վերլուծվում են նրա էրոտիկ երևակայությունները, հատկապես ձեռնաշարժության, էրոտիկ երազների ժամանակ: Այնուհետև բժիշկը պետք է պարզի սեռական հարաբերության ընթացքում սեքսուալ գրգռման ձևերը և ճշտի՝ համընկնու՞մ են սեռական նախընտրությունները իրական սեռական կյանքի հետ, թե ոչ: Սովորաբար սեռականության ներոտիկ արգելակման ժամանակ սեռական նախընտրությունները համընկնում են իրական սեռական կյանքի փորձի հետ: Այցելուի ադեկվատ սեռական նախընտրությունների մասին է վկայում նաև այն, որ նա նախկինում, միևնույն պայմանների դեպքում, ունեցել է բարեհաջող սեռական կյանք: Եվ երբ նա դադարում է պատասխանել նույն ազդակներին, ապա դա վկայում է ոչ թե սեռական նախընտրության փոփոխության, այլ սեռականությունը արգելակող գործոնների ի հայտ գալու մասին: Օրինակ՝ այցելուն նշում է, որ սեռական ակտի ժամանակ հասնում է բարձր սեռական գրգռվածության մակարդակի (նախաօրգաստիկ պլատո), սակայն բացակայում է բուն հեշտանքը: Այնուհայտ է, որ եթե նա հասել է նախահեշտանքային պլատոյի, ուրեմն փսիխոէնդոցինալ և մեխանիկական գրգիռները համապատասխան ու բավարար էին նաև հեշտանք վերապրելու համար, սակայն վերջինս բացակայում է, քանի որ առկա է ներոտիկ արգելակման գործոնը: Կամ, տղամարդը էրոտիկ շփման ժամանակ, երբ սեռական ակտ չի նախատեսվում, նշում է բավարար էրեկցիայի առկայություն, սակայն վերջինս բացակայում է, երբ նախատեսվում է սեռական ակտ: Այսինքն, սեռական հարաբերության ժամանակ գրգիռները բավարար ու համապատասխան են էրեկցիայի զարգացման համար, սակայն ներոտիկ վախի հետևանքով այն արգելակվում է: Սովորաբար սեռականության ներոտիկ արգելակման պատճառը տազնապի, վախի զգացողությունն է, ինչպես նաև սեռական ռեակցիաների ընթացքի վրա հոգեկան սևեռումը (էրեկցիա, սեռական հարաբերության տևողություն, հեշտանք):

Եթե հայտնաբերվում են սեռականության ներտոնիկ բնույթի արգելակումով պայմանավորված սեռական խանգարումներ, ապա բուժումը հիմնականում ուղղորդվում է այցելուի անձնային խնդիրների լուծմանը, որոնք էլ նշված սեռական խանգարումների պատճառ են հանդիսացել:

Եթե հետազոտության այս փուլում հայտնաբերվում են անբավարար (ոչ ադեկվատ) ստիմուլյացիայով պայմանավորված սեռական խանգարումներ, ապա անցնում են հետազոտության հաջորդ փուլ:

## VI Փուլ

Այս փուլում խոսքը վերաբերվում է էրոգեն գոտիներին: Հնարավոր են էրոգեն գոտիների հետևյալ տարբերակները՝

1. էրոգեն գոտիների բացակայություն,
2. արտազենիտալ էրոգեն գոտիների առկայություն,
3. գենիտալ ոչ ադեկվատ էրոգեն գոտիներ (ոչ ադեկվատ՝ ըստ ստիմուլյացիայի նախընտրության),
4. գենիտալ ադեկվատ էրոգեն գոտիներ (հասուն էրոգեն գոտիներ):

Էրոգեն գոտիների առանձնահատկությունների ախտորոշման համար կարևոր նշանակություն ունի այցելուի ձեռնաշարժության տեխնիկայի և ձևավորված տակտիլ զգացողությունների ստերեոտիպերի հետազոտությունը: Այսինքն, այս փուլում հետազոտությունը կատարվում է «կա էրոգեն գոտի»- «չկա էրոգեն գոտի» տեսանկյունից:

Եթե էրոգեն գոտիները բացակայում են, ապա բուժումը ուղղված է սեքս-թերապիայի միջոցով վերջիններիս ձևավորմանը:

Եթե էրոգեն գոտիները առկա են, ապա հաջորդ փուլում անհրաժեշտ է պարզել նրանց բնույթը, այսինքն՝ գենիտալ են, թե՛ արտազենիտալ: Էրոգեն գոտիների արտազենիտալ տեղակայման դեպքում հիմնական բուժումը ուղղված է բուն գենիտալ էրոգեն գոտիների ձևավորմանը:

## **ԳԼՈՒԽ 14** **ՍԵՌԱԿԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐԻ ԿԱՐԳԱՎՈՐՄԱՆ ԵՎ** **ԲՈՒԺՄԱՆ ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ՄԵԹՈԴԻԿԱՆ**

Սեռական խանգարումների բուժումը պետք է ուղղված լինի նրանց առաջացման պատճառների դեմ՝ ներառելով ախտաբանական գործընթացի զարգացման մեխանիզմները: Սակայն, պետք է հաշվի առնել, որ անկախ սկզբնապատճառից, սեռական անլիարժեքությունն ազդում է մարդու հոգեկան աշխարհի վրա՝ ստեղծելով ախտաբանական գործընթացը խորացնող արատավոր շրջան: Արդյունքում վատթարանում են սեռական գույրնկերների միջանձնային հոգեբանական հարաբերությունները, հաճախանում են կոնֆլիկտային իրավիճակները:

Այս ամենը վկայում է, որ հոգեթերապիան առանձնահատուկ տեղ է գրավում սեռական խանգարումների կարգավորման գործում: Հոգեթերապիան նպատակ ունի կարգավորել ինչպես փսիխոգեն սեռական դիսֆունկցիան, այնպես էլ երկրորդային ներտրիկ ռեակցիաները՝ առավելապես օրգանական ծագման սեռական դիսֆունկցիաների ժամանակ:

Բնական է, որ տղամարդկանց և կանանց սեռական խանգարումների բոլոր ձևերի շտկման ընթացքում հոգեթերապիան պետք է համակցվի բուժական մյուս համապատասխան մեթոդների հետ: Բուժման կարևոր մաս է վնասակար սովորույթների վերացումը՝ ակոհոլի, ծխախոտի չարաշահումը, սննդի նորմալ ռացիոնի կազմակերպումը, քնի կարգավորումը: Ցանկալի է շեղել այցելուի սևեռված մտքերը իր սեռական անլիարժեքությունից դեպի այլ կենսական հետաքրքրություններ, մտավոր և ֆիզիկական աշխատանք:

### ***Սեռական խանգարումների հոգեթերապիան***

Հոգեթերապիան պետք է լինի բուժական ազդեցության չընդհատվող շղթա՝ ներառելով, տարբեր ձևերի ու մեթոդների համակցում:

Հոգեթերապիան անհրաժեշտ է կառուցել փուլային եղանակով, յուրաքանչյուր հանդիպում պետք է լինի նախորդի շարունակությունը: Դրանով ապահովվում է ոչ միայն բուժման ցանկալի արդյունավետությունը, այլ նաև հոգեթերապիայի բուժական կայունությունը:

Ցանկալի է, որ ամեն մի հոգեթերապևտիկ փուլի ժամանակ նշանակվի որևէ բուժական մեթոդ՝ դեղորայք, ֆիզիոթերապիա, օրվա ռեժիմի պահպանում և այլն:

Ամենարևոհանուր մոտեցմամբ՝ հոգեթերապիան ընդգրկում է երեք փուլ:

**Առաջին փուլ** – հոգեկան առողջ մթնոլորտի ձևավորում: Այս էտապի ժամանակ այցելուի հետ անցկացվում են հոգեթերապևտիկ գրույցներ, որոնք ուղղված են սեռական գործունեության մասին նրա ոչ ճիշտ պատկերացումների շտկմանը: Տրվում են տեղեկություններ սեռական օրգանների անատոմիայի, ֆիզիոլոգիայի, նորմայի ու պաթոլոգիայի մասին, բացատրվում են սեռական

խանգարումների պատճառները, սեռական կյանքի հիգիենայի և փսիխոհիգիենայի մանրամասները:

**Երկրորդ փուլ** –այցելուի նյարդային ռեակցիաների շտկում: Այս փուլում հաշվի են առնվում այցելուի բնավորության գծերը, նրա առանձնահատկությունները, զույգի սոցիալ-հոգեբանական, սեքսուալ-էրոտիկ և այլ անհամապատասխանությունները:

**Երրորդ՝ ավարտական փուլում** հոգեթերապիան անմիջականորեն ուղղված է անմիջական սեռական խանգարմանը ու սեռական գործունեության վերականգնմանը: Այս էտապում պետք է հաշվի առնել ոչ միայն սեռական խանգարման պատճառը, այլ նաև ժամանակի ընթացքում որոշ չափով թուլացած կամ մարած սեռական պայմանական ռեֆլեքսները, այցելուի սեռական ակտիվության ֆիզիոլոգիական ռիթմի խախտումները:

Պետք է նկատի ունենալ, որ արդյունավետ հոգեթերապևտիկ բուժումը մի համալիր է, որը ներառում է հետևյալ ձևերն ու մեթոդները.

1. հիպնոսուզեստիկ թերապիա,
2. աուտոգեն մարզում (AT),
3. ռացիոնալ հոգեթերապիա,
4. խմբային հոգեթերապիա,
5. հոգեդինամիկ վերլուծություն,
6. ընտանեկան հոգեթերապիա,
7. վարքային հոգեթերապիա,
8. սեքս-թերապիա:

Հոգեթերապիայի բոլոր մեթոդները հիմնված են բժշկի սենյակում բժիշկ-հիվանդ խոսքային փոխներգործության վրա: *Հիպնոթերապիայի* նպատակը հիպնոտիկ քնի ժամանակ այցելուին համապատասխան ներշնչանքի ենթարկելն է: *Աուտոգեն մարզումը* այցելուի մոտ ձևավորում է ինքնակենտրոնացման, ինքնակազմակերպման և ինքնակառավարման հմտություններ: *Ռացիոնալ հոգեթերապիան* հիմնվում է տրամաբանական դատողությունների միջոցով այցելուի վերահամոզման վրա: *Խմբային հոգեթերապիան* զարգացնում է խմբում անհատի ինքնադրսևորման և ինքնասարտահայտման հմտությունները, ինչը անձի ինքնաճանաչման և միջանձնային հարաբերություններում կատարած դերի իմացության հնարավորություն է: Դրա արդյունքում փոխվում և վերակառուցվում են այցելուի վերաբերմունքը և հուզական հակազդումները: *Հոգեվերլուծական մեթոդի* ժամանակ հուզական ուժգին լարվածություն է ստեղծվում հոգեվերլուծողի և այցելուի միջև, ինչը օգտագործվում է ներհայելու համար այցելուի անգիտակցական կոնֆլիկտները, վախերն ու ցանկությունները, որոնք կարող են ընկած լինել նրա սեռական խնդիրների հիմքում: *Ընտանեկան հոգեթերապևտը*, իբրև հիմք ընդունելով զույգի փոխհարաբերությունների իր դիտարկումները, օգտագործում է դրանք սեռական խանգարման անգիտակից աղբյուրների վրա ազդելու համար: Չույզն առճակատվում է իրենց փոխհարաբերությունների վրա բացասաբար ազդող վարքային դրսևորումների հետ: Միաժամանակ փորձ է կատարվում գիտակցության ոլորտ հանել նրանց մանկական արտացոլումները, որոնք ընկած են միջանձնային նկրտիկ հարաբերությունների և սեռական կյանքի խանգարման հիմքում: *Վարքային հոգեթերապևտը* չի խառնվում անգիտակից պրոցեսներին՝ կենտրոնացնելով իր



ուշադրությունը սեռական վարքի դետալների վրա: Նա շեշտը դնում է սեռական տազնապ հարուցող, վարքի ոչ հարմարողական ձևերի փոփոխության վրա: Օգտագործվում են տազնապը մարող տարբեր տեխնիկական մոտեցումներ, հաճույքածին վարքաձևի ամրապնդումներ: *Մեքս-թերապիան* զուգակցում է վարքային հոգեթերապիայի, հոգեդինամիկ և միջանձնային հարաբերությունների վերլուծության մեթոդները:

### ***Սեռական խանգարումների դեղորայքային բուժումը***

Ե՛վ կանանց, և՛ տղամարդկանց սեռական խանգարումների ժամանակ մեծ կիրառություն ունի դեղորայքային բուժումը: Օգտագործվում են ԿՆՀ-ն խթանող միջոցներ, հոգեմետներ, բիոգեն խթանիչներ, պրոստագլանդիններ, վիտամինոթերապիա, իմունիտետը կարգավորող պրեպարատներ, տեղային անզգայացնողներ, հորմոնալ պատրաստուկներ՝ գոնադոտրոպիններ, անդրոգեններ և դրանց սինթետիկ անալոգներ, անաբոլիկ ստերոիդներ, հատուկ սեքսոլոգիական պրեպարատներ: Սեռական խանգարումների ժամանակ դեղամիջոցի ընտրությունը կապված է հիվանդության պատճառի, նրա տևողության, հիվանդի տարիքի, ուղեկցող սոմատիկ կամ հոգեկան հիվանդությունների առկայության և այլնի հետ: Այս ամենին համապատասխան, դեղորայքային բուժումը կարող է լինել էթիոլոգիկ, պաթոգենետիկ կամ սոմատիկ:

Սեռական խանգարումների բուժման մեջ մեծ տեղ է հասկացվում սանատոր-կուրորտային բուժմանը: Իսկ ֆիզիոթերապևտիկ բուժումը՝ էլեկտրալուսաբուժությունը, վաննաների ընդունումը, ցեխաբուժությունը, բուժական մերսումը, բուժական ֆիզկուլտուրան բարերար ազդեցություն են ունենում օրգանիզմի, մասնավորապես նյարդային, հոգեկան և սեռական համակարգերի վրա: Արդյունավետ է նաև ասեղնաբուժությունը:

Չի կարելի անտեսել նաև ոչ տրադիցիոն բուժական միջոցառումները: Էրեկցիայի խանգարման դեպքում հաճախ են օգտագործվում էրեկտորոթերապիան (արտաքին պրոթեզավորում), տեղային բացասական ճնշում (ՏԲՃ) թերապիան: Այն դեպքում, երբ էրեկցիայի կոնսերվատիվ բուժումը արդյունք չի տալիս, դիմում են վիրաբուժական միջոցառումներին, որոնք ունեն հիմնականում 3 ուղղություն.

1. սեռական անդամի կավերնոզ մարմինների ռեվասկուլյարիզացիա,
2. կավերնոզ մարմինների երակային հոսքի քչացում,
3. սեռական անդամի էնդոպրոթեզավորում (էնդոֆալոպրոթեզավորում):

Սեռական խանգարումների բուժման արդյունքները բավարար են լինում այն դեպքում, երբ օգտագործվում է կարգավորման ու բուժման մեթոդների համալիր՝ ընդգրկելով նաև զուգընկերոջը:

**ԳԼՈՒԽ 15**  
**ԱՄՈՒՄՆԱԿԱՆ ԶՈՒՅԳԵՐԻ ՍԵՌԱԿԱՆ**  
**ԱՆՆԵՐԴԱՇՆԱԿՈՒԹՅՈՒՆ**

***Դասակարգումը ըստ Գ.Լ.Բուրոյանսկու և Վ.Վ.Կրիշտայի***

1. Ամուսինների սոցիալ-հոգեբանական անհարմարվողականություն:
2. Ամուսինների սեռավարքային անհարմարվողականություն:
3. Սեռական աններդաշնակության դեզինֆորմացիոն գնահատման տարբերակ:
4. Տղամարդու պոտենցիայի խանգարման հետևանքով առաջացած սեռական աններդաշնակություն:
5. Կնոջ սեռական ֆունկցիայի խանգարման հետևանքով առաջացած սեռական աններդաշնակություն:

***1. Ամուսինների սոցիալ-հոգեբանական անհարմարվողականություն***

Աններդաշնակության այս ձևի զարգացման հիմքում ընկած է ամուսինների միջանձնային հարաբերությունների խախտումը: Ամուսնական զույգերի սոցիալ-հոգեբանական անհարմարվողականության ամենահաճախ հանդիպող պատճառը փոխադարձ սիրո և հարգանքի բացակայությունն է, ամուսիններից մեկի բնավորության այնպիսի գծերը, որոնք բացասաբար են անդրադառնում մյուսի վրա, տեսակետների, հետաքրքրությունների անհամապատասխանությունը, ընտանիքում ամուսիններից մեկի անընդունելի վերաբերմունքը մյուսի նկատմամբ՝ որպես ամուսին (կին), տղամարդ, հայր (մայր): Որոշ դեպքերում այդ անհամապատասխանությունը առաջանում է ընտանիքի սոցիալ-տնտեսական ոչ նպաստավոր վիճակից: Սեռական աններդաշնակության այս ձևն առաջանում է աստիճանաբար: Այն տղամարդու մոտ դրսևորվում է սեռական ցանկության նվազմամբ, էրեկցիայի թուլությամբ, իսկ կնոջ մոտ՝ սեռական ցանկության նվազմամբ և անօրգազմիայի առաջացմամբ: Պետք է նշել, որ սեռական խանգարումը կրում է հարաբերական բնույթ և ուղղված է կոնկրետ կնոջը կամ ամուսնուն: Որքան երիտասարդ են ամուսինները, որքան քիչ է նրանց ամուսնական փորձը, այնքան նրանք ավելի ենթակա են հոգեբանական անհարմարվողականության:

Սոցիալ-հոգեբանական անհարմարվողականությունն ավելի հաճախ հանդիպում է բարձր կրթական մակարդակ ունեցող մարդկանց մոտ: Բազմազավակ ընտանիքներում այս ձևը շատ հազվադեպ է հանդիպում, բայց լինում է այն դեպքում, երբ նրանք ապրում են ամուսիններից որևէ մեկի ծնողների կամ բարեկամների հետ համատեղ: Դիսհարմոնիայի այս ձևի ժամանակ ընտանիքում հաճախ են լինում կոնֆլիկտային իրադրություններ (ոչ սեռական բնույթի):

## ***2. Ամուսինների սեռավարքային անհարմարվողականություն***

Սեռական աններդաշնակություն կարող է առաջանալ թույլատրելիության շրջանակի անհամապատասխանությունից, սեռական ակտի տեխնիկայի չիմացությունից, անցկացման ոչ օպտիմալ պայմաններից: Այս դեպքում ամուսինների սեռական խանգարումները կկրեն հարաբերական բնույթ: Սեռական աններդաշնակության այս ձևի զարգացումը կարող է պայմանավորված լինել հետևյալ պատճառներով և պայմաններով.

1. Գործողությունների թույլատրելիության բացակայությունը, որն ուղղված է սեռական գրգռվածությանը սիրախաղի ժամանակ:
2. Սեռական ակտի ժամանակ ընդունած անհամապատասխան դիրքը:
3. Օպտիմալ գործողությունների բացակայությունը սեռական ակտի ավարտման փուլում:
4. Ամուսիններից մեկի սեռական վարքը, որը չի համապատասխանում սպասելի կամ ցանկալի մոդելին:

Սեռական դիսհարմոնիայի այս ձևը, որպես օրենք, սկսվում է ձևավորվել հենց առաջին սեռական հարաբերությունից: Մրա ժամանակ տղամարդկանց մոտ կարող է ավելի հաճախ նկատվել էրեկցիայի թուլություն և վաղաժամ սերմնաժայթքում, հետագայում տեղի է ունենում նաև ակտիվության նվազում, առաջանում է սեռական ցանկության նվազում, հեշտանքի բթացում: Կանանց մոտ զարգանում է սեռական հիպեսթեզիա՝ անօրգազմիայով, հետագայում կարող է անգամ զարգանալ սեքսուալ ավերսիա:

## ***3. Սեռական աններդաշնակության դեզինֆորմացիոն-գնահատողական տարրերակ***

Ամուսինների սեռական աններդաշնակությունը կարող է պայմանավորված լինել սեռական ֆունկցիայի նորմայի, պաթոլոգիայի և ֆիզիոլոգիական փոփոխությունների մասին նրանց գիտելիքներով: Սա կարող է նաև նորաստեղծ ընտանիքի՝ սեռական կյանքին անբավարար նախապատրաստության հետևանք լինել: Ամուսինների մոտ հիմնականում բացակայում է սեռական փորձը, որը հաճախ բերում է սեփական սեռական կարողությունների սխալ գնահատման: Մրան հաճախ նպաստում է նաև այն հանգամանքը, որ տարբեր տեղեկատվական աղբյուրներից, շրջապատի մարդկանցից սխալ պատկերացումներ են հաղորդվում սեռական կարողությունների մասին: Այս դեպքում սեռական խանգարում, որպես այդպիսին, չկա: Այստեղ նկատվում է պսևդոնպոտենցիա և պսևդոֆրիզիդություն:

## ***Ամուսիններից մեկի մոտ առկա սեռական խանգարման հետևանքով առաջացած աններդաշնակություն***

Սեռական աններդաշնակություն կարող է առաջանալ նաև ամուսիններից որևէ մեկի սեռական խանգարման հետևանքով:

Գործնականում ավելի հաճախ հանդիպում է տղամարդու պոտենցիայի խանգարումը, որը ոչ միայն բերում է սեռական աններդաշնակության, այլ, ինչպես ցույց է տալիս աշխատանքային փորձը, խանգարվում է նաև գույզընկերուհու սեռական գործունեությունը:

#### ***4. Տղամարդու պոտենցիայի խանգարման հետևանքով առաջացած սեռական աններդաշնակություն***

Այս ձևը կարող է պայմանավորված լինել թույլ էրեկցիայով, վաղաժամ սերմնաժայթքմամբ և սեռական ակտիվության իջեցմամբ: Այստեղ պետք է հաշվի առնել տղամարդու սեռական խանգարման պատճառը, ինչով էլ մեծապես պայմանավորված է կնոջ ռեակցիան: Օրինակ, եթե թուլությունը առաջացել է ակոհոլիզմից, կամ թմրամոլության հետևանք է, ապա, բնականաբար, կնոջ ռեակցիան ավելի ուժեղ կլինի, քան ենթադրենք, սոմատիկ որևէ հիվանդության պարագայում: Տղամարդու սեռական խանգարման պատճառով կարող է կնոջ մոտ առաջանալ անօրգազմիա, իսկ հետագայում՝ սեռական ցանկության նվազում, ընդհուպ մինչև սեքսուալ ավերսիա: Սեռական այս աններդաշնակության ժամանակ շատ հաճախ ընտանիքում առաջանում են ներոտիկ ռեակցիաներ:

#### ***5. Կնոջ սեռական ֆունկցիայի խանգարման հետևանքով առաջացած սեռական աններդաշնակություն***

Սեռական աններդաշնակություն կարող է առաջանալ նաև կնոջ սեռական ֆունկցիայի խանգարումների՝ հիմնականում սեռական ցանկության նվազման, վազինիզմի, գենիտալգիաների հետևանքով:

Կանանց սեռական ցածր ցանկության ժամանակ ընկնում է նրանց սեռական ակտիվությունը, ինչի հետևանքով տղամարդկանց մոտ կարող են առաջանալ էրեկցիայի խանգարումներ, ներոտիկ ռեակցիաներ:

#### ***Սեռական աններդաշնակությունների հոգեթերապևտիկ կարգավորումը***

Սեռական աններդաշնակության հոգեթերապևտիկ կարգավորման ուղիներն ու ձևերը կախված են նրա առաջացման պատճառներից: Նախ հստակեցվում է աններդաշնակության կոնկրետ ձևը և ըստ այդմ էլ անցկացվում է նպատակաուղղված հոգեթերապևտիկ կարգավորում:

Ամուսինների սեռական առողջության փսիխոթերապևտիկ կարգավորումը ունի իր յուրահատկությունները: Առաջին հերթին այն պետք է անցկացվի համակցված և ուղղված լինի ներոտիկ վիճակի վերականգնմանը: Երկրորդ՝ բուժման և կարգավորման գործընթացում անպայման պետք է ընդգրկվի ամուսինը և հաշվի առնվեն գույզի միջանձնային հարաբերությունները: Երրորդ՝

հատուկ նշանակություն ունի ամուսիններից յուրաքանչյուրի անձի խանգարման պատճառների ու պայմանների բացահայտումը:

*Ամուսինների սոցիալ-հոգեբանական աններդաշնակությունների* ժամանակ հոգեթերապիան պետք է ուղղված լինի ամուսինների՝ միմյանց նկատմամբ ունեցած բացասական էմոցիաների վերացմանը: Ամբողջ հոգեթերապևտիկ կուրսը անցկացվում է չորս փուլով՝

1. Տեղեկատվական-բացատրողական փուլ: Նպատակն է բարձրացնել ամուսինների միջանձնային հարաբերությունների մշակութային մակարդակը:
2. Ընտանեկան դրվածքի վերակառուցում: Սրա խնդիրը նոր դրվածքի ձևավորումն է, որը պետք է բերի փոխադարձ հարմարվողականության:
3. Հարաբերությունների բարեփոխում: Խնդիրը ամուսինների՝ միմյանց նկատմամբ առավելագույն հարմարվողական վարքի ձևավորումն է:
4. Պահպանողական հոգեթերապևտիկ կարգավորում: Այս փուլի նպատակն է ստացված ցանկալի արդյունքների ամրապնդումը:

*Ամուսնական զույգի սեռավարքային անհարմարվողականության* ժամանակ անհրաժեշտ է անցկացնել անհատական բացատրողական զրույցներ՝ սեռական ֆունկցիայի, նրա փուլերի մասին: Այս դեպքում հոգեթերապևտիկ կարգավորումը անց է կացվում հինգ փուլով:

1. Տեղեկատվական-բացատրողական փուլ: Այս փուլում անցկացվող զրույցները նպատակ ունեն սեռական վարքի մասին ամուսինների մոտ ձևավորել առողջ պատկերացումներ:
2. Անհատական հրահանգի փուլ, որի նպատակն է բարձրացնել ամուսինների հարմարվողականությունը:
3. Ամուսնական զույգի սեռական վարքի փնտրողական թրենինգ: Խնդիրը՝ սեռական հարաբերության նախնական շրջանում, բուն ընթացքում և վերջնամասում ամենանպաստավոր տարբերակի ընտրությունն է:
4. Սեռական ռեակցիաներն ամրապնդող թրենինգ: Նպատակն է ամրապնդել բարենպաստ հոգեբանական ազդեցությունները:
5. Կարգավորող հոգեթերապիայի պահպանողական փուլ: Խնդիրն է ստեղծված մոդելի ամրապնդումը: Այն իրականացվում է ամուսիններից յուրաքանչյուրի հետ անհատական, իսկ հետո՝ համատեղ զրույցների միջոցով:

*Սեռական աններդաշնակության դեզինֆորմացիոն գնահատման տարբերակի* ժամանակ պետք է անցկացվեն այնպիսի միջոցառումներ, որոնք ուղղված են ընդհանուր և սեքսուալ կուլտուրայի մակարդակի բարձրացմանը: Այս դեպքում հոգեթերապևտիկ կարգավորումն անց է կացվում չորս փուլով:

1. Տեղեկատվական-բացատրողական փուլ: Խնդիրն է տվյալ աններդաշնակության, սեռական նորմա և պաթոլոգիա հասկացությունների, սեռական ֆունկցիայի, նրա ֆիզիոլոգիական տատանումների մասին ճշգրիտ տեղեկություններ հաղորդելը:

2. Երկրորդ փուլը օգնում է ամուսիններին վերանայելու միմյանց նկատմամբ ունեցած դիրքորոշումները և աստիճանաբար հասնելու փոխադարձ հարմարվողականության:
3. Երրորդ փուլում անցկացվող զրույցները ամրապնդում են վարքային այն մոտեցումներն ու դրսևորումները, որոնք ընդունելի են ամուսիններից յուրաքանչյուրի համար:
4. Վերջինը պահպանողական հոգեթերապևտիկ կարգավորման փուլն է: Իրագործվում է ամուսիններից յուրաքանչյուրի հետ անհատական, նաև համատեղ զրույցների ձևով:

*Ամուսիններից որևէ մեկի սեռական խանգարման հետևանքով առաջացած սեռական աններդաշնակության ժամանակ, սեռական համակարգի բարելավմանն ուղղված հատուկ զրույցից բացի, ամուսիններից յուրաքանչյուրի հետ պետք է տանել հոգեթերապևտիկ աշխատանք: Հոգեթերապևտիկ կարգավորումը պարտադիր պայման է, որն անց է կացվում երկու փուլով:*

1. Համակցված միջոցառումներ ամուսիններից որևէ մեկի նկատմամբ՝ ուղղված նրա սեռական խանգարման վերացմանը:
2. Ամուսնական գույգի հոգեթերապիա, սեռական կյանքի միջանձնային հարաբերությունների վերականգնում:

**ԳԼՈՒԽ 16**  
**ՍԵՌՈՒԱԿԱՆ ՕՐԳԱՆՆԵՐԻ ԲՈՐԲՈՔԱՅԻՆ**  
**ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՈՎ ՊԱՅՄԱՆԱՎՈՐՎԱԾ**  
**ՍԵՌՈՒԱԿԱՆ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐ**

«Բորբոքում» ասելով պետք է հասկանալ օրգանի ֆունկցիայի խանգարում, որն ուղեկցվում է ցավոտությամբ, այտուցով, ջերմության բարձրացմամբ, կարմրությամբ, ֆունկցիայի այս կամ այն աստիճանի խանգարմամբ:

Սուր բորբոքային պրոցեսը հաճախ սկսվում է արտաքին սեռական օրգաններում՝ սեռական կոնտակտների ժամանակ ինֆեկցիայի փոխանցման հետևանքով: Որոշ ժամանակ անց, որը կոչվում է ինկուբացիոն շրջան (կախված հարուցիչի տեսակից՝ 1 օրից մինչև մի քանի շաբաթ), միզուկից և/կամ հեշտոցից սկսվում է հայտնվել արտադրություն: Վերջինս կարող է լինել թարախային, լորձային, լուռանման, ըստ քանակության՝ առատ կամ սակավ: Այդ ժամանակ հիվանդին կարող են անհանգստացնել քորը, մրմուռը, միզարձակման ժամանակ ի հայտ եկող ցավերը: Բուժման բացակայության կամ ոչ ճիշտ բուժման հետևանքով սուր երևույթները աստիճանաբար մեղմանում են, բայց ինֆեկցիոն պրոցեսը չի դադարում, այլ ընդունում է խրոնիկ բնույթ: Այդպիսի ձգձգվող, երկարատև բորբոքային պրոցեսները աստիճանաբար բերում են ախտահարված օրգանների ֆունկցիայի խանգարման, որը անհնարին է դարձնում լիարժեք սեռական կյանքը և կարող է պատճառ դառնալ անպտղության:

Ուռոզենիտալ ինֆեկցիաների հարուցիչներից առավել հաճախ հանդիպում են Նեյսերիայի գոնոկոկը (*Neisseria gonorrhoeae*), խլամիդիայի (*Chlamidia trachomatis*), միկոպլազմայի (*Mycoplasma hominis*), ուրեապլազմայի (*Ureaplasma urealyticum*) տարբեր սերոտիպերը, դժգույն տրեպոնեման (*Treponema palida*), տրիխոմոնադան (*Trichomonas vaginalis*): Հիշյալ միկրոօրգանիզմները հանդիսանում են բացարձակ պաթոգեն և ենթակա են պարտադիր բուժման: Գոյություն ունեն մաս որոշ այլ միկրոօրգանիզմներ, օրինակ *Esherichia coli*, *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Proteus*, *Candida*, ստրեպտո-ստաֆիլոկոկեր, որոնք կարող են առաջացնել սեռական օրգանների բորբոքումներ, երբ իջած է օրգանիզմի իմունային պաշտպանությունը՝ մրսածության, սթրեսների և այլ անբարենպաստ պայմանների հետևանքով: Շուրջ 400 տեսակի բակտերիաներ և 150 տեսակի վիրուսներ կարող են հայտնաբերվել մարդու մոտ (բակտերիաների և վիրուսների շուրջ 60 շտամներ, օրինակ՝ հասարակ հերպեսի վիրուսը, ցիտոմեգալովիրուսը, պապիլոմավիրուսը), որոնց առկայությունը սեռական համակարգում՝ բորբոքային ռեակցիայի բացակայության պայմաններում չի առաջացնում պաթոլոգիկ պրոցես:

### ***Սեռական խանգարումներ տղամարդկանց խրոնիկական բորբոքային հիվանդությունների ժամանակ***

Տղամարդկանց մոտ սեռական օրգանների բորբոքային հիվանդություններից առավել հաճախադեպը պրոստատիտն է: Հանդիպում է 35-40-ից բարձր տարիքի տղամարդկանց 35-58%-ի մոտ: Հիվանդության զարգացմանը նպաստում են գեղձի անատոմո-տեղագրական առանձնահատկությունները, արյան և ավշի շրջանառության առանձնահատկությունները, դրանց սերտ կապը ուղիղ աղիքի ավշաշրջանառության հետ, կանգային պրոցեսների հակումը, նյարդային ընկալիչների խիտ ցանցը:

Կլինիկական իմաստով տարբերում են 3 մեխանիզմներով զարգացող պրոստատիտներ՝

1. ինֆեկցիոն ծագման,
2. կանգային (կոնգեստիվ),
3. Պրոցեսի պրոստատիտ, որի ժամանակ առկա է և՛ սեկրետի կանգ, և՛ բորբոքում:

Կանգային պրոստատիտների առաջացման մեջ մեծ դեր ունի ոչ կանոնավոր սեռական կյանքը: Խրոնիկական պրոստատիտով հիվանդների 12-78%-ի մոտ դիտվում է այս կամ այն սեքսուալ խանգարումը, որի առաջացման մեջ նշանակություն ունեն հիվանդության վաղեմությունը, գեղձում բորբոքային պրոցեսի տարածվածությունը և ինտենսիվությունը, սեռական կոնստիտուցիան, հիվանդի նյարդահոգեկան և ֆիզիկական վիճակը: Բավարար նեյրոէնդոկրին ապահովման, ուժեղ սեռական կոնստիտուցիայի, զույգի միջանձնային բարձր ադապտացիայի պայմաններում սեռական խանգարումների առաջացման հավանականությունը ցածր է:

Սեռական խանգարումները պրոստատիտների ժամանակ արտահայտվում են վաղաժամ սերմնաժայթքմամբ, կոլիկուլիտի հետ զուգակցման դեպքում՝ ցավոտ սերմնաժայթքմամբ և օրգազմի խանգարումներով: Պրոցեսի երկարատևության դեպքում առաջանում է էրեկտիլ դիսֆունկցիա:

Պրոստատիտների բուժումը պետք է լինի համալիր՝ հաշվի առնելով էթիոլոգիան և պաթոգենեզը: Ինֆեկցիոն ծագման դեպքում ցուցված են հակաբիոտիկներ, նշանակվում են դեսենսիբիլիզացնող միջոցներ, միկրոցիրկուլյացիան բարելավող միջոցներ, հակակոագուլյանտներ, ֆիզիոթերապիա, շազանակագեղձի մերսում: Մեծ նշանակություն ունի սեռական կյանքի կանոնավորումը:

#### ***Կոլիկուլիտի հետևանքով առաջացած սեքսուալ դիսֆունկցիա-***

Կոլիկուլիտը սերմնային թմբիկի բորբոքումն է, որը կարող է առաջանալ մի շարք պատճառներով՝ ինֆեկցիոն, ալերգիկ, իսկ ավելի հաճախ՝ ասեպտիկ: Ասեպտիկ կոլիկուլիտի առաջացման մեջ մեծ դեր ունեն հետին միզուկում արյան շրջանառության խանգարումները:

Սերմնային թմբիկի վրա են բացվում շազանակագեղձի և սերմնաբշտերի արտատար խողովակները, այստեղ են կենտրոնացած էյակուլյացիոն ռեֆլեքսի աֆերենտ ընկալիչները, այդ իսկ պատճառով սերմնաթմբիկի բորբոքային պրոցեսները բերում են նեյրոռեցեստոզի ապարատի զգացողության



բարձրացման՝ հանգեցնելով վաղաժամ սերմնաժայթքման: Իսկ ատրոֆիկ կոլիկուլիտի ժամանակ դիտվում է *ejaculatio tarda*: Կոլիկուլիտի կլինիկան արտահայտվում է նաև հեշտանքի զգացողության թուլացմամբ, հետին միզուկի շրջանում տհաճ զգացողություններով, սպերմատիկ կոլիկայով (ցավ սերմնաժայթքման ժամանակ): Կոլիկուլիտների ժամանակ նշանակվում է հակաբորբոքային համալիր բուժում (հակաբակտերիալ, հակահիստամինային, ֆիզիոթերապևտիկ):

### ***Սեռական խանգարումներ կանանց խորոնիկական բորբոքային հիվանդությունների ժամանակ***

Կանանց ներքին սեռական օրգանների բորբոքային հիվանդությունները մեծ մասամբ պայմանավորվում են ինֆեկցիոն գործոնի առկայությամբ: Որպես նախատրամադրող գործոններ հանդես են գալիս բարդություններով ընթացած ծննդաբերությունները, արբորտները, մրսածությունները, սեռական կյանքի հիգիենայի խանգարումները:

Սեռական օրգանների բորբոքային հիվանդությունները բնորոշվում են դեգեներատիվ-դիստրոֆիկ բաղադրիչի գերակշռմամբ՝ բորբոքայինի համեմատ:

Սեռական խանգարումների առաջացման պատճառը սեռական ֆունկցիայի կարգավորման հոգեբանական, էնդոկրին և նյարդային մեխանիզմների խախտումն է: Ընդ որում, դիտվում է անմիջական կապ՝ մի կողմից՝ բորբոքային հիվանդության տևողության, ծանրության և տեղակայման, մյուս կողմից՝ սեռական խանգարման խորության միջև:

Մեքսուալ դիսֆունկցիայի առաջացման գործում մեծ դեր են խաղում անոթային փոփոխությունները, հատկապես՝ փոքր կոնքի արյունամատակարարման պակասորդը, և անոթների դիստոնիկ վիճակը: Ախտաբանական պրոցեսի մեջ են ընդգրկվում նաև պերիֆերիկ և կենտրոնական նյարդային համակարգերը: Սեռական օրգաններում բորբոքային օջախի տևականությունը կարող է բերել գլխուղեղի ինտեգրացիոն գործընթացների խանգարման, որոնք պատասխանատու են սեռական համակարգի մի շարք օղակների նորմալ գործունեության համար:

Խանգարվում են հիպոթալամուս-հիպոֆիզի, մակերիկամի, ձվարանի, արգանդի փոխհարաբերությունները, որոնք էլ պատճառ են հանդիսանում ոչ միայն վերարտադրողական, այլ նաև սեռական դիսֆունկցիայի:

Սեռական խանգարման կոնկրետ տեսակի առաջացումը պայմանավորված է բորբոքային պրոցեսի տեղակայումից և խորության աստիճանից: Այսպես, արգանդի հավելումների բորբոքային հիվանդությունները բերում են կայուն անօրգազմիայի, սեռական ցանկության անհետացման: Սեռական խանգարումը ավելի թույլ է լինում, եթե բորբոքային պրոցեսը սահմանափակվում է արգանդով: Այս դեպքում դիտվում է հիպոօրգազմիա, սեռական ցանկության նվազում:

Հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ սեռական ֆունկցիայի կարգավորման հոգեբանական բաղադրիչի դերը սեքսուալ դիսֆունկցիայի առաջացման գործում կազմում է 54%, նյարդահումորալ բաղադրիչի դերը՝ 36%, դեստրուկտիվ փոփոխությունների դերը՝ 10%:

Սեռական խանգարումը զարգանում է աստիճանաբար՝ բորբոքային պրոցեսին համընթաց: Չարգացման արագությունը կախված է սեռական կոնստիտուցիայից, հիվանդի անձի առանձնահատկություններից և նրա ամուսնական միջանձնային փոխհարաբերություններից: Մովորաբար սկզբում իջնում է սեքսուալ զգացողությունը, բթանում է հեշտանքը, հետո դժվարանում է հեշտանքի հասնելու գործընթացը, ընկնում է օրգազմելիության տոկոսը (ուչ բոլոր կենսակցություններն են վերջանում օրգազմով), ընդհուպ մինչև հեշտանքի լրիվ բացակայություն: Բորբոքային պրոցեսի սկզբնական շրջանում գանգատները սահմանափակվում են սեռական ցանկության նվազմամբ, իսկ մի շարք դեպքերում՝ սեռական ցանկության լրիվ բացակայությամբ:

Սեռական խանգարում առաջանում է հիմնականում թույլ սեռական կոնստիտուցիա ունեցող կանանց մոտ: Ուժեղ տիպի կոնստիտուցիան ապահովում է լիբիդոյի կայուն մակարդակ՝ անգամ անօրգազմիայի և գենիտալգիաների ֆոնի վրա: Այսպիսի վիճակները առավել ծանր են ընդունվում այցելումների կողմից:

Սեքսուալ դիսֆունկցիան գնալով խորանում է ցավային զգացողության մշտական առկայության դեպքում, որը տեղակայված է որովայնի ստորին հատվածում, գոտկասրբանային շրջանում: Հիվանդության ավելի ուշ շրջանում հիվանդների մոտ առաջանում են տրամադրության անկայունություն, հոգնածություն, քնի խանգարումներ, գլխացավեր, գլխապտույտներ, դյուրագրգիռություն:

Սեքսուալ դիսֆունկցիայով կանանց ամուսինները ևս ներգրավվում են էրոտիկ-սեքսուալ դեզադապտացիայի մեջ, նրանց մոտ զարգանում են սեռական ակտիվության իջեցում, վաղաժամ սերմնաժայթքում, փսիխոսեքսուալ անբավարարվածություն, ներոտիկ ռեակցիաներ: Արդյունքում, ընտանիքում հաճախ են առաջանում միջանձնային կոնֆլիկտներ, որոնք խորացնում են սեքսուալ դիսֆունկցիան:

Բորբոքային հիվանդություններով կանանց սեռական խանգարումների դեպքում պետք է նշանակվի համալիր բուժում, այսինքն, հիմնական հիվանդության բուժման հետ մեկտեղ պետք է տարվեն սեքսուալ ֆունկցիայի վերականգնմանն ուղղված միջոցառումներ, հիմնականում ֆիզիոթերապևտիկ մեթոդներ և փսիխոթերապիա:

## ԳԼՈՒԽ 17 ՀԵՐԱՆՏՈՍԵՔՍՈՒՈՒԿԻԱ

«Հերանտոլոգիան» հունարեն բառ է, որը նշանակում է գիտություն ծերունական տարիքի մարդկանց հիվանդությունների մասին, իսկ հերանտոթերապիան բժշկության այն ճյուղն է, որը զբաղվում է նշված տարիքի մարդկանց հիվանդությունների բուժմամբ: *Տարեց* և *ծերունական* շրջանների միջև հստակ սահմանազատումը դժվար է, քանի որ տարբեր հայացքներ կան այդ սահմանի վերաբերյալ և, բացի այդ, այն շատ անհատական է: Այնուամենայնիվ, ըստ վերջին դասակարգման (Ե. Ավերբուխ), ընդունված է հետևյալ տարիքային սահմանազատումը՝

- 45-59-միջին տարիք կամ կլիմակտերիկ
- 60-74- տարեց կամ նախածերունական շրջան
- 75-90- ծերունական շրջան

Այս տվյալները վկայում են բնակչության ծերացման մասին և բնորոշ են տնտեսապես զարգացած երկրներին:

Ամենից առաջ պետք է հերքել այն թյուր համոզումը, որ սեռական կյանքը միայն երիտասարդ կամ միջին տարիքի անձանց արտոնությունն է, իսկ ծերությունը սեռական կյանքի անկման կամ իսպառ անհետացման շրջան է: Նման համոզումները նպաստում է տրամադրության վատացմանը և սոցիալական ակտիվության իջեցմանը, որոնք էլ ի վերջո հանգեցնում են վաղաժամ ծերացման: Ժամանակակից սեքսուոլոգիան կտրականապես հերքում է տարիքային մասն խտրականությունը, որը խաթարում է երկրի բնակչության զգալի մասի ընտանեկան երջանկությունը՝ հատկապես, երբ բնակչությունը ծերացման միտում ունի:

Այսօր հերանտոսեքսուոլոգիան ունի երեք կարևոր ուղղվածություն.

- ա) տարեցների սեռական կյանքի առանձնահատկությունները,
- բ) սեռական խանգարումները ինվոլյուցիոն և անցումային տարիքում,
- գ) սեքսուալ և ընտանեկան ռեաբիլիտացիայի խնդիրը այլ հիվանդությունների ժամանակ:

Հետազոտությունները ցույց են տվել, որ տղամարդկանց սեռական կյանքի միջին տևողությունը երկարել է 10-12, իսկ կանանցը՝ 7-8 տարով: Գա պայմանավորված է երկու հանգամանքով՝

- ա) պատանիների և աղջիկների՝ սեռական կյանքում վաղ ներգրավումով, որը կարող է ընթանալ ինչպես վազինալ սեռական ակտի, այնպես էլ պետտինգի ձևով,
- բ) սեռական կյանքով ապրող տարեցների և ծերերի ընդհանուր քանակության ավելացումով:

Այսպիսով, սեռական կյանքի տևողությունը շատերի մոտ կազմում է 50 և ավելի տարի: Սակայն ժամանակակից սեռական մշակույթը գտնվում է հեղաշրջման փուլում. եթե նախկինում մեծ նշանակություն էր տրվում սեռական մերձեցումների քանակին ապա այժմ կարևորվում են սեռական կյանքի որակական ցուցանիշները:

19-րդ դարի վերջին ճիշտ էր համարվում այն մոտեցումը, որ սեռական հարաբերության ինտենսիվությունը կազմում է 40-45 տարեկանում՝ շաբաթական 1 անգամ, 50-60 տարեկանում՝ 1 անգամ 10 օրվա ընթացքում: Այս դեպքում անտեսվում է գուզրնկերների անհատական առանձնահատկությունները՝ սեռական կոնստիտուցիան, օրգանիզմի ընդհանուր վիճակը, հորմոնալ հազեցվածությունը, խառնվածքը, էնդոգինալ վիճակը, դաստիարակությունը և այլն:

Տարիքային սեռական նորմերի գնահատման որակական ցուցանիշների թվին են պատկանում սեռական ցանկության առկայությունը (նյարդահումորալ բաղադրիչի վիճակը), ընդհանուր ինքնազգացողությունը սեռական հարաբերությունից հետո, սերմնաժայթքումը (հեշտանքի ուղեկցությամբ) տղամարդկանց մոտ և հեշտանքի առկայությունը կանանց մոտ, ներքին օրգանների ֆունկցիոնալ շեղումների բացակայությունը, նյարդավեգետատիվ կայունությունը, գուզրնկերների հոգեբանական բավարարվածությունը և այլն:

Տարեցության շրջանում աճում է սեքսուալության դրսևորման հոգեբանական կոմպոնենտի և նախապատրաստական շրջանի դերը, որին բնորոշ են տարատեսակ շոյանքները: Մովորաբար տարեց մարդիկ ունեն սեռական կյանքի հարուստ փորձ, որը թույլ է տալիս էրեկցիայի որոշակի թուլությունը կոմպենսացնել նախապատրաստական շրջանի, պետտինգի կամ սեռական մերձեցման այլընտրանքային ձևերի միջոցով: Այսպիսով, ոչ միշտ է, որ երիտասարդ կնոջ և տարեց տղամարդու միությունը հաշվենկատ բնույթ է կրում. երբեմն պարզապես համընկնում են նրանց հոգեբանական և ֆիզիոլոգիական նախընտրությունները:

Հաճախ տարեց տղամարդկանց մոտ սեռական խանգարումները մեկնաբանվում են իբրև միզասեռական համակարգի բորբոքային գործընթացների հետևանք (պրոստատիտ, էպիդիդիմիտ, կոլիկուլիտ): Սակայն գոյություն ունեն մի շարք հետազոտություններ, որոնք ցույց են տալիս, որ պրոստատիտի լիարժեք բուժման արդյունքում սեռական խանգարումները նույնությամբ պահպանվում են, ինչը վկայում է նրանց փսիխոգեն կամ ֆունկցիոնալ բնույթի մասին: Հետևաբար, տրամաբանական է, որ բուժումը պետք է լինի համալիր և որպես հիմնական մեթոդ ընդգրկի հոգեթերապիան: Միզասեռական համակարգի բորբոքային հիվանդությունների ժամանակ առկա սեռական խանգարումները հիմնականում կրում են սոմատո-փսիխիկ բնույթ:

Տարեց կանանց մոտ հեշտանքի բացակայությունը հազվադեպ է պայմանավորված լինում հորմոնալ, նյարդային կամ այլ մարմնական խանգարումներով. առավել հաճախ այն ունի փսիխոգեն ծագում, այսինքն կրում է ներտալիկ բնույթ:

Տարեց հասակում հոգեկան խանգարումները (ինվոլյուցիոն, անոթային, օրգանական) անկասկած ազդում են սեռական ֆունկցիայի վրա: Երբեմն սեռական խանգարումները կրում են ժամանակավոր բնույթ. օրինակ՝ դեպրեսիայի ժամանակ սեռական ֆունկցիան ճնշվում է: Միևնույն ժամանակ, գլխուղեղի աթերոսկլերոտիկ և ատրոֆիկ երևույթները առաջացնում են սեռական ֆունկցիայի ապարզելակում: Նման մարդիկ ազրեսիվ և ոչ ադեկվատ միջոցների են դիմում՝ սեռական հակումը բավարարելու համար: Բնականաբար, բուժման ընթացքում առաջին հերթին շեշտը դրվում է հիմնական

հիվանդության վրա՝ չանտեսելով սակայն սեքսուոլոգիական ռեաբիլիտացիան: Այլ դեպքերում, երբ պահպանված է սեռական ցանկությունը, բայց առկա է էրեկցիայի թուլություն՝ ցուցված է դեղորայքային բուժում:

Ամեն դեպքում, բուժման առաջատար մեթոդը հոգեթերապիան է, որին անհրաժեշտության դեպքում միանում են նաև ֆիզիոթերապիան, ասեղնաբուժությունը, հոմեոպաթիան և այլն:

«Իմպոտենցիա» տերմինը չհիմնավորված տարածում ունի: Այդ տերմինի կիրառումը տեղին կլիներ միայն անդառնալի անկարողության դեպքում, որը դիտվում է խոր ծերության ժամանակ, ինչպես նաև օրգանական, ներոլոգիական հիվանդությունների, տրավմաների, սեռական օրգանների թերզարգացածության պարագայում:

Մնացած բոլոր դեպքերում դիտվում է հիպոերեկցիա, էրեկցիայի կախվածություն զուգընկերուհուց, սեռականության վրա հիպոխոնդրիկ ֆիքսվածություն: Թեև խանգարումն իր բնույթով կեղծ է, այնուամենայնիվ լուրջ անհանգստություն է պատճառում հիվանդին, քանի որ այն օբյեկտիվ իրականություն է և իր հիմքում ունի հիվանդի տագնապային-հիպոխոնդրիկ նախատրամադրվածությունը, որն էլ բերում է էրեկցիայի թուլացման կամ իսպառ բացակայության:

Հերանտոսեքսուոլոգիայի զարգացման հաջորդ ուղղվածությունը տարեց և ծեր հասակի սոմատիկ հիվանդների *սեքսուոլոգիական ռեաբիլիտացիան* է, որի արդյունավետ իրականացումը հնարավոր է հարակից մասնագետների հետ համատեղ:

Մեր օրերում նկատվում է շատ սոմատիկ հիվանդությունների երիտասարդացման միտում, ինչպիսին է օրինակ՝ միոկարդի ինֆարկտը: Տղամարդկանց մոտ այն կարող է հանդիպել 40-45 տարեկանում և նույնիսկ ավելի վաղ, որոնց կանայք հնարավոր է լինեն 30-35 տարեկան: Նման ամուսնական զույգի համար սեռական ձեռնպահությունը կարող է բերել ամուսնական աններդաշնակության և նույնիսկ ամուսնալուծության: Այդ է պատճառը, որ հիմնական հիվանդության բուժմանը զուգահեռ, որն անց է կացվում երեք ուղղություններով՝ *սոմատիկ*՝ սիրտ-անոթային համակարգի ֆունկցիայի վերականգնում, *սոցիալական*՝ սոցիալական կարգավիճակի վերականգնում և *հոգեբանական*՝ վախի, տագնապի, հիպոխոնդրիկ ֆիքսացիայի բուժում, իրականացվում է սեքսուոլոգիական ռեաբիլիտացիա՝ սեռական կյանքի աստիճանական վերականգնում:

Մարդիկ, որոնք կյանքում և մասնավորապես սեռական կյանքում անհաջողակ են, իրենց անհաջողությունները փորձում են կապել տարիքի և այլ հանգամանքների հետ: Նրանք հաճախ են քողարկվում «իմ տարիքը անցել է», «ի վերջո կյանքում գլխավորը սեքսը չէ», «ամենք լուրջ մարդիկ ենք և զբաղված ենք լուրջ գործերով» և նման այլ արտահայտություններով: Վերջինս հետևանք է հոգեբանական պաշտպանական մեխանիզմի՝ ռացիոնալիզացիայի, հանդեպ այն փաստի, որ սեռական հարաբերությունը անհաջող է ստացվել:

Անհրաժեշտ է տարեց մարդկանց համար անցկացնել տևական փսիխոհիգիենիկ և փսիխոուսուցողական աշխատանք՝ ուղղված տարեց և ծերունական հասակում սեռական կյանքի հանդեպ նոր հայացքի ձևավորմանը:

Կլիմաքսը բնավ սեռական կյանքի ավարտը չէ: Կանանց մոտ նույնիսկ դաշտանադադարից հետո սեռական ցանկությունը երկար ժամանակ պահպանվում է: Հնարավոր է այս շրջանում սեռական ցանկության ուժեղացում, որը երբեմն նույնիսկ կարող է կրել ախտաբանական բնույթ (այսպես կոչված՝ կլիմակտերիկ նիմֆոմանիա):

Տղամարդկանց մոտ կլիմաքսը ավելի ուշ է սկսվում, ընթանում է քիչ արտահայտված և ավելի տևական: Սեռական ցանկությունը հնարավոր է պահպանվել մինչև խոր ծերություն: Այստեղ որոշակի նշանակություն ունի տարեց մարդկանց ընդհանուր սոմատիկ և ֆիզիկական վիճակը: Չնայած ամեն դեպքում մշտական և պարբերաբար սեռական կյանքով ապրելը պարզապես անհրաժեշտություն է:

Նախկինում մեծ նշանակություն էր տրվում սեռական հարաբերությունների քանակական ցուցանիշին՝ հատկապես տարեց հասակի մարդկանց համար: Սիրտ-անոթային հիվանդություններ ունեցողներին ընդհանրապես արգելվում էր սեռական կյանքով ապրել: Այսինքն, այն դիտարկվում էր այնպես, ինչպես դիետան, ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունը, վնասակար սովորությունները (ալկոհոլ, նիկոտին): Անտեսվում էր սեռական կյանքի հատուկ սոցիալ-հոգեբանական նշանակությունը, անձնային բնույթը:

Պետք գիտակցել, որ տարեց մարդիկ ևս ունակ են լիարժեք սեռական կյանքով ապրելու: Այն յուրահատուկ է իր ինտենսիվությամբ և գույզներների սոմատիկ վիճակով: Վերարտադրողական ֆունկցիայի բացակայությունը, որը վերացնում է հղիությունից պաշտպանվելու խնդիրը, առավել մեծացնում է էմոցիոնալ, հեզեբանական և ռեկրեացիոն բաղադրիչների նշանակությունը:

Տարեց հասակում առաջացած խնդիրներից է էրեկցիայի բավականին դանդաղ ի հայտ գալը, ինչը այս տարիքում համարվում է նորմա: Պետք է ավելի շատ ժամանակ տրամադրել սիրախաղին, ընդ որում, վազինալ սեռական հարաբերության անհաջողության դեպքում՝ բավարարվել պետտինգով: Տարեց հասակում սոմատիկ խնդիրներ ունեցող մարդկանց հիմնականում անհրաժեշտ է ապրել սեռական կյանքով, քանի որ այն համարվում է սիրտ-անոթային հիվանդությունների ապաքինման բաղադրիչներից մեկը: Ֆիզիկական ծանրաբեռնվածությունից խուսափելու համար, անհրաժեշտ է կրճատել ֆրիկցիոն փուլը, այսինքն ուշացնել ներհրումը (ինտրոեկցիան) այնքան ժամանակ, քանի դեռ կինը չի հասել նախահեշտանքային փուլին: Համապատասխանաբար երկարում և ուժեղանում է սիրախաղի փուլը, որը գույզներներից ավելի քիչ լարվածություն է պահանջում: Նման մարդիկ նախապես ընդունում են իրենց հիվանդության համար համապատասխան մասնագետի կողմից նշանակված դեղամիջոցը (հակաառիթմիկ, անոթալայնիչ հանգստացնող պրեպարատներ):

Հայտնի է, որ տարեց հասակում կանանց և տղամարդկանց մոտ տարբեր պատճառներով տուժում է ստորին վերջույթների, փոքր կոնքի և սեռական օրգանների երակային համակարգի գործունեությունը, ինչը պատճառ է հանդիսանում նշված շրջանում կանգային երևույթների առաջացման: Հետևաբար, այս տարիքում ստորին վերջույթների երակների լայնացման, թուրքի և կանգային պրոստատիտի առաջացման հավանականությունը

մեծանում է: Կանոնավոր սեռական կյանքով ապրելը նպաստում է երակային համակարգի ակտիվացմանը՝ մեծացնելով փոքր կոնքից արյան արտահոսը, կանխելով կանգային երևույթները և նրա անցանկալի հետևանքները:

Այսպիսով, սոմատիկ հիվանդությունների ադեկվատ բուժմանը զուգահեռ, անհրաժեշտ է պահպանել մարդու սոցիալական և ընտանեկան կարգավիճակը, որպեսզի նա իրեն հնարավորինս լիարժեք զգա: Սոցիալ-հոգեբանական կարգավիճակի ապահովումը նպաստում է նաև սոմատիկ վիճակի բարելավմանը և օրգան-համակարգերի ֆունկցիաների կարգավորմանը:

## **ԳԼՈՒԽ 18** **ՍԵՌԱԿՐԹՈՒԹՅԱՆ ՀԻՄՈՒՆՔՆԵՐԸ**

### ***Առնականության և կանացիության դաստիարակումը***

Սեռական կրթությունը (սեռակրթություն) աճող սերնդի դաստիարակության անհրաժեշտ բաղկացուցիչ մասն է: Յուրաքանչյուր երեխա հետագայում պետք է կին կամ տղամարդ դառնա: Տղամարդուն՝ տղային և կնոջը՝ աղջկան անհրաժեշտ է դաստիարակել դեռ վաղ մանկությունից, այլապես նրանց անձի ձևավորման հարցում անխուսափելի կլինեն այն շեղումները, որոնք լուրջ արգելքներ կստեղծեն նրանց հետագա կյանքի ընթացքում:

Սեռական հատկանիշների առկայությունը չի նշանակում, որ տղայի կամ աղջկա հետագա զարգացումը կանխորոշված է: Աճող օրգանիզմի հոգեբանական զարգացումը բարդ և հարաշարժ գործընթաց է: Ընտանիքում և նրանից դուրս երեխաների սեռակրթությունը պետք է այնպիսին լինի, որ նրանք գիտակցեն իրենց՝ այս կամ այն սեռի ներկայացուցիչ լինելը, իսկ ամենակարևորը՝ իրենց պահեն տվյալ սեռին համապատասխան: Դա նշանակում է, որ պետք է և պարտադիր է նրանց օգնել՝ սեռական դերերի ճիշտ յուրացման հարցում: Ծնողների օգնությամբ նրանք պետք է յուրացնեն սեռերի փոխհարաբերության մեջ անհրաժեշտ բարեկրթության և բարոյական նորմերի սկզբունքները, որպեսզի հետագայում այդ նորմերը դառնան դեռահասի ներքին համոզումներ: Տղամարդու և կնոջ հարաբերություններում եղած բարոյականությունը չի կարելի դիտարկել այլ անձանց կամ աշխարհի նկատմամբ ունեցած բարոյական նորմերից դուրս:

*Սեռակրթությունը երեխաների, դեռահասների, երիտասարդների մեթոդական ներգործության մի համակարգ է, որը կոչված է ճիշտ ձևավորել շրջապատի նկատմամբ տվյալ սեռի համար բնորոշ վերաբերմունքը:*

Անհրաժեշտ է, որ ծնողը (կամ դաստիարակը) իր համար պարզի առնականության և կանացիության հասկացությունները, ինչպիսի՞նք հատկանիշներով պետք է օժտված լինի տղամարդը և ինչպիսի՞նք՝ կինը: Այդ հատկանիշների բնորոշումը խիստ հակասական է, երբեմն՝ վիճահարույց, և պայմանավորված է հասարակական գիտակցության մեջ տղամարդու և կնոջ իդեալի մասին անորոշ, ոչ ստույգ պատկերացմամբ: Ըստ ավանդական ստերեոտիպի՝ *առնականությանը վերագրվում են հետևյալ հատկանիշները՝ ակտիվությունը, նպատակասլացությունը, աշխատասիրությունը, հոգեկան և ֆիզիկական ուժը, ինքնավստահությունը, կամքը, զգացմունքային զսպվածությունը, նախաձեռնողականությունը:*

*Կնոջը բնորոշ են մեղմությունը, հեզությունը, թուլությունը, զգացմունքայնությունը, կախյալ և ենթակա լինելը:*

Աշխատանքային և հասարակական կյանքում կնոջ դերի ընդլայնման հետ կանացիության, ինչպես նաև առնականության դասական հատկանիշները զգալի փոփոխություններ են կրել: Կնոջն արդեն բնորոշ են նաև գործնականությունը, նպատակասլացությունը, կամքը, հատկանիշներ, որոնք



ավանդաբար վերագրվում էին միայն տղամարդուն: Այժմ տղամարդկանց և կանանց հատկանիշների լիակատար հակադրությունը փոխարինվում է փոխադարձ փոխարինելիությամբ, համագործակցությամբ: Այս ամենը հանգեցրել է դերերի ճկուն տեղաբաշխմանը և հատկանիշների առավել բազմազան կազմի հայտնվելուն: Հասարակությունն արդեն զգացել ու շարունակում է զգալ կանանց էմանսիպացիայի բացասական ազդեցությունը. նկատվում է այդ հակման հետաճ: Սակայն դա ամենևին չի նշանակում, որ էմանսիպացիան ետ կշրջվի, և կինը նորից կախյալ կդառնա:

Ավագները (ծնողները, մանկավարժները, բժիշկները) կարող են օգնել իրենց երեխաներին՝ գիտակցելու ապագա երջանիկ և ներդաշնակ ընտանիքի անհրաժեշտությունը: Շատ ու շատ այլ բաներից գատ, պետք է խելացիորեն ու նրբանկատորեն խրախուսել աղջկա մեջ կանացիության գծերը, տղայի մեջ՝ առնականությունը:

Աղջկան ճիշտ կողմնորոշելը չի նշանակում՝ նրան միայն հագցնել և դաստիարակել իր սեռին համապատասխան: Անհրաժեշտ է զարգացնել հետաքրքրությունը կանացի զբաղմունքների և խաղերի նկատմամբ, ընտելացնել տնային աշխատանքին, «պատվաստել» կանացի հմտություններ, ապագա մոր մեջ զարգացնել գթասրտություն ու քնքշություն:

Տղայի սեռակրթությունն իր առանձնահատկություններն ունի: Որպեսզի ապագա տղամարդու մեջ «պատվաստվի» պատասխանատվության և ինքնուրույնության զգացումը, անհրաժեշտ է դրանք զարգացնել հենց սկզբից, հնարավորություն տալ երեխային (նրբանկատորեն ուղղություն տալով) ինքնուրույն որոշումներ կայացնել: Այստեղ վնասակար են թե՛ նրա կամքի կոտորումը և թե՛ ծնողների ավելորդ մեղմությունը: Այսպիսի դեպքերում մեծանում է կամագուրկ, կախյալ և պասիվ անձնավորություն:

Պետք է մտահոգվեն ծնողներն այն աղջկա, ով տիկնիկով չի խաղում և կռվում է տղաների հետ: Նմանապես, մտահոգության է արժանի այն տղան, ով չափից դուրս մեղմ է, լսող և օրինակելի: Այսպիսի երեխայի մեջ պետք է արթնացնել նախաձեռնողականություն, հրապուրել հետաքրքիր տղամարդկային զբաղմունքով, որը կօգնի տղամարդկանց միջավայրում նրա հեղինակության ձեռքբերմանը:

Անչափ կարևոր է, թե ինչպիսի ընտանիքում է մեծանում երեխան, քանզի երեխաների սեռակրթության հարցում առաջատար դերը, ամենից առաջ, ընտանիքինն է, ոչ թե դպրոցինը, դասախոսություններինը կամ գրքերինը:

Ծնողները ժամանակի առումով առաջին դաստիարակներն են: Նրանք ամեն օր շփվում են երեխաների հետ, գիտեն նրանց հոգսերը: Ընդ որում, հայրը կամ մայրը տարբեր կերպ են շփվում տղայի կամ աղջկա հետ: Հակառակ սեռի մարդու հետ ունեցած հարաբերությունների մոդելը երեխայի մեջ ընդհանուր գծերով ձևավորվում է արդեն մինչև դպրոց գնալը, քանի որ վաղ մանկական հասակում դաստիարակությունը ընթանում է ծնողների հետ իրեն նմանեցնելու ճանապարհով: Տղան հոր վարքագծում գտնում է իր սեփական սեռական դերի, իսկ մոր կերպարում՝ իր ապագա ընտրյալի օրինակը: Նույնը կարելի է ասել նաև աղջկա մասին:

Այսպիսով՝ արդեն երեխայի դպրոց գնալու ժամանակ նրա մեջ ձևավորված են սեռակրթության հիմքերը՝ ծնողների կենդանի օրինակի և շփման շնորհիվ:

Ճիշտ հոգեսեռական զարգացման համար ինչպես տղաներին, այնպես էլ աղջիկներին երկու ծնողներն էլ անհրաժեշտ են: Ոչ լրիվ, մեծ մասամբ մորից և երեխաներից կազմված ընտանիքներում, որտեղ բացակայում է արական սեռի կերպարը, արական տիպի վարքագծի ձևավորումը հաճախ աղավաղվում է:

Անբարենպաստ ընտանիքներում բախումների հետևանքով երեխաները հետագայում դժվարություններ են ունենում իրենց սեփական ընտանիքի ստեղծման հարցում և ընդհանրապես հիասթափվում են այդպիսի հարաբերություններից: Այս երեխաները հաճախ նորմալ հարաբերություններ փնտրում են ընտանիքից դուրս և կարող են հարել սոցիալապես վտանգավոր խմբերի (թմրամոլներ, արվամոլներ, աղանդավորներ և այլն), որոնց ազդեցությունն անկանխատեսելի է:

Ոչ նպաստավոր վիճակում են գտնվում նաև իշխող մայրերի (այսպես կոչված՝ մայրիշխանություն) որդիները: Ինքնուրույնության ճնշումը և հոր՝ որպես տղամարդու աղավաղված օրինակը բացասաբար են անդրադառնում տղայի բնավորության առնական գծերի ձևավորման և վարքագծի վրա:

Չգտելով զարգացնել որդու առնականությունը՝ ծնողները պետք է հանդես բերեն մեծ ճկունություն և նրբանկատություն: Կարևոր հանգամանք է երեխայի բնավորության և հակումների հետ հաշվի նստելը: Դիրքորոշման չափից ավելի խստությունը և գերպահանջկոտությունը կարող են վնաս հասցնել, անգամ հիվանդությունների պատճառ դառնալ:

Ծնողները պետք է հասկանան, որ բնավորության որոշ առնական կամ կանացի գծեր կարող են ուշ արտահայտվել: Հարկ չկա չափից ավելին եռանդ ու ուժեր ներդնել այս կամ այն գծի արագ ի հայտ գալուն, հատկապես զարգացման ճգնաժամային շրջաններում: Այս ճանապարհով կարելի է կախյալ ու կանացի տղա դաստիարակել: Բնավորության ցանկացած տիպի դեպքում նախ և առաջ պետք է երեխայի վարքի առանձնահատկությունները համապատասխանեցնել բարոյական նորմերին, ոչ թե բռնաձև, այլ հենվել բնավորության ուժեղ կողմերի վրա: Պայքարը բնավորության անցանկալի գծերի դեմ չպետք է վերածվի անհատականության դեմ պայքարի: Ցանկացած տարիքում և բնավորության ցանկացած տիպ ունենալու դեպքում ծնողների կարևորագույն խնդիրն է մեղմել վարքագծի՝ հատկապես կոնֆլիկտների հանգեցնող առանձնահատկությունները, զարգացնել իր և հակառակ սեռի հետ բարյացակամորեն շփվելու ունակություն:

Առավել բարեհաջող է ընթանում երեխայի անձի և նրա առնականության կամ կանացիության ձևավորումը լիարժեք ու ներդաշնակ ընտանիքում, որտեղ ծնողների հարաբերությունները կառուցվում են տղամարդկային կամ կանացի էության փոխադարձ հարգանքի և փոխօգնության հիման վրա: Վարքագծի տղամարդկային և կանացի տիպարների ձևավորումը զգալիորեն բարդանում է ոչ լիարժեք ընտանիքներում:

Տղաների անձի ձևավորման, նրանց կողմից տղամարդու սեռական դերի յուրացման հարցում հորը առանձնահատուկ դեր է հատկացվում: Հոր հետ բավարար չափով շփումից զրկված տղաները մեծանալով, որպես կանոն,

հայրական պարտականությունները կատարելիս դժվարանում են, ինչը, անկասկած, բացասաբար է անդրադառնում երեխաների անձի ձևավորման վրա: Երբ տղաները մեծանում են առանց հայրական դաստիարակության կամ առանց հոր, նրանք կարող են կանացի վարքագիծ յուրացնել, և նրանց համար տղամարդկային նորմալ վարքագիծը կարող է կոպիտ, ագրեսիվ և դաժան վարմունք համարվել: Այսպիսի տղաների մեջ դժվար է զարգացնել կարեկցանքի, դիմացիմին հասկանալու, ինչպես նաև ինքնատիրապետման, իր վարքագիծը ղեկավարելու ընդունակություններ: Մեծանալով՝ նրանք դառնում են ոչ բավականաչափ հասուն ու նպատակամետ, պակաս նախաձեռնող և պակաս հավասարակշռված, երկչոտ: Մեռակրթության հարցում հոր դրական դերը մոր համեմատությամբ նրա զգացմունքային առավել հավասարակշռվածության մեջ է: Տղամարդկային դիրքորոշման հարցում մեծ նշանակություն է տրվում արարքներին, այլ ոչ թե ապրումներին:

Դաստիարակության գործընթացում հոր ընդգրկված չլինելը բերում է առնականությանը փոխարինող այլ երևույթների ձևավորման, որոնք արտահայտվում են ագրեսիվությամբ, կռվազանությամբ և վարքի այլ շեղումներով (հակվածություն խմիչքի, օրինախախտումների նկատմամբ): Այդ իսկ պատճառով, եթե տղան ոչ լիարժեք ընտանիքում է դաստիարակվում, անհրաժեշտ է ապահովել հոր հետ նրա շփումը: Ճիշտ են վարվում ամուսնալուծված այն կանայք, ովքեր չեն փորձում երեխայի մեջ բացասական վերաբերմունք ստեղծել հոր նկատմամբ և չեն խոչընդոտում նրանց հանդիպումները: Իսկ եթե հոր հետ շփումն անհնար է, պետք է ջանալ, որ տղան կողմնորոշվի այլ դաստիարակի՝ բարեկամի, մանկավարժի, մարզիչի օրինակով:

Հարկ է խոսել նաև դաստիարակության հարցում հաճախ հանդիպող մի շեղման մասին, որը թուլացնում է տղաների մեջ առնականության ձևավորումը. դա միայնակ մայրերի չգիտակցված ձգտումն է որդու հայրական սիրո պակասը լրացնել իր քնքշությամբ: Մայրերը հաճախ գրկում են տղաներին, համբուրում շուրթերը, տղային կարող են իրենց անկողնում քնեցնել, հանվել նրա ներկայությամբ և այլն: Այս ամենը սեռականորեն խթանում է երեխային, նրա տրամադրությունը կարող է ընկճվել, նա դառնում է մռայլ, անտարբեր: Մայրը պետք է գիտակցի որդու հետ մմանօրինակ փոխհարաբերությունների վնասակարությունը:

Աղջկան փաղաքշանքը չի վնասում: Ընդհակառակը, նրան անհրաժեշտ են նուրբ հպումներ (կարծիք կա, որ աղջկան 10 անգամ ավելի են դրանք անհրաժեշտ, քան տղային): Մակայն այս պարագայում ևս փաղաքշանքների որոշակի բնույթի դեպքում (շուրթերը համբուրելը, հետույքը, որովայնը, ազդրերը կսմթելը) հնարավոր են անցանկալի հոգեսեռական հետևանքներ:

Առանց հայր ընտանիքում դաստիարակվող աղջկա մեջ պակաս հաջողությամբ են ձևավորվում պատկերացումները տղամարդկային վարքագծի մասին, այդ իսկ պատճառով քիչ հավանական է, որ հետագայում նրանք լավ հասկանան իրենց ամուսիններին և որդիներին, այսինքն՝ հաջողությամբ կարողանան իրականացնել կնոջ և մոր դերը: Հաճախ տղամարդկանց մասին պատկերացումների ձևավորման հարցում մոր անձնական կյանքի բացասական օրինակը, նրա ընտանեկան կյանքի խորտակումը հանգեցնում է ամուսնուց, իսկ երբեմն էլ՝ ընդհանրապես տղամարդկանցից հիասթափվելուն: Խելացի մայրը

աղջկա վզին չի փաթաթում իր դառնությունները, նրան դաստիարակելիս իր սեփական փորձի շրջանակներով չի սահմանափակվում: Սակայն նույնիսկ այս դեպքում աղջկա մեջ ձևավորվող իդեալը հեռու է իրականությունից. այն փոխառնված է գրքերից և ֆիլմերից, որը կարող է կյանքում հեշտությամբ հանգեցնել հիասթափության: Եվ բոլորովին էլ հիմք չունի այն պատկերացումը, թե իբր մայրը միայնակ ի վիճակի է աղջկան տալ ճիշտ դաստիարակություն:

Այսպիսի իրավիճակներում երեխաների հոգեսեռական զարգացումը կարող է լրջորեն խաթարվել, ընդ որում դժվարանում է ոչ միայն կանացիության իդեալի ձևավորումը, այլև բարյացակամ հաղորդակցման և կարեկցելու ընդունակության զարգացումը, որն այնքան անհրաժեշտ է մարդկանց փոխհարաբերություններում:

### ***Սեռակրթության սկզբունքները***

Դարեր շարունակ սեռականին վերաբերող ամեն ինչն արգելված էր, իսկ սեռական փոխհարաբերությունների հարցերի քննարկումը համարվում էր ուղղակի հանցանք: Դա պայմանավորված էր էթնիկական առանձնահատկություններով, հնարավոր է՝ նաև այս խնդիրների ուսումնասիրված չլինելով կամ թյուր պատկերացումներով, որոնք, ցավոք, այժմ էլ լայն արմատներ ունեն: Սեռակրթության հարցում դժվարությունները քիչ չեն: Շատ ծնողներ, նաև նրանք, ովքեր պետք է զբաղվեն տղաների և աղջիկների սեռակրթությամբ, իրենք էլ պատրաստ չեն այդ պատասխանատու գործին, վատ գիտեն, կամ նույնիսկ չգիտեն, թե ինչ է նշանակում սեռակրթություն (սեռական դաստիարակություն):

Մինչդեռ հարկ է, որ երեխաների սեռակրթությունը սկսվի հենց վաղ հասակից, իսկ ծնողները, լավ իմանալով սեռական և հոգեսեռական զարգացման փուլերը, անհրաժեշտ օգնություն և ուղղություն ցույց տան նրանց:

Ի դեպ, հայրերը սակավ դեպքերում են զբաղվում այսպիսի հարցերով, դե, մայրերն էլ չեն շտապում: Պատճառը նրանց անտեղյակությունն է: Սեռերին վերաբերող ողջ տեղեկատվությունը ժամանակին պետք է տրվի, այն էլ երեխաների համար մատչելի մակարդակով: Անհրաժեշտ է երեխային հաղորդել ոչ ամեն ինչ, այլ միայն այն, ինչը կարող է հասկանալի լինել նրան: Դրա համար նախքան երեխայի հարցին պատասխանելը, հարկավոր է բարյացակամորեն հարց ու փորձ անել, թե նա ի՞նչ գիտի տվյալ հարցի վերաբերյալ, այնուհետև, եթե հարկ կա, ուղղել և ընդլայնել նրա պատկերացումները: Բացատրությունները պետք է լինեն պարզ ու հասկանալի, առանց այլաբանության և առանց կենդանիների ու բույսերի կյանքից վերցրած օրինակներին դիմելու: Անհրաժեշտ է ուշադրություն դարձնել նաև բացատրությունների լեզվին: Եթե բացատրությունը տարվում է միայն մանկական բառապաշարով, ապա հետագայում դա շատ ծիծաղելի կլինի, իսկ փողոցի լեզուն էլ անպատշաճ է: Ամենից ճիշտը երեխային ժամանակին բժշկական համապատասխան տերմիններին ծանոթացնելն է: Օրինակ՝ եթե դուք գրուցում եք երեխայի հետ տղաների ու աղջիկների սեռական տարբերությունների մասին, ապա սկսելով ձեր ընտանիքում ընդունված անվանումներից (ասենք՝ պուպուլիկ)՝ նշեք դրանց բժշկական տերմինները՝ առնանդամ, ամորձիներ, մեծ և փոքր սեռական շուրթեր,

արգանդ, ձվարաններ և այլն: Եթե դուք գրուցում եք բեղմնավորման, հղիության և երեխաների ծնվելու թեմաների շուրջ, ապա լիովին տեղին է օգտագործել այնպիսի տերմիններ, ինչպիսիք են ձվաբջիջը, սերմնաբջիջը, բեղմնավորումը, պորտալարը, ընկերքը և այլն: Ընդ որում, ծնողը, իհարկե, պետք է կողմնորոշվի նաև երեխայի զարգացման մակարդակով և այդ բնագավառում իր ունեցած գիտելիքներով: Եթե ծնողներն իրենք էլ քիչ են ծանոթ բժշկական տերմինաբանությանը, ապա ավելի լավ է դիմել գրականությանը կամ մասնագետի օգնությանը:

Տեղեկատվությունը անպայման պետք է ճշմարտացի լինի: Մի՛ սոռացեք՝ ճշմարտությունը մերձեցնում է մեծերին և փոքրերին, իսկ պատասխանից խուսափելը նրանց հեռացնում է: Պատասխանի բովանդակությունը պետք է հետաքրքիր լինի երեխային, որպեսզի նա հաջորդ անգամ ևս դիմի ծնողներին: Պատասխանների բովանդակությունը պետք է կապել ավելի ընդհանուր հասկացությունների հետ, ուշադրությունը կենտրոնացնել տվյալ պահին քննարկվող հարցի բարոյական կողմի վրա: Հենց ծնողը պետք է լինի առաջինը, ով կոչված է ձևավորելու և ամրապնդելու համապատասխան գիտելիքների և համոզմունքների հիմքը, երեխային պաշտպանելու փողոցային «լուսավորիչների» վնասակար ազդեցությունից: Ահա թե ինչու միշտ չէ, որ պետք է սպասել երեխայի հարցերին: Երեխայի հետ ցանկալի խոսակցություն սկսելու համար կարելի է օգտագործել այս կամ այն մասնագիտական-տեղեկատվական հաղորդումը: Ցանկալի է, որ մինչև դպրոց հաճախելը, երբ մեծ է «կողքից լուսավորելու» հնարավորությունը, երեխաներն անհրաժեշտ գիտելիքներ ունենան սեռերի միջև եղած տարբերությունների և սերնդի շարունակության մասին: Եթե դա չի արվել ժամանակին, ապա բաց թողնվածը պետք է լրացնել, երբ երեխան դեռ ցածր դասարանում է և շրջապատի նկատմամբ իրեն համեմատաբար անվստահ է զգում: Իսկ եթե ծնողները նրան արդեն հասցրել են պատմել, որ իրեն արագիլն է բերել, կամ գտել են կաղամբի միջից, ապա պետք է շտկել դրությունը՝ ասելով, որ նա արդեն մեծացել է, և նրան կարելի է բացատրել, թե իրականում ինչպես է կատարվել:

Դեռահաս տարիքում շատ կարևոր է սեռական հակում չդրդելու սկզբունքը: Այնուամենայնիվ, սեռաբանների կարծիքով, սեռական հակումը նվազագույն լարվածության վիճակում պետք է պահպանել այնքան ժամանակ, քանի դեռ երիտասարդի մեջ չի մշակվել բավական ուժեղ, բանականությամբ և բարոյականությամբ պայմանավորված արգելակիչ դիրքորոշում:

Սեռակրթության հարցում շատ կարևոր է երեխայի հանդեպ մեծահասակների ունեցած վստահությունը: Նա պետք է զգա, որ մեծերին ծանոթ են իր պրոբլեմները, որ ավագներն էլ են ապրել այդ ամենը ու պատրաստ են օգնելու իրեն այդ հարցում: Անվստահությունը, կասկածամտությունը և հետամուտ լինելը հազիվ թե կանխեն նրա սեռագալուստության վաղ արթնացումը կամ պատճենելու սեռական անպատասխանատու վարքագիծը. ընդհակառակը, կարող են հրահրիչ դեր խաղալ: Դեռահասների նկատմամբ մեծերի վերաբերմունքը ստուգվում է այն իրավիճակներում, երբ դեռահասները հանդիպում և ժամանակ են անցկացնում այլ սեռի անձանց հետ: Երիտասարդության նման վարքագիծը պայմանավորված է ոչ թե վերջին վայրկյանին արված նախազուշացումներով ու արգելքներով, այլ ողջ

նախընթաց դաստիարակությամբ: Անհրաժեշտ է դեռահասին ուղղություն տալ և աջակցել նրբանկատորեն և ոչ թե կայել նրա ինքնասիրությանը: Ընդ որում, ոչ մի դեպքում չի կարելի քննադատել նրա սեռական վարքագծի այս կամ այն դրսևորմանը: Դա վանում է դեռահասին, և հետագայում դժվար կլինի վերադառնալ այնպիսի մտերմիկ հարաբերությունների, որոնք կարող են դաստիարակչական ազդեցություն ունենալ:

Անհրաժեշտ է դեռահասի մեջ մշակել ոչ միայն իր ցանկությունները խոհեմաբար ղեկավարելու ընդունակություն, այլև հոգատար վերաբերմունք իր ապագա դերի նկատմամբ: Այսինքն՝ նա պետք է լավատեսորեն վերաբերվի սիրոն, ընտանիքին, հողությանը, ծննդաբերությանը: Ընդ որում, նրա վերաբերմունքը ձևավորվում է այս հարցերի նկատմամբ ծնողների ունեցած վերաբերմունքով: Եթե երեխան մեծերի մեջ միայն տառապանք է տեսնում փոքրերի դաստիարակության կամ տնտեսության վարման մեջ, եթե նա չի հասկանում, թե հանուն ինչի պետք է կրել այս դժվարությունները և համոզված չէ, որ դրանք բնական են և երբեք էլ չափից ավելին չեն, ապա նրանում բարյացակամ վերաբերմունք չի առաջանում այդ ամենի նկատմամբ, և ապագա ընտանիքի ամրությունն արդեն խարխված է մինչև նրա ստեղծվելը:

Շատ կարևոր է երեխաների ըմբռնմանը հասցնել այն, որ տղամարդկանց և կանանց փոխհարաբերությունները, հասարակության, մարդկանց միջև գոյություն ունեցող փոխհարաբերությունների մյուս ձևերի մասն ենթակա են հասարակական կարգ ու կանոնին, բարոյական նորմերին: Սակայն այդ նորմերի գուտ բացատրությունը բավական չէ: Դրանք պետք է դառնան դեռահասի սեփական համոզմունքը: Իսկ դրա համար հարկ է, որ այդ նորմերը դեռահասը վերապրի՝ ընդունելով իբրև անձնական փորձի մի մաս: Ծնողները պետք է ուղղություն տան այդ փորձին, օգնեն երիտասարդին՝ այն իմաստավորելու: Այս դեպքում բարոյական նորմերը կդառնան դեռահասի ներքին դիրքորոշումը:

*Ինչպե՞ս կանխել սեռական կյանքի վաղ սկիզբը:* Ի դեպ, նման իրավիճակներում հաճախ ընկնում են հետաքրքրությունների սահմանափակ շրջանակ և չձևավորված բարոյական հասկացություններ ունեցող դեռահասները: Ուստի և հարկավոր է վաղ մանկական հասակից օգնել երեխային՝ ընդլայնելու իր հետաքրքրասիրությունների շրջանակը, զարգացնել նրա ընդունակությունները: Պատանին պետք է ըմբռնի, որ սեռական մերձեցումը երջանկություն է պատճառում միայն այն դեպքում, երբ կա սեր, առանց որի այն կորցնում է իր իմաստը և դառնություն բերում: Պետք է գիտակցի, որ իսկական սիրո համար պետք է անհատի հասունություն, որը տարիների ընթացքում է ձեռք բերվում: Դեռահասը պետք է հասկանա նաև, որ վաղաժամ սեռական հարաբերությունները սպառնալիքի տակ են դնում առողջությունը, ուսումը, մասնագիտության ձեռքբերումը, այսինքն՝ կարող են աղավաղել նրա ողջ ապագան: Նա պետք է գիտակցի, որ իսկական հասունացումը սեռական կապի մեջ մտնելը չէ միայն, այլ այդ հարաբերությունների համար ողջ պատասխանատվությունը կրելու հնարավորությունը:

Մի շարք երկրներում պատանեկան և դեռահասային տարիքում այլընտրանքային սեռական կյանքի դեր է խաղում *պետտինգը*, որը հնարավորություն է տալիս վերացնել ֆիզիոլոգիական լարվածությունը և

սեռական բավարարվածություն ստանալ՝ կազմաբանորեն (մորֆոլոգիապես) պահպանելով կուսությունը և խուսափելով հղիությունից (բնականաբար, սա հնարավոր է միայն խիստ ինքնակառավարման դեպքում): Ծնողները, անշուշտ, պետք է պատկերացում ունենան պետտիմգի մասին, հասկանան նրա նշանակությունը: Սակայն, ասենք, որ երեխաների հետ այս պրոբլեմի քննարկումը ծնողների համար դժվար է: Ավելի նպատակահարմար է, որ այդօրինակ քննարկումը դեռահասների համար կազմակերպվի դասախոսությունների կամ սեռակրթության դասերի ժամանակ:

Պետտիմգի մասին խոսակցությունը ծնողների և երեխաների միջև հնարավոր է լրիվ փոխվատահեղի իրադրության պայմաններում: Ի՞նչ անել, եթե պարզվի, որ դեռահասը, ասենք, օրինակ՝ 15-16 տարեկանում արդեն սկսել է սեռական կյանքով ապրել: Սոցիոլոգիական հետազոտությունները ցույց են տվել, որ այսօրվա հասուն տղամարդկանց 30 տոկոսը, իսկ կանանց 3 տոկոսը սեռական կյանքն սկսել է մինչև 17 տարեկանը: Այսօրվա դեռահասները այդ առումով զգալիորեն ակտիվ են, գիտեն արհեստական վիժում (աբորտ) կատարելու հնարավորության մասին, ընդհանուր առմամբ տեղյակ են հակաբեղմնավորիչ միջոցների մասին: Ուստիև տեղին է նրանց հետ զրույց ունենալ հղիության կանխման հարցերի շուրջ: Աբորտի հասցրած վնասը միայն այն չէ, որ առաջին հղիությունն ընդհատող յուրաքանչյուր վեցերորդ կին չի կարող երեխա ունենալ: Հաստատված է նաև աբորտների անմիջական ազդեցությունը հետագա հղիությունների ընթացքի վրա, ապագա երեխաների առողջության և կենսունակության վրա:

Անհրաժեշտ է դեռահասներին տեղեկացնել հղիության կանխման տարբեր մեթոդների, դրանց հնարավորությունների և անվտանգության աստիճանի մասին: Ընդ որում, պետք է նշել, որ դրանցից ոչ մեկը լիարժեք երաշխիք չի տալիս, էլ չասենք, որ դեռահասային տարիքում կանխարգելիչ ոչ բոլոր ձևերից կարելի է օգտվել: Անհրաժեշտության դեպքում պետք է խորհրդակցել բժշկի հետ և ապահովել հղիության կանխումը՝ առողջության համար նվազագույն վտանգով, ինչը կապահովվի անհատական մոտեցման դեպքում:

Դեռահասները պետք է իմանան, որ հնարավոր է բեղմնավորում՝ առանց կուսության խախտման: Այն կարող է առաջանալ փաղաքշանքների ժամանակ հնարավոր սերմնաժայթքման հետևանքով, երբ սերմը լցվում է ոչ թե հեշտոցի մեջ, այլ արտաքին սեռական օրգանների, շեքի և ազդրերի մաշկի վրա: Խոնավ միջավայրում շատ շարժուն սերմնաբջջիջները կարող են ինքնուրույն թափանցել հեշտոցի մեջ, ապա՝ արգանդի վզիկը, արգանդը և բեղմնավորել ձվաբջջիջը:

Անհրաժեշտ է պատանիների մեջ ձևավորել պատասխանատվության զգացում գուրընկերուհիների հանդեպ: Նրանք պետք է հասկանան, որ աղջիկը սեփական բավարարվածությանը հասնելու միջոց չէ, որ ինտիմ մերձեցումը կարող է հանգեցնել անցանկալի հղիության: Հղիության փաստը չի փոխհատուցվում նույնիսկ ամուսնության մտադրությամբ. կյանքում առաջացող դժվարությունների ու վերափոխումների ազդեցությամբ այսպիսի ստիպողական ամուսնությունները հետագայում հաճախ հեշտությամբ քայքայվում են:

Պե՞տք է, արդյոք, որ դեռահասը գրքեր կարդա սեռերի և սեռական կյանքի խնդիրների մասին: Այո՛, բայց այն դեպքում, երբ կա ճիշտ և անհրաժեշտ գրականություն: Դժվար է կատարել ճիշտ գրականության ընտրություն, քանզի

ճիշտ կողմնորոշող գրքերի կողքին կան նաև այնպիսիք, որոնք գրված են ոչ մասնագետների կողմից և լի են տարբեր բնույթի անհարկի ահաբեկումներով և մեծ վնաս կարող են հասցնել դեռահասին: Նախքան գիրքը նրա ձեռքն ընկնելը ծնողները գոնե թռուցիկ պետք է կարդան այն:

Կարևոր է նաև, որ դեռահասը ստանա այն բոլոր հարցերի պատասխանները, որոնք նրան անհասկանալի են, որոնք տազնապ են հարուցում: Դեռահասը պետք է վստահ լինի, որ ծնողները նրան կհասկանան ու կօգնեն ճիշտ կողմնորոշվել:

### ***Ընտանեկան կյանքին նախապատրաստելը***

Սեռակրթության հիմնական խնդիրներից մեկը դեռահասին ընտանեկան կյանքին նախապատրաստելն է, որին մեր օրերում պետք է առանձնահատուկ ուշադրություն դարձնել:

Չուզընկերոջ ընտրությամբ են պայմանավորվում ապագա ամուր ընտանիքի հիմքերը կամ, ընդհակառակը, ամուսնության անկայունությունը: Սոցիոլոգիական հետազոտությունները ցույց են տվել, որ ամուսնացողները, որպես կանոն, միմյանց վատ գիտեն և ընտրյալի մեջ տեսնում են ոչ այնքան իրական, որքան ցանկալի հատկություններ: Որոշ տվյալների համաձայն՝ ամուսնացած յուրաքանչյուր չորրորդ տղամարդ և յուրաքանչյուր հինգերորդ կին իրենց ընտրությունը սխալ են համարում: Ուրեմն, կարևոր խնդիր է՝ օգնել երիտասարդին ճիշտ կողմնորոշվել դիմացինի հարցում՝ ելնելով իր էությունից: Ցավոք, հաճախ դեռահասն ընդօրինակում է ծնողների կյանքի անհաջող փորձը: Այս առումով ծնողները պետք է գաղափար ունենան, թե ինչպիսի ամուսնությունները կայուն լինելու հավանականություն ունեն, իսկ ինչպիսիք՝ ոչ:

Ամուսնության կայունության վրա առավել բացասական ազդեցություն են թողնում բնավորության այնպիսի գծերը, ինչպիսիք են՝ կենսուրախության ցածր մակարդակը, թուլակամությունն ու անկայունությունը, մյուս կողմից՝ իշխողականությունը, դիմացինին նվաստացնելու, ճնշելու գծերը:

Մ.Ս. Լիբիխը մշակել է զուգընկերների հասարակ տիպաբանություն՝ ամուսնության մեջ նրանց համապատասխանությունը կամ անհամապատասխանությունը որոշելու համար: Ինչպես տղամարդիկ, այնպես էլ կանայք բաժանված են 2 հիմնական տիպերի՝ ագրեսիվ-հարձակվող և պասիվ-ենթարկվող: Լավ են համարվում միմյանց հետ հակառակ տիպերով մարդիկ: Բացի այդ, զուգընկերության մեջ առանձնացվել է տղամարդ-հայրը (այսինքն՝ խնամակալը, սովորաբար, առավել տարիքով, որը ենթակա և կախյալ կնոջ կարիք է զգում) և տղամարդ-տղան, որը կնոջ խնամակալության ու հովանավորության կարիք ունի: Համանման ձևով՝ կին-մայրը և կին-աղջիկը:

Այս տիպերից յուրաքանչյուրը վատ է կամ լավ ոչ թե առանձին վերցրած, այլ զուգընկերոջ դերի հետ համակցված: Սովորաբար, դերերը բավականաչափ ճկուն են և տարբեր զուգընկերների դեպքում կարող են փոխակերպվել: Այս ճկունությունն արժեքավոր հատկանիշ է, որը, սակայն, կորչում է դաստիարակության գործընթացում: Եթե, օրինակ, տղայի ծնողները ձգտում են նրան հարկադրել այնպիսի պահանջներ, որոնք անհամատեղելի են նրա



բնավորության տիպի հետ (կոտրել համառությունը, բնավորությունը վերափոխել և այլն), ծնողների հաղթանակի դեպքում տղամարդը ձևավորվում է որպես տղամարդ-տղա կամ պասիվ-ենթակա տղամարդ:

Երեխաներին ընտանեկան կյանքին նախապատրաստելիս չի կարելի սահմանափակվել միայն նրանց մեջ ապագա ամուսիններին բնորոշ դրական հատկությունների դաստիարակմամբ: Անհրաժեշտ է նրանց նախապատրաստել նաև հոր կամ մոր դերի կատարմանը: Այս պատկերացումները ձևավորվում են 2-3 տարեկան հասակում և ի հայտ են գալիս 3-5 տարեկանում՝ դերային խաղերի («տուն-տուն») փուլում: Այստեղ, իհարկե, հիմնական նշանակություն ունի ծնողների անձնական օրինակը: Երեխայի դերային խաղերն արտահայտում են նրա ընտանիքին բնորոշ գծերը, ընդ որում՝ երեխայի մեջ ամրապնդվում է մոր նույնիսկ այնպիսի վարքագիծը, որն իր ժամանակին երեխայի մեջ վախ է առաջացրել: Եվ հենց այս տարիքում է դրվում (կամ չի դրվում) ծնողական դերի այնպիսի զգացումի հիմքը, որը կոչվում է որդեսիրություն: Հետագայում երեխան արդեն իմաստավորում է ընտանիքում տեղի ունեցող անցուդարձը, փորձում է ըմբռնել այդ ամենը, արդեն ջանում է ծնողներին չնմանվել, հակառակ տիպի իդեալ ընտրել՝ կողմնորոշվելով արտաընտանեկան օրինակներով, սակայն ընտանիքում ընկալվածը խանգարում է նման ձևավորմանը:

## **ԳԼՈՒԽ 19** **ՏՂԱՍՄԱՐԴՈՒ ԱՆՊՏՂՈՒԹՅՈՒՆ**

Անպտղությունը ազատ սեռական կյանքով առնվազն մեկ տարի ապրելուց հետո բեղմնավորման բացակայությունն է: Ամուսնական զույգերի 15%-ը ունի այս պրոբլեմը: Պատմականորեն ամլության խնդրում ուշադրությունը միշտ սևեռված է եղել կանացի գործոնի վրա, մինչդեռ անպտուղ զույգերի 30%-ի մոտ բեղմնավորման բացակայության պատճառը տղամարդն է, իսկ 20% դեպքերում բուժման ենթակա են և՛ կինը, և՛ տղամարդը: Պատճառները, որոնք կարող են բերել տղամարդու ֆերտիլության խանգարման, մինչ այսօր վերջնականապես համակարգված չեն:

Ընդհանուր առմամբ տղամարդու անպտղությունը բացատրում են սերմնահեղուկի ոչ բավարար ծավալով, սպերմատոզոիդների խտության իջեցմամբ (օլիգոսպերմիա, ազոոսպերմիա), սպերմատոզոիդների շարժունակության, մորֆոլոգիայի խանգարումներով: Պատճառների այսպիսի ընդհանուր ստորաբաժանումը հնարավորություն չի տալիս հստակեցնելու անպտղության հիմքում ընկած պատճառը և մշակելու բուժման արդյունավետ միջոցներ: Անպտղությամբ տառապող տղամարդու առաջնային հետազոտումը պետք է լինի արագ, ոչ ինվազիվ և ոչ այնքան թանկարժեք: 70% դեպքերում ֆերտիլության պատճառը հնարավոր է որոշել մի քանի պարզ մեթոդների կիրառմամբ՝ անամնեզի մանրակրկիտ հավաքում, ֆիզիկական քննություն, ամորձիների չափերի որոշում, էյակուլյատի քննություն, հորմոնալ հետազոտություններ:

Գոյություն ունեն անպտուղ զույգերի բուժման տարբեր եղանակներ՝ սկսած թերապևտիկ միջոցներով սերմնահեղուկի որակի և քանակի բարելավումից մինչև փոքր վիրահատական միջամտություններ, ընդհուպ մինչև արհեստական բեղմնավորում: Անպտուղ զույգերը սովորաբար բժշկին դիմում են համատեղ կյանքով մեկ տարի ապրելուց հետո, քանի որ այդ ժամանակը համարվում է օպտիմալ՝ անպտղության պատճառների բացահայտման նպատակով զույգին քննելու որոշում կայացնելու և իրականացնելու համար:

Այս գլխի նպատակը տղամարդու ֆերտիլության խանգարման պատճառների ընդհանրացումն է, դրանց հայտնաբերման և բուժման մեթոդների ներկայացումը:

### ***Տղամարդու ռեպրոդուկտիվ համակարգը***

Անպտղության խնդիր ունեցող այցելուների հետ բուժական գործընթացը արդյունավետ կազմակերպելու համար բժշկից պահանջվում է սպերմատոզենեզի և էյակուլյացիայի ֆիզիոլոգիայի, մասնավորապես՝ սեռական և վերարտադրողական համակարգի նյարդահումորալ կարգավորման բաժնի հստակ իմացություն, որն անմիջականորեն պատասխանատու է ամորձիների նորմալ գործառնության և սեռական վարքի ճիշտ ձևավորման համար: Այսինքն՝ հիպոթալամ-հիպոֆիզար-գոնադային համակարգի և այդ

համակարգի կողմից սպերմատոզենեզի և տեստոստերոնի արտադրության կարգավորման, ինչպես նաև հավելյալ սեռական գեղձերի գործունեության մեխանիզմների լիարժեք տիրապետում:

Հիպոթալամուս-հիպոֆիզ-գոնադային առանցքը, որը գործում է հետադարձ կարգավորման մեխանիզմով, ապահովում է ամորձիների նորմալ գործունեությունը և սեռական ֆունկցիան: Հանդիսանալով առաջնային ինտեգրացիոն կենտրոն՝ հիպոթալամուսը՝ ընդունելով ազդակներ ԿՆՀ-ի տարբեր հատվածներից, հիպոֆիզից, ամորձիներից, պատասխանում է ռիլիզինգ հորմոնների արտադրությամբ՝ մասնավորապես գոնադոտրոպին ռիլիզինգ հորմոնի (GRH) արտազատումով:

GRH-ը արտազատվում է հիպոթալամուսի մեդիոբազալ հատվածից պուլսային ռեժիմով՝ 70-90 րոպեի մեկ անգամ: Այնուհետև դոմերակային համակարգով այն թափանցում է առաջնային հիպոֆիզ, որտեղ խթանում է գոնադոտրոպ հորմոնների (GH) արտադրությունը: GRH-ի կիսաքայքայման պարբերաշրջանը 2-5 րոպե է: GRH-ի արտադրությունը արգելակվում է հետադարձ բացասական կապով՝ ամորձիների կողմից տեստոստերոնի և ինհիբինի միջոցով: Կորտիկոտրոպ ռիլիզինգ հորմոնը, որը մեծ քանակությամբ ձերբագատվում է սթրեսների ժամանակ, ինչպես նաև էնդոգեն և էկզոգեն օպիատների ազդեցությամբ, իջեցնում է GRH-ի քանակությունը: Այսպիսով, օրգանիզմը սթրեսներին և տարբեր հիվանդություններին պատասխանում է գոնադոտրոպինների արտադրության իջեցմամբ:

Հիպոֆիզը, որը տեղակայված է թրքական թամբում, պարունակում է գոնադոտրոպին արտադրող բջիջներ, որոնք արտադրում են ֆոլիկուլոխթանիչ հորմոն (FSH) և լյուտեինիզացնող հորմոն (LH): Դրանք գլիկոպեպտիդներ են՝ 10 000 դալտոն մոլեկուլյար զանգվածով: GRH-ի արտազատման պուլսային ռեժիմը պարտադիր պայման է GH-ների արտադրման համար: Անընդհատ ռեժիմով խթանումը արգելակում է GH-ների սինթեզը, և այս փաստը օգտագործվում է պրոստատի քաղցկեղի և էնդոմետրիոզի բուժման ժամանակ: FSH-ի կիսաքայքայման պարբերաշրջանը մեծ է LH-ից, և այն ավելի քիչ է ենթակա պուլսային փոփոխությունների, քան LH-ի քանակը: Անցնելով արյան շրջանառություն՝ GH-հորմոնները գտնում են իրենց թիրախ օրգաններին և կապվելով բջջաթաղանթների համապատասխան ընկալիչներին՝ թողնում են իրենց ազդեցությունը: LH-ի հիմնական ֆունկցիան Լեյդիգի բջիջների ակտիվացումն է, որն ուղեկցվում է տեստոստերոնի քանակության բարձրացմամբ: FSH-ի ազդեցությամբ ակտիվանում են Սերտոլիի բջիջները և դրանց կողմից սպերմատոզենեզի գերմինատիվ բջիջների տարբերակման գործընթացը: GH-ների արտադրությունը ընկճվում է էստրադիոլի ազդեցությամբ, իսկ FSH-ի արտադրությունը ընտրողաբար պակասում է Սերտոլիի բջիջների կողմից արտադրվող ինհիբինի ազդեցությամբ:

Հիպոֆիզում արտադրվում է ևս մեկ GH- հորմոն՝ պրոլակտին, որի ֆիզիոլոգիական ֆունկցիան կաթնագեղձերի և լակտացիայի խթանումն է: Պրոլակտինի արտադրությունը գտնվում է դոպամինի ճնշիչ ազդեցության տակ: Թիրեոտրոպ հորմոնը և վազոինտեստինալ պեպտիդը խթանում են պրոլակտինի արտադրությունը: Պրոլակտինի քանակության բարձրացումը բերում է գինեկոմաստիայի, լիբիդոյի իջեցման, հազվադեպ նաև դիտվում է

զալակտոռեա: Պրոլակտինը արգելակում է GRH-ների արտադրությունը և միջնորդավորված՝ FSH-ի և LH-ի արտադրությունը:

Ամորձիները տվյալ առանցքի վերջին օղակն են, պարունակում են Լեյդիգի և Սերտոլիի բջիջներ, որոնք պատասխանում են LH-ի և FSH-ի ազդեցությանը համապատասխանորեն՝ տեստոստերոնի արտադրությամբ և գերմինատիվ բջիջների հասունացմամբ: Էմբրիոնալ զարգացման շրջանում ամորձիները զարգանում են հարերիկամային սեռական ելուստից և գեստացիոն շրջանի ժամանակ իջնում են ամորձապարկ: Ամորձիները ներվավորվում են երիկամային հյուսակի մեզենտերիալ նյարդերով, արյունամատակարարումը a. spermatica interna, vv deferens et a. spermatica externa:

**Ամորձիների մորֆոլոգիան** - ամորձիները ծածկված են բարակ սպիտակուցային թաղանթով (tunica albuginea testis), որից սեպի տեսքով գեղձի հաստության մեջ է ներհրվում ամորձու միջնապատը (mediastinum testis): Վերջինից հովհարածև հեռանում են բարակ ֆիբրոզային թաղանթներ, որոնք անջրպետի դեր են կատարում՝ բաժանելով գեղձային հյուսվածքը 200-350 բրզածև բլթակների: Յուրաքանչյուր բլթակ պարունակում է 3-4 ոլորուն խողովակներ: Նորմալ ամորձին պարունակում է 600-1200 ոլորուն խողովակներ՝ 250մ ընդհանուր երկարությամբ: Ոլորուն սերմնային խողովակների արանքում՝ ինտերստիցիալ հյուսվածքում, գտնվում են Լեյդիգի բջիջները, ֆիբրոբլաստներ, մակրոֆագեր, լիմֆատիկ և արյունատար անոթներ: Ամորձու հիմնական կառուցվածքային-ֆունկցիոնալ միավորը սերմնային ոլորուն խողովակն է: Խողովակի բազալ թաղանթի վրա նստած են Սերտոլիի բրզածև բջիջները, որոնք հանդես են գալիս իբրև հենարան գերմինատիվ բջիջների համար՝ միևնույն ժամանակ սնուցելով հասունացող բջիջները և պաշտպանելով դրանց վնասակար ազդեցություններից: Սերտոլիի բջիջները յուրատեսակ արգելապատ են արյան և սպերմատոգեն հյուսվածքի միջև և իմունային առումով գերմինատիվ բջիջների համար ստեղծում են արտոնյալ կարգավիճակ: Սերտոլիի բջիջները արտադրում են ինհիբին՝ հետադարձ կապի հորմոն և անդրոգեն կապող սպիտակուց, որի միջոցով ապահովվում է անդրոգենային ակտիվությունը սերմնային խողովակների ներսում: Սերտոլիի բջիջների գործունեությունը գտնվում է FSH-ի հսկողության տակ: Լեյդիգի բջիջները գտնվում են ինտերստիցիալ հյուսվածքում, ոլորուն խողովակների արանքում, արտադրում են տեստոստերոն և վերահսկվում են LH-ի կողմից: Տեստոստերոնի արտադրությունը ենթակա է օրվա ռիթմին՝ մաքսիմալ քանակությամբ սինթեզվում է առավոտյան ժամերին: Տեստոստերոնի միայն 2%-ն է ազատ շրջանառում արյան մեջ, 44%-ը կապված է հորմոն կապող գլոբուլինի հետ, 54%-ը՝ ալբումինի հետ: 5 $\alpha$ -ռեդուկտազայի ազդեցությամբ տեստոստերոնը փոխակերպվում է դեհիդրոտեստոստերոնի, որից էլ առաջանում են էստրոգենային հորմոններ:

Ներամորձային տեստոստերոնի անհրաժեշտ մակարդակը ապահովում է սպերմատոգենեզի նորմալ ընթացքը: Նորմալ սպերմատոգենեզը իրենից ներկայացնում է Սերտոլիի, Լեյդիգի և գերմինատիվ բջիջների փոխազդեցությունների համալիր: Գերմինատիվ բջիջները սպերմատոգոնիդների նախորդներն են: Սպերմատոգոնիաներից մինչև սպերմատիդներ զարգացումը ընթանում է 74 օր: Էյակուլյացիայի ժամանակ սպերման անցնում է սերմնատար

ծորան (ductus deferentis), որը զարգանում է Վուֆյան ծորանից՝ 30-35սմ երկարությամբ: Սերմնատար ծորանում տարբերում են մի քանի հատվածներ՝ ամորձային, փոշտային, աճուկային, ռետրոպերիտոնեալ, ամպուլյար: Վերջինս միզապարկի հետին մակերեսին միանալով սերմնաբշտին՝ առաջացնում է ընդհանուր ծորան (ductus ejaculatorius): Անցնելով շագանակագեղձի հաստության միջով՝ այդ ծորանը բացվում է միզուկի գեղձային հատվածում՝ սերմնային թմբիկի վրա: Ductus deferens-ի արյունամատակարարումը ընթանում է ստորին միզապարկային անոթով: Անտերոգրադ էյակուլյացիայի համար անհրաժեշտ է միզապարկի վզիկի սեղմում: Այդ դեպքում ծորանի մկանային շերտի ռիթմիկ կծկումներով և կոնքի մկանների կծկումներով սերմնահեղուկը դուրս է մղվում միզուկի արտաքին բացվածքով: Պրոստատը և ամորձիները ապահովում են էյակուլյատի հիմնական ծավալը: Կուպերյան գեղձերը, որոնք գտնվում են միզուկում և Լիտրեի գեղձերը կազմում են էյակուլյատի 2-5%-ը և հիմնականում ծառայում են միզուկի լյուքրիկացիայի և մնացորդային մեզի թթվայնության իջեցման համար:

Անպտղության պատճառով բժշկին դիմած այցելուների որոշ մասի մոտ հայտնաբերվում են լուրջ հիվանդություններ, որոնք դեռևս ունեն թաքնված ընթացք և արտահայտվում են առայժմ միայն անպտղությամբ: Օրինակ՝ հիպոֆիզի ադենոմա, հորմոնալ ակտիվ ուռուցքներ, ամորձու ուռուցքներ, լյարդային կամ երիկամային անբավարարություն: Այդ պատճառով հարկավոր է հիվանդների ուշադիր և մանրազնի քննություն:

**Վիճակագրություն** - Ըստ վիճակագրական տվյալների՝ անպտուղ զույգերի 35%-ի մոտ պատճառը միայն կանացի գործոնն է, 30%-ի մոտ՝ տղամարդու գործոնը, 20% դեպքերում բուժման կարիք ունեն և՛ կինը, և՛ տղամարդը, 15%-ը կազմում են անհասկանալի պատճառները:

Ընդ որում, եթե մի զուգրնկերոջ մոտ հայտնաբերվում է ակնհայտ խանգարում, ամեն դեպքում մյուսը ևս ենթակա է հետազոտման:

### ***Անպտուղ տղամարդու կլինիկական հետազոտում***

Այցելուի առաջնային հետազոտման համար հարկավոր է տիրապետել բազմակողմանի մանրակրկիտ քննության նրբություններին: Ուշադրություն պետք է դարձնել անցյալում տեղի ունեցած բեղմնավորման դեպքերին, ստացած բուժումներին: Հարկավոր է մանրամասնել զույգի սեռական վարքը, սեռական ակտիվության ֆիզիոլոգիական ռիթմը, պարզել օգտագործված հակաբեղմնավորիչ միջոցները: Բժիշկը պետք է հարցնի այցելուին տարած հիվանդությունների, հատկապես՝ աճուկային ճողվածքի, կրիպտորխիզմի կապակցությամբ տարած վիրահատության, պոստպոլերտատ խոզուկի, ուշացած սեռական զարգացման, վաղաժամ սեռական հասունացման, միզասեռական համակարգի բորբոքային հիվանդությունների, սեռական ճանապարհով փոխանցվող հիվանդությունների, միզապարկի վզիկի վրա տարած վիրահատական միջամտության մասին: Պետք է ժխտվեն նյարդային հիվանդությունները, շաքարային դիաբետը, թոքային հիվանդությունները, անօսմիան, գալլակտոռեան, տեսադաշտերի դեֆեկտները, լիբիդոյի հանկարծակի անհետացումը:

**Հիվանդի օրյեկտիվ քննություն** - Օրյեկտիվ քննության ժամանակ գնահատական է տրվում սեռական օրգանների կառուցվածքին, երկրորդային սեռական հատկանիշներին, մարմնի ընդհանուր կառուցվածքին, որոշվում է սեռական կոնստիտուցիան, հաշվի է առնվում մյուս օրգանների և համակարգերի վիճակը և գործունեությունը:

1. **Ամորձիներ** - Ամորձիների հետազոտությունը պետք է իրականացնել տաք սենյակում՝ հիվանդի թուլացած վիճակում: Ամորձիների հետազոտությունը պետք է իրականացնի բուժող բժիշկը, ձեռքի բութ և II, III մատերի օգնությամբ: Հետազոտման ժամանակ գնահատվում են ամորձիների ներկայությունը փոշտում, չափերը, կոնսիստենցիան, ընդ որում երկու ամորձիները պետք է համեմատել իրար հետ: Չափումների ժամանակ կարելի է օգտագործել Պրադերի օրխիդոմետրը կամ ուլտրաձայնային հետազոտությամբ որոշել ամորձու ծավալը, որը սովորաբար մեծ է 20սմ<sup>3</sup>-ից:

Ամորձիների ատրոֆիա կարող է ախտորոշվել ամորձիների առաջնային վնասման, Կլայնֆելտերի համախտանիշի, էնդոկրինոպաթիաների, հետպուբերտատային խոզուկի, լյարդի հիվանդությունների, միոտոնիկ դիստրոֆիայի ժամանակ: Ուռածությունը, զուգակցված ցավոտության հետ, ախտանշում է օրխիտի առկայությունը, իսկ առանց ցավի ուռածություն կարող է դիտվել նորագոյացությունների, տուբերկուլյոզի և սիֆիլիսի ժամանակ:

2. **Հավելումներ** - Մակամորձիների շոշափման ժամանակ պետք է տարբերակել մակամորձու գլխիկը, մարմինը և պոչը՝ երկու կողմից: Ուշադրությունը պետք է կենտրոնացնել՝ պնդացումների, կիստոզ գոյացությունների հայտնաբերման համար: Նմանատիպ փոփոխությունները օբստրուկտիվ պրոցեսի հետևանք են: Մակամորձիների լարվածությունը խոսում է էպիդիդիմիտի մասին:
3. **Սերմնատար ծորաններ** - Սերմնատար ծորանները երկու կողմից իրենց ողջ երկարությամբ շոշափելով՝ կարելի է հայտնաբերել պնդացումներ, հանգույցներ, ուռածություններ: Երկկողմանի բացակայությունը SF գենի ժառանգման արդյունք է: Գ-ենի տարբեր դեֆեկտների ժամանակ կարող են դիտվել ծորանների տարբեր դեֆեկտներ: Բարակ և հանգուցավոր ծորանները հանդիպում են տուբերկուլյոզի ժամանակ:
4. **Սերմնալար** - Ամենահաճախ հանդիպող ախտաբանական փոփոխությունը, որը բերում է անպտղության, վարիկոցելեն է: Դրա հայտնաբերման համար կիրառում են Վալսալվայի փորձը՝ կանգնած և նստած ժամանակ: Վարիկոցելեի I աստիճանի դեպքում շոշափվում է ուժ տալուց, II աստիճանի դեպքում՝ կանգնած ժամանակ, III-ի դեպքում՝ հանգստի վիճակում:

Վարիկոցելեի հանկարծակի սկիզբը աջ կողմից, որը չի փոխվում Վալսալվայի փորձի ժամանակ, պետք է հուշի բժշկին հնարավոր ռետրոպերիտոնեալ նորագոյացության կամ երակների թրոմբոզի մասին:

5. **Առնանդամ** - Հետագոտության ժամանակ բժշկի ուշադրությունը պետք է գրավի միզուկի բացվածքի տեղակայումը: Հիպո- կամ էպիսպադիայի առկայությունը բերում է սերմնահեղուկի՝ արգանդի վզիկին հասնելու դժվարացման:
6. **Ռեկտալ հետագոտություն** - Ռեկտալ հետագոտության ժամանակ որոշում են շագանակագեղձի վիճակը, չափերը, կոնսիստենցիան:
7. **Սերմնաբշտեր** - Սովորաբար սերմնաբշտերը շոշափել չի հաջողվում: Շագանակագեղձի միջին գծով կիստայի կամ սերմնաբշտերի շոշափումը հետևանք է սերմնաժայթքման ծորանների (ductus ejaculatorius) խցանման:
8. **Մարմնի կազմվածք** - Մարմնի եվնուխոիդ (ներքինիատիպ) կառուցվածքը, մազածածկույթի թերի աճը, թերզարգացած մկանային համակարգը, մարմնի ստորին հատվածի անհամաչափ երկարությունը վկայում են ոսկրերի էպիֆիզար գոտիների ուշ փակման մասին, որը հետևանք է հորմոնալ խանգարումների:

Ճարպակալումը, ստրիաները և լուսնաձև դեմքը Կուշինգի հիվանդության կամ համախտանիշի հետևանք են:

Գինեկոմաստիան, գալակտոռեան, տեսադաշտերի հանկարծակի նեղացումը հետևանք են հիպոֆիզի ադենոմայի:

Ուշադրություն է դարձվում վահանաձև գեղձին:

Հեպատոմեգալիայի բացահայտման համար հարկավոր է շոշափել լյարդը:

### ***Անպտղության պատճառները***

Անպտղության պատճառները բաժանվում են 3 խմբի՝ պրետեստիկուլյար, պոստտեստիկուլյար, տեստիկուլյար:

#### ***Պրետեստիկուլյար խումբ***

Այս խումբը ընդգրկում է՝

- հիպոթալամուսի բնածին կամ ձեռքբերովի հիվանդություններ,
- հիպոֆիզի բնածին կամ ձեռքբերովի հիվանդություններ,
- պերիֆերիկ օրգանների հիվանդություններ, որոնք բերում են հիպոթալամուս-հիպոֆիզ կարգավորիչ մեխանիզմի խանգարման:

**Հիպոթալամուսի հիվանդությունները** հանգեցնում են հիպոգոնադոտրոպային հիպոգոնադիզմի զարգացման, քանի որ GRH-ի անբավարար քանակությունը բերում է LH-ի և FSH-ի արտադրության իջեցման: Այս շարքում.

1. **Իդիոպաթիկ հիպոգոնադոտրոպային հիպոգոնադիզմ** GRH-ի արտադրության խանգարում է՝ անհասկանալի պատճառներով: Դիտվում է առանձին կամ Կարմանի համախտանիշի կազմում՝ քիմքի դեֆեկտի, խլության, գունային կորության, կրիպտօրխիզմի հետ միասին:
2. **GRH-ի միզրացիայի խանգարման համախտանիշ** Այս հիվանդներն ունեն երկար վերջույթներ՝ որպես հետևանք էպիֆիզար գոտիների

ուշացած փակման: Դիտվում է պուբերտատի ուշացում, ատրոֆիկ ամորձիներ:

Էկզոգեն տեստոստերոնով բուժումը թույլ է տալիս կարգավորել նմանատիպ հիվանդների արտաքին կառուցվածքը, բայց սպերմատոզենեզի որակի վրա չի ազդում՝ ներամորձային տեստոստերոնի անբավարարության հետևանքով: Տեստոստերոնի քանակության բարձրացումը չի բերում սպերմատոզոիդների որակի բարելավման, այլ հակառակը՝ իջեցնում է ամորձիների ներսում տեստոստերոնի քանակությունը:

3. **Պրադեր-Վիլի համախտանիշ** Այս հիվանդներին բնորոշ է դեմքի այտուցվածությունը, մտավոր հետամնացությունը, փոքր ձեռքերը և ոտնաթափերը: Հիպոգոնադիզմը հետևանք է GRH-ի դեֆիցիտի:

4. **Լոուրենս-Մուն-Բիդլի համախտանիշ** Այս համախտանիշով հիվանդներն ունեն պոլիդակտիլիա և պիզմենտոզ ռետինիտ: Անպտղությունը հետևանք է հիպոգոնադոտրոպային հիպոգոնադիզմի:

**Հիպոֆիզի հիվանդությունները** լինում են բնածին և ձեռքբերովի՝ ուռուցքների, ինֆարկտի, ճառագայթման, ինֆեկցիոն հիվանդությունների հետևանքով:

1. **Պրոլակտինոմա** - Պրոլակտին արտադրող ադենոմա: Անպտղության հետ մեկտեղ դիտվում է գինեկոմաստիա, գալակտոռեա: Բիլատերալ հեմիանոսպիա կարող է զարգանալ եթե ուռուցքը ճնշի տեսողական խաչվածքը: Նայած պրոլակտինի քանակության՝ ախտորոշվում է միկրո- (150 մկգ/լ) կամ մակրոադենոմա (300 մկգ/լ-ից ավել): Միկրոադենոմաները հաջողությամբ բուժվում են բրոմոկրիպտինով: Բուժման ֆոնի վրա բարձրանում է տեստոստերոնի և սպերմատոզոիդների քանակը: Կիրառվում է նաև բուժման վիրահատական ճանապարհը՝ ադենոմայի տրանսֆենոիդալ ռեզեկցիա:

2. **LH-ի մեկուսացված դեֆիցիտ** - Այսպիսի հիվանդները բնութագրվում են իբրև ներքիններ: Հատկանշական է FSH-ի նորմալ քանակությունը: Հիվանդներն ունեն մարմնի եվնոխսային կառուցվածք, մեծ ամորձիներ և սերմնահեղուկի փոքր քանակություն:

3. **FSH-ի մեկուսացված դեֆիցիտ** - Շատ հազվադեպ է հանդիպում: Դիտվում է օլիգոսպերմիա, LH-ի նորմալ քանակ:

4. **Թալասեմիա** - Անպտղությունը զարգանում է ի հետևանք այն բանի, որ երկաթի ավելցուկը կուտակվում է հիպոֆիզում և ամորձիներում՝ խանգարելով նրանց ֆունկցիան:

5. **Կուշինգի հիվանդություն** - Կորտիզոլի քանակության բարձրացումը բերում է հետադարձ բացասական կապով հիպոթալամուսի կողմից GRH-ի արտադրության իջեցման:

**Էստրոգենեմիա** - Էստրոգենների բարձր մակարդակը կարող է հետևանք լինել Սերտոլիի, Լեյդիգի բջիջներից առաջացած ուռուցքի, լյարդի հիվանդությունների, ճարպակալման:



*Յաթրոզենիաներ* – Ստերոիդների բարձր մակարդակ ստեղծվում է նաև որոշ հիվանդությունների ժամանակ (խոցային կոլիտ, ասթմա, արթրիտներ) մեծ քանակությամբ ստերոիդների ընդունման հետևանքով:

### ***Տեստիկուլյար պատճառներ***

Ըստ բնույթի բուն տեստիկուլյար պատճառները բաժանվում են երկու խմբի՝ **քրոմոսոմային և ոչ քրոմոսոմային**: Անպտուղ տղամարդկանց շուրջ 6%-ը ունեն սեռական քրոմոսոմների անոմալիաներ: Այն այցելուները, որոնք ունեն ազոոսպերմիա կամ ծանր աստիճանի օլիգոսպերմիա, ավելի հաճախ են ունենում այս կամ այն քրոմոսոմային անոմալիան (10-15%), քան այն անպտուղ տղամարդիկ, որոնց սերմի քննությունը ցույց է տալիս սպերմատոզոիդների նորմալ կոնցենտրացիա: Անպտուղ տղամարդիկ, ովքեր ունեն ազոոսպերմիա և ծանր աստիճանի օլիգոսպերմիա (5 մլն-ից պակաս), կարիոտիպի ուսումնասիրման և y-քրոմոսոմի միկրոդելեցիաների հայտնաբերման համար ենթարկվում են հետազոտության:

#### **Քրոմոսոմային պատճառներ**

##### ***Կչայնֆելտերի համախտանիշ***

Տղամարդու անպտղություն առաջացնող քրոմոսոմային պատճառներից ամենահաճախ հանդիպողն է: Դիտվում է 500-1000 նորածիններից 1-ի մոտ: Կչայնֆելտերի դասական համախտանիշի ժամանակ առկա է 47 XXY կարիոտիպ, անպտղությունը հետևանք է ամորձիների առաջնային ախտահարման և որպես արդյունք՝ ազոոսպերմիայի զարգացման: Հորմոնալ հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ բարձր է GH-ների մակարդակը՝ տեստոստերոնի ցածր ֆոնի վրա: Ջարմանալի է, որ այս համախտանիշով տղամարդիկ հաճախ ունենում են սեքսուալության նորմալ դրսևորումներ՝ լիբիդո, էրեկցիա, հեշտանք: Օբյեկտիվ քննության ժամանակ դիտվում են մարմնի եվնոլխոիդ կառուցվածք, փոքր ամորձիներ, գինեկոմաստիա: Որոշ դեպքերում երկրորդային սեռական նշանները զարգացած են բավարար, բայց սովորաբար դիտվում է ուշացած սեռական զարգացում: Այս տղամարդիկ ռիսկի խումբ են կաթնագեղձի քաղցկեղի, լեյկեմիայի, դիաբետի, հիպոֆիզի ուռուցքների առաջացման առումով: Տեստիկուլյար բիոպսիան հայտնաբերում է սերմնային ոլորում խողովակների հիալինիզացիա:

##### ***Նունանի համախտանիշ (46 XY)***

- Նաև բնորոշում են իբրև տղամարդու Տերների համախտանիշ: Ունեն նույն կլինիկական պատկերը, ինչ որ Տերների համախտանիշով կանայք (45 X)՝ թևավոր վիզ, կարճ հասակ, ցածր տեղակայված ականջախեցիներ, վահանաձև կրծքավանդակ, ձեռքերի և ոտքերի լիմֆեդեմա, սիրտ-անոթային անոմալիաներ: Բնորոշ է մտավոր թերզարգացածությունը: Խանգարված է Լեյդիգի բջիջների ֆունկցիան, անպտղությունը հետևանք է ամորձիների առաջնային ախտահարման:

##### ***Գոնադների խառը դիսգենեզիա (45 X/ 46 XY)***

- Հիվանդներն ունեն անորոշ գոնադային կառուցվածք, դիտվում է մի կողմից՝ ամորձու, մյուս կողմից՝ գեղձային հյուսվածքի ձգանի առկայություն:

**Y – քրոմոսոմի միկրոդելեցիայի համախտանիշ** - Դիտվում է երկկողմանի անօրխիա: Կարիոտիպը նորմալ է, բայց երեխան ծնվում է առանց ամորձիների: Արական մորֆոտիպը վկայում է ներարգանդային զարգացման շրջանում անդրոգենային ակտիվության մասին: Պատճառները հստակեցված չեն: Հնարավոր է, որ այս անոմալիան զարգանում է ի հետևանք որևէ ինֆեկցիոն կամ անոթային հիվանդության կամ երկկողմանի տեստիկուլյար ճողվածքի:

**Դաունի համախտանիշ** - Ամորձիների ֆունկցիան քիչ է տուժած. LH-ը և FSH-ը բարձրացած են:

**Դիսարոքֆիկ միոտոնիա** - Աուտոսոմ դոմինանտ գեն է, որի ժառանգման դեպքում մկանային կծկումները չեն հաջորդվում ռելաքսացիայով: 75%-ի մոտ դիտվում է տեստիկուլյար ատրոֆիա՝ սերմնատար ծորանների դեգեներացիայի հետևանքով: Լեյդիգի բջիջները նորմալ են: Հիստոլոգիան ցույց է տալիս ոլորուն խողովակների սկլերոզ: Կան բուժման էֆեկտիվ մեթոդներ:

**Ոչ քրոմոսոմային պատճառներով** ամորձիների ախտահարումը կարող է հետևանք լինել մի շարք հիվանդությունների:

**Վարիկոցելե** - Սերմնալարի երակների լայնացում: Հանդիպում է 3-4% տղամարդկանց մոտ, անպտղության 30-35%-ի պատճառն է: Վիրահատական ճանապարհով բուժվող հիվանդությունն է: Հաճախ ընթանում է առանց կլինիկական նշանների, բայց կարող է առաջացնել ցավ և ամորձու ատրոֆիա: Հիմնականում վարիկոցելե դիտվում է ձախ կողմից: Տուժում է սպերմատոզենեզը՝ ինչպես ուղղակիորեն, այնպես էլ ստերոիդոգենեզի ընկճման հետևանքով: Ամորձապարկում ջերմաստիճանի բարձրացման, տոքսիկ մետաբոլիտների ռեֆլյուքսի, գերմինատիվ բջիջների հիպօքսիայի հետևանքով հնարավոր է սպերմատոզենեզի խանգարում:

**Կրիպտօրխիզմ** - Արձանագրվում է նորածին տղաների մոտավորապես 3-4%-ի մոտ: Մինչև 1 տարեկան հասակը միայն 1% երեխաների մոտ է պահպանվում այս վիճակը: Ինչքան որովայնի խոռոչում երկար են մնում և վեր են տեղակայված ամորձիները, այնքան մեծ է ոլորուն խողովակների ախտահարման վտանգը: Ամորձու բիոպսիան ցույց է տալիս Լեյդիգի բջիջների ցածր քանակություն և սպերմատոզենեզի ընկճում:

**Ամորձու տրավմա** - Իր հաճախադեպությամբ անպտղության պատճառների մեջ զբաղեցնում է երկրորդ տեղը:

**Միայն Սերտոլիի բջիջների առկայության համախտանիշ** (գերմինատիվ բջիջների ապլազիա) - LH-ի և տեստոստերոնի քանակությունը նորմալ է՝ FSH-ի բարձր մակարդակի ֆոնի վրա: Ամորձիների չափերը կարող են լինել փոքր կամ նորմալ՝ ազոոսպերմիայի պատկերով: Երկրորդային սեռային նշանները զարգացած են բավարար:

**Քրիպտօրասպիա** - Առավել տոքսիկ ազդեցություն է ունենում սպերմատոգոնիաների և սպերմատոցիտների բաժանման վրա: Ամենատոքսիկը ցիկլոֆոսֆամիդն է: Խոջկինի հիվանդության բուժումը բերում է անպտղության մոտավորապես 80-100% դեպքերում:

**Ռադիացիոն քերասպիա** - Ռադիացիայի հանդեպ առավել զգայուն են Սերտոլիի բջիջները:

**Օրխիտներ** - Ամորձու ձեռքբերովի հիվանդությունների մեջ առավել հաճախ հանդիպողն է: Վիրուսային պարոտիտի 25%-ը բարդանում է օրխիտի

զարգացմամբ, ընդ որում օրիսիտի զարգացումը կարող է ընթանալ ինչպես բուն պարոտիտի սկսելուց 2-3 օր հետո, այնպես էլ նախքան պարոտիտի նշանների ի հայտ գալը: Վիրուսը անմիջականորեն վնասում է սերմնային խողովակները, կամ ամորձու այտուցի միջոցով առաջացնում է սերմնային խողովակների սեղմում: Ապաքինումից հետո ամորձու չափերը նորմալանում են, բայց կարող են մնալ ատրոֆիայի վիճակում: Ատրոֆիան զարգանում է 1-6 ամսվա ընթացքում, և նրա արտահայտվածությունը կախված չէ օրիսիտի ծանրության աստիճանից:

**Գրանուլեմատոզ հիվանդություն** - Լեպրան և սարկոիդոզը կարող են ուղեկցվել ամորձու ինֆիլտրացիայով և նրա ֆունկցիայի խանգարումներով:

Մոտավորապես 25% դեպքերում ամորձու հետ կապված անպտղության պատճառը հայտնաբերել չի հաջողվում:

### ***Անպտղության պոստտեստիկուլյար պատճառներ***

Ընդգրկում են սպերմատոգոնիդների շարժունակության բնածին և ձեռքբերովի խանգարումներ, սերմնածորանների հիվանդություններ:

**Ցիստիկ ֆիբրոզ** - Գենետիկ հիվանդություն է, որի ժամանակ բացակայում են սերմնատար ծորանները:

Ծորանները կարող են փակված լինել բորբոքային հիվանդությունների հետևանքով, ինչպիսիք են գոնոռեան, խլամիդիոզը, տուբերկուլյոզը: Մանր քարերը և կիստաները նույնպես կարող են փակել ծորանի լուսանցքը:

**Հակասպերմատոգոնիային հակամարմիններ** - Կապվելով սպերմատոգոնիդների հետ հակամարմինները իջեցնում են դրանց շարժունակությունը:

**Շմիդտի համախտանիշ** - Տարածված աուտոիմուն խանգարում է, հիմքում ունի էնդոկրին խանգարումներ: Բնորոշվում է ամորձու բազալ թաղանթի հանդեպ հակամարմինների առաջացմամբ:

**Ռետրոգրադ էյակուլյացիա** - Հանդիպում է դիաբետի, միզապարկի վզիկի վիրահատությունների, TYP (трансуретральная резекция)-ի, պրոկտոլոգիական վիրահատությունների, ցրված սկլերոզի, ողնաշարի վնասվածքների ժամանակ:

### ***Անպտղուղ տղամարդու լարորատոր հետազոտություններ***

#### ***Սերմի հետազոտություն***

Տղամարդու անպտղության հետազոտման հիմնական մեթոդը սերմի քննությունն է: Սերմնահեղուկը վերցվում է մաքուր տարայի մեջ ձեռնաշարժության միջոցով կամ սեռական ակտի ժամանակ առանց խոնավացնող քսուքների պահպանակի միջոցով: Սպերմատոգոնիդների առավելագույն քանակի և որակի համար սերմնահեղուկը վերցնում են 3-4-օրյա սեռական ձեռնապահությունից հետո: Անհրաժեշտ է կրկնել հետազոտությունը 3-4 օրից: Հետազոտության ժամանակ գնահատվում են հետևյալ ցուցանիշները՝ ծավալը, սպերմատոգոնիդների կոնցենտրացիան, որակը և մորֆոլոգիան:

**Ծավալը** - Սերմնահեղուկի նորմալ ծավալը 1.5-5 մլ է: Ծավալի իջեցում կարող է դիտվել ռետրոգրադ էյակուլյացիայի, սերմնածորանների,

սերմնաբշտերի բացակայության, ծորանների խցանման, հիպոգոնադոտրոպ վիճակների, վատ սիմպաթիկ նյարդավորման դեպքերում: Ծավալի ավելացում հազվադեպ է հանդիպում, հիմնականում՝ հավելյալ սեռական գեղձերի ակտիվ արտազատման ժամանակ:

**Որակը** - Էյակուլյացիայից անմիջապես հետո սկսվում է սերմնահեղուկի մակարդումը, որից հետո՝ 15-30 րոպե անց, սերմնահեղուկը ջրիկանում է: Վերջինս կատարվում է շագանակագեղձի ֆերմենտների ազդեցությամբ: Եթե սերմնահեղուկը թանձր է մնում, ապա դա կարելի է վերագրել լորձի քանակության շատացմանը, որը բացասաբար է ազդում սպերմատոզոիդների շարժունակության վրա:

**Կոնցենտրացիան** - Սպերմատոզոիդների նորմալ կոնցենտրացիան 20 մլ/մլ և ավելի է, կամ ընդհանուր սերմնահեղուկում մոտ 50-60 մլն: 1 մլ-ում 20 մլն-ից պակասը համարվում է իբրև օլիգոսպերմիա, իսկ 5 մլն-ից պակասը՝ ծանր աստիճանի օլիգոսպերմիա, սպերմատոզոիդների լրիվ բացակայությունը՝ ազոոսպերմիա:

Ազոոսպերմիան հաստատելու համար հարկավոր է կատարել սերմի ցենտրիֆուգացիա, ինչպես նաև պետք է հետազոտել հետեյակուլյացիոն մեզը՝ սպերմատոզոիդների հայտնաբերման նպատակով:

Ազոոսպերմիայով հիվանդներին պետք է նշանակվի տրանստեկտալ սոնոգրաֆիա, հորմոնալ հետազոտություն: Օլիգոսպերմիան կարող է հետևանք լինել սերմնածորանների խցանման կամ հակասպերմատոզոիդային հակամարմինների առկայության: FSH-ի ցածր մակարդակը վկայում է հիպոթալամուսի կամ հիպոֆիզի անբավարարության մասին: FSH-ի նորմալ մակարդակի դեպքում հնարավոր է բուն ամորձիների ախտահարում:

**Շարժունակություն** - Տարբերում են սպերմատոզոիդների շարժունակության 4 աստիճան:

- 0 աստիճան- շարժուն սպերմատոզոիդներ չկան,
- 1-ին աստիճան - ցածր,
- 2-րդ աստիճան - ցածր և ոչ ուղղորդված,
- 3-րդ աստիճան - ուղղորդված շարժունակություն,
- 4-րդ աստիճան - ակտիվ շարժունակություն:

Սպերմատոզոիդների ցածր շարժունակությամբ այցելուները պետք է ստուգվեն բորբոքային պրոցեսի, հակասպերմատոզոիդային հակամարմինների առկայության, սպերմատոզոիդների կառուցվածքային փոփոխությունների կապակցությամբ:

**Մորֆոլոգիա** - Սպերմատոզոիդի առանձին մասերը՝ գլխիկը, ակրոսոման, մարմինը և պոչիկը հետազոտվում են ֆազո-կոնտրաստային մանրադիտակով՝ Պապանիկոլայի մեթոդով ներկելուց հետո: Հետազոտվում է ամենաքիչը 200 սպերմատոզոիդ: Նորմալ սպերմատոզոիդը ունի հարթ, օվալ գլխիկ՝ մոտ 3-5 մմ երկարությամբ և 2-3 մմ լայնությամբ: Նորմալ մորֆոլոգիայով պետք է լինեն 60% և ավել սպերմատոզոիդները: 2-3% և ավելի քիչ քանակը կարող է լինել ոչ հասուն: 30% և ավելի քիչ նորմալ սպերմատոզոիդների քանակ դիտվում է տերատոսպերմիայի ժամանակ:

Սպերմատոզոիդի գլխիկի ախտաբանական ձևերը նկարագրվում են որպես կոնաձև, դուրլիկատ, փոքր, մեծ, ամորֆ: Ակրոսոման պետք է կազմի

գլխիկի չափի 40-70%-ը: Մեծ քանակությամբ ոչ հասուն սպերմատոզոիդների հայտնաբերման դեպքում ենթադրվում է բարձր ջերմաստիճանի, ճառագայթման կամ ինֆեկցիայի ազդեցություն:

**Ինֆեկցիաներ** - Բորբոքային պրոցեսների և ինֆեկցիաների ժամանակ գրանցվում է լեյկոցիտների մեծ քանակ: Քանի որ լեյկոցիտները և գերմինատիվ բջիջները նման են իրար, սպա մանրադիտակային հետազոտության ժամանակ, տարբերակելու համար, հարկավոր է լեյկոցիտները ներկել իմունոհիստոքիմիական եղանակով:

Մերմի հետազոտության ժամանակ անհրաժեշտ է որոշել նաև ցինկի, թթու ֆոսֆատազայի, ալֆա-գլյուկոզիդազայի և լիմոնաթթվի մակարդակը: Նման տեստերը օգտագործվում են շագանակագեղձի ախտահարման ախտորոշման համար:

### ***Հակասպերմ-հակամարմին տեստ***

Մերմնահեղուկը պարունակում է սպեցիֆիկ անտիգեններ, որոնք չեն ընկալվում սեփական իմուն համակարգի կողմից, որովհետև առաջանում են պուբերտատից հետո: Նման համակարգից այդ անտիգենները սահմանազատված են հեմատոտեստիկուլյար պատնեշով: Տեստի միջոցով որոշվում են այդ անտիգենի հանդեպ առաջացած հակամարմինները:

### ***Հորմոնալ հետազոտություններ***

Ֆերտիլության խանգարման պատճառների 3%-ը կազմում են հորմոնալ խանգարումները: Անհրաժեշտ է որոշել տեստոստերոնի, LH-ի, FSH-ի և պրոլակտինի մակարդակը, քանի որ նրանք ուղղակիորեն կապված են սպերմատոզենեզի հետ: Հորմոնալ խանգարումները կարող են հետևանք լինել հիպոթալամուսի, հիպոֆիզի և ամորձիների ախտահարման:

### ***Սոնոգրաֆիկ հետազոտություն***

Ազոոսպերմիա, ծանր աստիճանի օլիգոսպերմիա ունեցող հիվանդները ենթարկվում են տրանստեկտալ սոնոգրաֆիայի՝ սերմնաձորանների մասնակի կամ լրիվ խցանումը հայտնաբերելու համար: Այս հետազոտությունը կատարվում է նաև սերմնաբջջերի քննության համար: Մեծացած սերմնաբջջերի հայտնաբերման դեպքում ենթադրվում է քարերի, ստենոզի, ներշագանակագեղձային կիստաների առկայություն:

Ամորձիների, հավելումների և սերմնալարերի հետազոտման համար կատարվում է ամորձապարկի սոնոգրաֆիա: Որոշվում են նաև ամորձու ծավալը, արյան շրջանառությունը, վարիկոցելեի առկայությունը:

## ***Միջամտություններ***

### ***Ամորձու բիոպսիա***

Անցյալում այս միջամտությունը խորհուրդ էր տրվում նորմալ չափերի ամորձիներ և հորմոնների նորմալ մակարդակ ունեցող, բայց ազոոսպերմիայով տառապող հիվանդներին՝ օբստրուկտիվ անպտղությունը հայտնաբերելու համար: Ներկայումս այն լայնորեն կիրառվում է արիեստական բեղմնավորման ժամանակ: Հարաբերական ցուցումներն են՝ ծանր օլիգոսպերմիայի ժամանակ մասնակի օբստրուկցիայի հայտնաբերում, հիպոգոնադոտրոպիզմով հիվանդների հետազոտման ժամանակ գոնադոտրոպիներով փոխարինող բերապիս անցկացնելու հիմնավորում:

Պրետեստիկուլյար անպտղության ժամանակ դիտվում են ասորոֆիկ բջիջներ, որոնք հետևանք են գոնադոտրոպիների խթանիչ ազդեցության բացակայության:

Պրեպուբերտատ հիպոգոնադիզմը բերում է սերմնածորանների հասունացման խանգարման, որոնք ունենում են չձևավորված բազալ թաղանթ՝ էլաստիկ թելերի բացակայությամբ: Իսկ պոստպուբերտատ հիպոգոնադիզմի ժամանակ դիտվում են գերմինատիվ բջիջների լրիվ բացակայություն կամ չափազանց քիչ քանակություն, սեղմված ծորաններ և հիալինիզացված բազալ թաղանթ:

Հյուսվածաբանական հետազոտությամբ կարելի է հայտնաբերել ամորձիների առաջնային ախտահարման որոշ պատճառներ: Սերմնածորանների նորմալ չափերը, Լեյդիգի և Սերտոլիի նորմալ բջիջները և բազալ թաղանթը վկայում են հասունացման կանգի մասին, իսկ եթե գերմինատիվ բջիջների հասունացումը կանգ է առնում ավելի վաղ էտապներում՝ հիպոսպերմատոգենեզով հիվանդների ամորձու հյուսվածաբանական քննությունը ցույց է տալիս բարակ գերմինատիվ էպիթել, գերմինատիվ բջիջների ապլազիա (միայն Սերտոլիի բջիջների առկայության համախտանիշ), որը զուգակցվում է Սերտոլիի բջիջների վակուոլիզացիայի հետ: Կլայնֆելտերի համախտանիշը բնութագրվում է սպերմատոգոնիաների քանակության իջեցմամբ, գերմինատիվ բջջային հիպոպլազիայով, Սերտոլիի բջիջների ասորոֆիայով, խողովակների հիալինիզացիայով, Լեյդիգի բջիջների հիպերպլազիայով, դեֆորմացված ծորաններով:

Կրիպտորխիզմի հետևանքով ամորձիները ունենում են փոքր չափեր, չզարգացած ծորաններ, տարբեր չափերի սպերմատոգոնիաներ, հիալինիզացված բազալ թաղանթ:

Պարոտիտի հետևանքով զարգացող սուր օրխիտը արտահայտվում է ինտերստիցիալ այտուցով, մոնոնուկլեար ինֆիլտրատով, գերմինատիվ էպիթելի դեգեներացիայով: Ապաքինումից հետո դիտվում է գերմինատիվ էպիթելի վերականգնում, ծորանների հիալինիզացիա և սկլերոզ:

Պոստեստիկուլյար օբստրուկցիայի ժամանակ լայնանում են ծորանները, հաստանում են բազալ թաղանթները, իջնում է Սերտոլիի բջիջների և սպերմատիդների քանակությունը:

**ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ**

1. Հակոբյան Ա.Է., Չաքարյան Մ.Հ., Ներսիսյան Ն.Ռ. «Մեքսուալաբորդիա և նեպրոդուկտորդիա», Երևան, ԵՊԲՀ-ի հրատարակչություն, 2003
2. Буртянский Д.Л., Кришталь В.В. “Сексуальная дисгармония супружеской пары и ее коррекция. Учебное пособие”, Харьков, 1982
3. Васильченко Г.С. “Общая сексопатология. Руководство для врачей”, Москва: Медицина, 2005
4. Васильченко Г.С. “Частная сексопатология”, Москва: Медицина, 1983
5. Васильченко Г.С. “Сексология. Справочник”, Москва: Медицина, 1990
6. Вазянов А.С., Гарпиченко П.В. “Сексология и андрология”, Абрис, Киев, 1997
7. Гери Ф. Келли “Основы современной сексологии”, Санкт-Петербург, 2002
8. Загородный П.И. “Физиология и патология половой функции”, Ленинград: Медицина, 1975
9. Здравомыслов В.И., Анисимова З.Е., Либих С.С. “Функциональная женская сексопатология”, Алма-Ата, 1985
10. Имелинский К. “Сексология и сексопатология”, Пер. с польск. – Москва: Медицина, 1986
11. Карвасарский Б. Д. Неврозы, “Руководство для врачей: 2-ое издание”, - Москва: Медицина, 1990
12. Кратохвил С. “Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний”, Москва: Медицина 1991
13. Кон И.С. “Введение в сексологию”, Москва: Медицина, 1988
14. Кон И.С. “Сексология”, Москва: Академия, 2004
15. Кришталь В.В., Григорян С.Р. “Сексология”, ПерСе, Москва, 2002
16. Либих С.С. “Руководство по сексологии”, СПб.: Питер, 2001
17. Личко А.Е. “Психопатии и акцентуации характера у подростков: 2-ое издание”, Л.: Медицина, 1983
18. Мастерс У., Джонсон В., Колодны Р. “Основы сексологии”, Москва: Мир, 1998
19. “Международная классификация болезней /10-ый пересмотр/ Классификация психических и поведенческих расстройств Клинические описания и указания по диагностике”. Пер. с англ., СПб.: Адис, 1994
20. Менделевич В.Д. “Психология девиантного поведения”, Москва: МЕДпресс, 2001

21. Йен С.К., Джаффе Р.Б. “Репродуктивная эндокринология”, в 2 томах, Москва: Медицина, 1998
22. “Руководство по андрологии” /главы О.Л. Тиктинского, С.С. Либиха, В.В. Михайличенко и др./, Л.: Медицина, 1990
23. Свядоц А.М. “Женская сексопатология”, 6-ое изд., СПб.: Питер, 1998
24. Свядоц А.М. “Неврозы, 4-ое изд.”, СПб.: Питер, 1997
25. Свядоц А.М. “Психотерапия”, СПб.: Питер, 2002
26. Ткаченко А. А. “Сексуальные извращения-парафилии”, Москва,1999
27. Фрейд З. “Три статьи по теории сексуальности и либидо”, Пер. с нем., Москва, изд-во Гуманитарий Академии гуманитарных исследований, 1996. -С.19-95
28. Фрейд З. “Психология сексуальности”, Пер. с нем., Минск, 1993
29. Щеглов Л. “Энциклопедия секса”, Санкт-Петербург, 2002
30. Eysenck H.J., Sex and Personality, London: Open Books, 1976
31. Eysenck H.J., Wilson G.D. The psychology of sex, London: J.M. Dent & Sons Ltd., 1979
32. Harold I. Lief Sexual problems in medical practice, American medical Association, 1981
33. Kaplan H. S. The new sex therapy, New York: Brunner/Mazel, 1974
34. Kaplan H. S. The sexual desire disorders, New York: Quadrangle, 1995
35. Kinsey A.C., Pomeroy W.B., Martin C. E. Sexual behavior in the human male, Ph., 1948
36. Kinsey A.C., Pomeroy W.B, Martin C. E., Gebhard P.H. Sexual behavior in the human female, Ph., 1953
37. Lo Piccolo J., Lo Piccolo L. et al. Handbook of sex Therapy, New York, 1978
38. Masters W. & Johnson V. Human sexual response, Boston: Little, Brown, 1966
39. Masters W. & Johnson V. Human sexual inadequacy, Boston: Little, Brown, 1970
40. Zilbergeld B. The new male sexuality, New York: Bantam, 1992