

ა. სპიანოვი

ქართული

სახეობა

კათოლიკონი

ივტორი ლიტერატურის მონაცემებისა და საკუთარი პრაქტიკიდან მიღებული გამოცდილების საფუძველზე საინტერესო ცნობებს გვაწვდის ადამიანთა სექსოლოგიური პათოლოგიისა და გაუქუღმართებების შესახებ. განზარტავს, თუ რა უწყობს ხელს ადამიანის ჩამოყალიბებას ჰომოსექსუალისტად, რას წარმოადგენს პედოფილია, გერონტოფილია, ლესბიურობა, ზოოფილია, ფეტიშიზმი, საღიზმი, მანობიზმი და სხვ. რა და რა სახის იმპოტენცია არსებობს და რა უწყობს ხელს მის განვითარებას, რა როლი მიუძღვის მათში ბავშვობაში მიღებულ შთაბეჭდილებებს, მშობლის, ოჯახის და აღმზრდელების დამოკიდებულებას მისდამი. რა სახის გაუქუღმართებები შეიძლება გამოიწვიოს ბავშვის ფიზიკურმა დასჯამ. მავნეა თუ არა ონანიზმი და მასტურბაცია. ცოლქმრულ ურთიერთობასა და სქესობრივ ჰარმონიაში რა როლი ეკუთვნის ქალს და მამაკაცს ცალ-ცალკე.

ამ და მრავალ სხვა საინტერესო კითხვაზე გვაძლევს პასუხს წინამდებარე წიგნი, რომელიც გათვალისწინებულია ამ საკითხებით დაინტერესებული ყველა მკითხველისათვის.

4108110100—045
ს ————— 165—91
მ 601 (08)—91

ISBN 5—529—01074—1

© მლარგმნელი ნათელა დოლიძე
1991

წინასიტყვაობა

სექსოპათოლოგია კლინიკური მედიცინის სფეროა, რომელიც შეისწავლის სქესობრივ მოშლილობებს, მათი ამოცნობის, მკურნალობისა და თავიდან აცილების მეთოდებს.

სექსოპათოლოგია დაკავშირებულია ენდოკრინოლოგიასთან, უროლოგიასთან, გინეკოლოგიასთან, მაგრამ უფრო მეტად ნევროპათოლოგიასთან და ფსიქიატრიასთან, კერძოდ, ჰეპროზებთან.

ქალის სქესობრივი ცხოვრების პათოლოგიის ერთ-ერთი ელახე ხშირი მიზეზია ნერვული სისტემისა და შინაგანი ორგანოების ფუნქციის მოშლა, ამასთან დაკავშირებით აღნიშნული პათოლოგიის ცოდნა საინტერესოა არა მარტო სექსოპათოლოგების, ნევროპათოლოგების, ფსიქიატრებისა და გინეკოლოგებისათვის, არამედ სხვა სპეციალობის ექიმებისათვისაც. სქესობრივი ფუნქციის მოშლა იწვევს ოჯახში ურთიერთდამოკიდებულების გაუარესებას, რასაც ხშირად ოჯახის დანგრევაც მოსდევს. ამიტომ, აღნიშნული მოშლილობების პროფილაქტიკასა და მკურნალობას არა მარტო სამედიცინო, არამედ დიდი სოციალური მნიშვნელობაც აქვს.

ქალთა და მამაკაცთა სექსუალური მოშლილობები ძველთაგანვეა ცნობილი. მათ შესახებ მოხსენიებულია ძველეგვიპტურ პაპირუსებში, ბიბლიაში, ასევე მითებსა და ლეგენდებში, მაგრამ ამ მოშლილობების მეცნიერული შესწავლა არაუადრეს ასი წლის წინ დაიწყო.

სექსოპათოლოგიის სწავლების განვითარებაში დიდი წვლილი შეიტანა ვ. მ. ბეხტერევის ლ. ი. იაკობსონის, გ. ს. ვასილჩენკოს, ზ. ფროიდის, რ. კრაფტ-ებინგის, ა. ფორელის, ვ. შტეკელის, ა. მოლის, ა. კინსეის, კ. ლეონჰარდის, ვ. მასტერსის, გ. დიორნერის, ე. შტოურცის და სხვათა შრომებმა.

შრომათა უმრავლესობა ~~გადასწავლილია~~ მამაკაცთა სექსუალურ

მოშლილობებს. ქალთა სექსუალური მოშლილობები დიდად განსხვავდება მამაკაცთა ამ პათოლოგიისაგან, და თუმცა ძალიან ხშირია (არანაკლებ ქალთა 15%-ისა), დღემდე ნაკლებად არის შესწავლილი და გაშუქებული ლიტერატურაში.

ამ შრომის მიზანია გააცნოს ექიმებს ქალებში სექსუალური მოშლილობების კლინიკური სურათი, ასევე დიაგნოსტიკის, მკურნალობისა და მათი თავიდან აცილების მეთოდები. მაგრამ რამდენადაც სექსუალური ფუნქცია დაკავშირებულია ქალ-ვაჟის შეწყვილებასთან, ქალის სექსოპათოლოგიის გაშუქება მამაკაცებში შესაბამისი გამოვლინებების გარეშე გააძნელებდა მის შესახებ ერთიანი წარმოდგენის შექმნას. ამასთან დაკავშირებით მთელ წიგნში გარკვეული ყურადღება ეთმობა მამაკაცის სექსუალურ მოშლილობებსაც.

შრომა დაფუძნებულია როგორც ავტორის დაკვირვებებზე, ასევე ლიტერატურის მონაცემების განზოგადებებზე.

ავტორი მადლიერებათ მიიღებს რჩევა-დარიგებებსა და შენიშვნებს წიგნში გადმოცემული მასალის შესახებ და ითხოვს გაგზავნონ ის შემდეგი მისამართით: 191002, Ленинград, ул. Рубинштейна 25, Консультация по вопросам семейной жизни.

სქესობრივი ცხოვრების ფსიქოფიზიოლოგია

სქესობრივი ლაგოვა

ადამიანისა და ცხოველის ორგანიზმში არსებობს გარკვეული პროგრამა, რომელიც მიმართულია შთამომავლობის გაგრძელების უზრუნველყოფისაკენ. არავინ არ ასწავლის ჩიტს, თევზს, ირემს ან კატას დრო და დრო მიმართოს რთულ მოქმედებას, რაც აუცილებელია სქესობრივი დაახლოებისათვის. ამ მოქმედებების პროგრამას განსაზღვრავს მათში ჩადებული გენეტიკური კოდი — სქესობრივი ინსტინქტი.

ინსტინქტები (სქესობრივი, თავდაცვის, კვების და სხვ.) შეიძლება გამომქლავნდეს როგორც ინსტინქტური გრძნობების, ანუ ემოციების სახით, მაგალითად, შიშის, სიხარულის გრძნობა, ასევე ინსტინქტური მოქმედებების სახითაც. ამ უკანასკნელს საფუძვლად უდევს ქცევის თანდაყოლილი ალგორითმები — რთული ჭაქვეური უპირობო რეფლექსები (ი. პ. პავლოვის მიხედვით). ადამიანს ინსტინქტური გრძნობები უჩნდება ავტომატურად, მისდა უნებურად (შიშის, სიხარულის ან მწუხარების გრძნობა), მაგრამ ადამიანის ინსტინქტური მოქმედებები, ცხოველებისაგან განსხვავებით, გონებრივი კონტროლის ქვეშ იმყოფება. ადამიანი ბრმად არ ეძგერება საჭმელს, როცა მას შია ან ობიექტს, რომელმაც სქესობრივი აგზნება გამოიწვია.

სოციალურ-შრომითი საქმიანობის პროცესში ადამიანს უყალიბდება სოციალურად განპირობებული მთელი რიგი მოთხოვნები, რაშიც შეიძლება გამომქლავნდეს ბიოლოგიურად კოდირებული ლტოლვა. ყოველგვარი მისწრაფების მიღწევა, მაგალითად, შიმშილის, წყურვილის, სიცივის, გრძნობასთან

დაკავშირებული, იწვევს სიამოვნებას; ისეთი ინფორმაციის აღქმა, რომელიც სასიამოვნო ამბავს გვამცნობს, იწვევს სიხარულის, აღფრთოვანების გრძნობას. თავისთავად სასიამოვნო ემოციებმა — კმაყოფილებამ, სიხარულმა — შეიძლება არა მარტო გააქროს ორგანიზმის ესა თუ ის მოთხოვნილება (მაგალითად, შიმშილი), არამედ თავის მხრივ მასტიმულირებელი, ტონოგენური ზეგავლენა მოახდინოს მასზე — გამოიწვიოს ძალების მოზღვაება, ენერჯის, სიმსხვეის შეგრძნება. სიამოვნების გრძნობასა და ამით გამოწვეულ მოქმედებას შორის წარმოქმნილი პირობითი კავშირი განაპირობებს ამ უკანასკნელის განმეორებისაკენ სწრაფვას. შეიძლება ამ მექანიზმმა შეასრულოს როლი სწრაფვის გაჩენაში მორფიუმისადმი, ალკოჰოლისადმი, ნიკოტინისადმი და სხვა ნივთიერებებისადმი, რომელთაც დროებითი სიამოვნების გრძნობა შეუძლია გამოიწვიოს. ამითვე აიხსნება სექსუალური სიყვარულის ფორმირება, რაც დაკავშირებულია სქესობრივი სიამოვნების მიღებასთან, და სქესობრივი ლტოლვის ზოგიერთი ანომალიის წარმოქმნა.

ზ. ფროიდის წინადადებით სქესობრივ ლტოლვას ლიბიდო ეწოდა (ლათინური სიტყვისაგან *libido* — სურვილი, ხორციელი ტკბობა). ზ. ფროიდი ფართოდ იყენებდა ამ ტერმინს ლიბიდოს გამოვლინებას ხედავდა ბავშვის ძუძუს წოვაში (დეფეკაციაშიც. ჩვენ ამ სიტყვას მხოლოდ სქესობრივი სიამოვნებისადმი ლტოლვის გაგებით ვიხმართ. იგი ხორციელდება ინსტინქტური ლტოლვის მხარდამხარ, რომელიც არ შეიძლება წარმოდგენილი იყოს როგორც ერთად, ასევე იზოლირებულად, ასაკობრივ პერიოდებთან დაკავშირებით.

სქესობრივი ლტოლვა განვითარების პროცესში მთელ რიგ ეტაპებს გაივლის. 7-10 წლის ასაკში წარმოიქმნება პლატონური სქესობრივი ლტოლვა — ჩნდება საწინააღმდეგო სქესის პიროვნებისადმი ინტერესი, რომელიც ხშირად გაცნობიერებულ სექსუალურ ხასიათს არ ატარებს (ბავშვური შეყვარება); მასთან ერთად ყოფნის სურვილი; სულიერი ურთიერთობა, მისი ყურადღების მიპყრობის სურვილი, რაც გადაიზრდება მოწონების სურვილში და კოკეტურ ქცევებში. ეს განსაკუთრებითაა გამოხატული გოგონებში. ჩვეულებრივ მოზარდობის ასაკში იღვიძებს ეროტიკული სქესობრივი ლტოლ-

ვა — არა მარტო სულიერი, არამედ სხეულებრივი კონტაქტის სურვილი, სინაზე, ალერსი და მხოლოდ მოგვიანებით ჩნდება სექსუალური ლტოლვა სქესობრივი აქტისადმი (ვაეებში — სექსუალური ავრესიულობა, ე. ი. ქალის დაპყრობისა და სასქესო ორგანოების დეტუმენისცენციისაკენ — წარმოქმნილი ერექციის გაქრობისაკენ). ეროტიკული ლტოლვა საკმაოდაა გამოხატული მამაკაცთა და ქალთა უმრავლესობაში, სქესობრივი აქტისადმი ლტოლვა კი უფრო მეტად — მამაკაცებში. ქალთა უმრავლესობას სქესობრივი აქტისადმი ლტოლვა ხომ მხოლოდ მას შემდეგ უჩნდებათ, როცა ისინი გამოცდიან სქესობრივ დაკმაყოფილებას (ორგაზმს), მაგრამ გოგონათა 20% ეს აღენიშნება 16-18 წლის ასაკში, სქესობრივი ცხოვრების დაწყებამდე. 16-18 წლის ქალიშვილებისათვის დამახასიათებელია სიყვარულის გრძნობა, მეგობარი-თაყვანისმცემლის ძიება, შეხვედრებზე, პლატონურ სიყვარულზე და არა სქესობრივ სიახლოვეზე ოცნება.

სქესობრივ ინსტიქტს განეკუთვნება სქესობრივი ცნობის-მოყვარეობის გამოძევენება (3—5 წლის ბავშვებში ხშირად აღინიშნება სასქესო ორგანოების თვალყურებისა და შეხების სურვილი), სქესობრივი დაპყრობის (ბატონობის) სურვალი, სქესობრივი უკუგებისადმი სწრაფვა (საკუთარი სხეულისადმი უკუაღლების მიპყრობის მოწონების სურვილი), პარტნიორის სქესობრივი აგზნებით მიღებული სიხარული, პარტნიორის სქესობრივი დაკმაყოფილების ნიშნების აღქმით მიღებული სიამოვნების გრძნობა. ორ უკანასკნელ სურვილს ჩვეულებრივ უფრო მეტად ქალები ამჟღავნებენ, ვიდრე მამაკაცები.

სქესობრივი ცხოვრების მოთხოვნილება ჩვეულებრივ 25 წლამდე ასაკის ვაეებს უფრო აქვთ, ვიდრე ქალიშვილებს. ფიზიოლოგიურად ბევრ ქალიშვილში (დაახლოებით 25%) სქესობრივი ლტოლვა თავის სრულყოფილებას აღწევს მხოლოდ 26-28 წლის ასაკში, მაქსიმუმს — 28-30 წლებისათვის და შენარჩუნებულია 45-60 წლის ასაკამდე. ზოგიერთ ქალს სქესობრივი ლტოლვის მნიშვნელოვანი შესუსტება აღენიშნება 45-50 წლის ასაკში. მამაკაცებში სქესობრივი ცხოვრების მოთხოვნილება მაქსიმალურ დონეს აღწევს 25-30 წლებისათვის. რის შემდეგაც აღინიშნება თანდათანობითი დაქვეითება. ხშირად მამაკაცები გადაქარბებულად აფასებენ ახალგაზრდა ქალების

ფიზიოლოგიურ მოთხოვნილებას სქესობრივ სფეროში და სრულიად ვერ საზღვრავენ მას მომწიფებული ასაკის ქალებში. ამიტომაც 30 წლამდე ასაკის ბევრი ქალი უჩივის, რომ მისი ქმარი სქესობრივ ურთიერთობაში ზედმეტად აქტიურია, ხოლო 30 წლის შემდგომი ასაკისანი ხშირად ჩივიან მათი ქმრების სქესობრივი აქტიურობის უკმარისობაზე.

ცხოველისაგან განსხვავებით, ადამიანს უჩნდება სიყვარულის დიდი გრძნობა. მის წარმოქმნაში, სქესობრივი ლტოლვის გარდა მაღალი ემოციებიც მონაწილეობს, რაც დაკავშირებულია ადამიანთან, როგორც პიროვნებასთან (მაგალითად, მამაკაცთან, როგორც მეგობართან, მომავალ მამასთან), არა მარტო ფიზიკური, არამედ ზნეობრივი თვისებების შეფასებით. ამ გრძნობის ჩამოყალიბებაში, სქესობრივი ინსტინქტის გარდა, შეიძლება მონაწილეობდეს დედობის ინსტინქტი, მართლობის დაძლევის შესაძლებლობით მიღებული კმაყოფილება, სიამოვნების ალტრუისტული გრძნობა სხვა არსებაზე ზრუნვით მიღებული და ა. შ. ამიტომ სიყვარულის გრძნობა ფართო გაგებით უცხო არ არის ისეთი ადამიანისათვისაც კი, რომელაც გულგრილია სქესობრივი ურთიერთობისადმი.

ძლიერ სქესობრივ ლტოლვასთან დაკავშირებული სიყვარულის გრძნობა ზეგავლენას ახდენს აზროვნების პროცესზე, კრიტიკულ შესაძლებლობებზე. იგი იწვევს აფექტურად დამუხტული წარმოდგენების შექმნას, რასაც კატათიმიურ აზროვნებამდე მივყავართ. დიდი ხანია ცნობილია, რომ სიყვარული ადამიანს „აბრმავებს“, მაგრამ ეს „დაბრმავება“ ხელს რომ უწყობს სქესობრივი სიახლოვის დამაბრკოლებელი ძრავალგვარი წინააღმდეგობის დაძლევას და შთამომავლობის გაგრძელების თვალსაზრისით ბიოლოგიურად მიზანშეწონილია. ამავე დროს სქესობრივი ლტოლვის გაძლიერებას ტრფიალების პერიოდში თან ახლავს ტვინის სტრუქტურების გაძლიერებული რეაქტიულობა, რაც ადამიანს უფრო მგრძნობიარეს ხდის სექსუალური გამლიზიანებლების მოქმედების მიმართ. ოჯახური ცხოვრების პროცესში ტრფიალების ადგილს იჭერს ურთიერთშეთვისების, ურთიერთშეჩვევის ღრმა გრძნობა. საბოლოოდ შეიძლება ითქვას, რომ სიყვარული ბიოსოციალური მოვლენაა.

ადამიანის სქესობრივი ფუნქციის ნერვულ რეგულაციაში

მონაწილეობს თავის ტვინის ქერქი, ქერქვეშა წარმონაქმნები და სპინალური ცენტრები. ქერქული სასქესო ცენტრი მდებარეობს *girus fusiformis*-ში *uncus*-ის გვერდით. მაგრამ თავის ტვინის ქერქის უჩრდებო, რომლებიც სქესობრივ მოქმედებას უზრუნველყოფს, ფართოდაა მიმობნეული.

ქერქვეშა სასქესო ცენტრები მდებარეობს შუამდებარე ტვინში და ჰიპოთალამუსში; ლიმბური სისტემა, რომელიც მოიცავს მთელ რიგ ქერქულ, ქერქვეშა და ღეროვან სტრუქტურებს, წარმოადგენს ემოციებისა და ლტოლვის მათ შორის სქესობრივი ლტოლვის ნერვულ სუბსტრატს.

როგორც ჩანს, ქალისა და მამაკაცის სპინალურ სასქესო ცენტრებს სრულიად ერთნაირი ლოკალიზაცია არა აქვთ. მაგალითად, უფრო სავარაუდოა, რომ ქალებში ის მდებარეობს გავის 1-5 სეგმენტში, მამაკაცებში ერექციის ცენტრები განლაგებულია გავის მე-2-5, ხოლო ეაკულაციის ცენტრი — წელის მე-2-4 სეგმენტში. სპინალური ცენტრები, ერთი მხრივ, დაკავშირებულია ჰიპოთალამურ და ქერქულ ცენტრებთან, მეორე მხრივ — სასქესო ორგანოებში მყოფ რეცეპტორებთან. სასქესო ცენტრები იმყოფება ურთიერთქმედებისა და ურთიერთ დაქვემდებარებულ მდგომარეობაში, ახორციელებს სქესობრივი ფუნქციის რეგულაციას სხვადასხვა დონეზე — ქერქულ, ქერქვეშა და სპინალურ — და ქმნის ერთიან იერარქიულ სისტემას. სქესობრივი ლტოლვა (ლიბიდო) და ორგანოში არ შეიძლება განხორციელდეს თავის ტვინის მონაწილეობის გარეშე. მაგრამ ერექცია მამაკაცებში და ჩვენი მონაცემებით, სასქესო ორგანოების ჰიპერემია ქალებში, ასევე კლიტორის ერექცია და საშოს რიტმული შეკუმშვები შეიძლება მოხდეს ზურგის ტვინის გათიშვის შემდეგაც გულმკერდის ქვემო ნაწილში — ეს სპინალური რეფლექსებია. ზურგის ტვინის გათიშვის შემდეგ ფსიქიკური ფაქტორები კარგავს უნარს შემოქმედება მოახდინოს ამ პროცესებზე.

მოწიფულ ინდივიდუუმებში სასქესო ჰორმონები მნიშვნელოვანწილად განსაზღვრავს სასქესო ცენტრების აგზნებადობის დონეს (ტონუსს) და სქესობრივი ლტოლვის სიძლიერეს.

მამაკაცის სასქესო ჰორმონებს — ანდროგენებს და ქალის — ესტროგენებს (უფრო ზუსტად, იმავე კეტოსტეროიდებს ან მასთან ახლო მყოფს) მამაკაცში და ქალში გამოიძე-

შავებს არა მარტო სასქესო ჭირკვლები, არამედ თირკმელსე-
და ჭირკვალიც. ამიტომ მამაკაცის სიხელი გარკვეული რაოდენობით შეიცავს ქალის ჰორმონებს, ხოლო ქალის — მამაკაცის სასქესო ჰორმონებს. თირკმელზედა ჭირკვალი როგორც მამაკაცებში, ასევე ქალებში უფრო მეტად მამაკაცის სასქესო ჰორმონებს გამოიმუშავებს, ვიდრე ქალისას, ამიტომ თირკმელზედა ჭირკვლის ქერქის ჰიპერფუნქციის დროს, მაგალითად სიმსივნეების დროს, ქალებს უვითარდებათ მასკულინიზაცია — მამაკაცისებური ტიპის თმიანობა, ასევე იცვლება მენსტრუაციის ხასიათი, ხდება კლიტორის ჰიპერტროფია და ა. შ. ამისაგან განსხვავებით, მამაკაცებს, მცირე გამონაკლისის გარდა, არ აღენიშნებათ ფემინიზაციის მოვლენები.

ქალის სქესობრივი ლტოლვა უფრო მეტად დამოკიდებულია მამაკაცის სასქესო ჰორმონების — ანდროგენების დონეზე, სწორედ ამიტომ საკვერცხეების (ასევე საშვილოსნოს) ამოკვეთის შემდეგ ხშირად შენარჩუნებულია სქესობრივი ლტოლვა და სქესობრივი დაკმაყოფილების უნარი, ხოლო თირკმელზედა ჭირკვლის ამოკვეთის შემდეგ სქესობრივი გრძნობიერება ქრება. ორგანიზმის განცდის უნარი გოგონებში და ვაჟებში ბევრად უფრო ადრე შეიძლება იჩინდეს თავს, ვიდრე ისინი სქესობრივად მომწიფდებოდნენ, ხოლო ლიბადო და ორგაზმი შენარჩუნებულია კლიმაქტერიუმის შემდეგ მრავალი წლის მანძილზე. საკვერცხეების ფუნქციის გამოვარდნისას, რაც შეიძლება გამოწვეული იყოს კლიმაქსის ან კასტრაციის შედეგად, კომპენსატორულ პროცესებს, როგორც ჩანს, აზორციელებს თირკმელზედა ჭირკვალი. მაგრამ საკვერცხეების ესტროგენული ფუნქციის გამოვარდნა პუბერტაციულ ასაკში შეიძლება ასექსუალიზმის მიზეზი გახდეს. პროგესტინები ასუსტებს ქალის სქესობრივ ლტოლვას.

ეროგენული ზონები

სქესობრივი აგზნება ხდება არა მარტო ჰორმონების გავლენით, არამედ სხეულის ამ მხრივ განსაკუთრებით მგრძნობიარე უბნებზე — ეროგენულ ზონებზე (ბერძნული სიტყვისაგან *eros* — სიყვარული, ვნება) შეხებით. ზოგიერთი ავტორის აზრით (კ. დიცი, პ. ჰესე, 1974; ლ. ოზგარტელი, 1974), ამ ზო-

ნებში, ჩვეულებრივი ტაქტილური, ტემპერატურული და მტკივნეული რეცეპტორების გარდა, არის კიდევ სქესობრივი მგრძობელობის სპეციფიკური რეცეპტორები — ეგრეთ წოდებული გენიტალური სხეულაქები (Corpuscula nervosa terminalis genitalia), რომლებიც რეაგირებენ წნევაზე. შეიძლება მათ ტოპოგრაფიასთან არის დაკავშირებული ეროგენული ზონების მდებარეობა. მამაკაცებში ყველაზე ზეტად ამგზნებია ასოს თავი, ხოლო შედარებით ნაკლებამგზნები — სათესლე პარკი. სქესობრივი აგზნება ხდება აგრეთვე ასოს კანის დაწვეით და მის ძირზე ზეწოლით. ქალებში ძირითად ეროგენულ ზონად ითვლება კლიტორი, მცირე სასქესო ბაგეები და საშო. გარდა ამისა, მათ შეიძლება განეკუთვნოს სარძეო ჯირკვლები, ტუჩები და პირის ღრუ, კისერი, ბარძაყის შიდა ზედაპირი და ა. შ. ქალის სასქესო მგრძობელობის სპეციფიკური ორგანოა კლიტორი. მისი ერთადერთი ფიზიოლოგიური როლია ხორციელი ტუბოზის შეგრძნების გამოწვევა.

კლიტორი მდებარეობს უშუალოდ ბოქვენის ქვემოთ, სასქესო ხვრელის ზემო კუთხეში, მისი თავი მცირე კონუსისებური ბორცვის სახით გამოშვერილია სასქესო ხვრელის ზემო კუთხეში. ბევრი ქალის კლიტორი დათვალეირებისას შეუმჩნეველია, პალპაციით ისინჯება როგორც ფეტვის მარცვლისოდენა რბილი გამკვრივება ან რბილი კერტი. ქალის სქესობრივი აგზნებისას ის მკვეთრად გამოიწვევა, მკვრივდება და პალპაციით ადვილად შეიგრძნობა. მისი თავი უახლოვდება საშოს შესავალს. კლიტორი დაფარულია ნაზი კანის ორმაგი ნაკეცით, რომლის სიმკვრივე ზოგჯერ მისი მგრძობელობის დაქვეითების მიზეზი ხდება. კლიტორის ზომები მნიშვნელოვნად ბერყობს იმისდა მიხედვით, თუ როგორ ივსება სისხლით და შეიძლება მშვიდ მდგომარეობაში 3 სმ-საც მიაღწიოს. კლიტორის თავის დიამეტრი 2-10 მმ-ია. კლიტორის ზომების გადიდება აღინიშნება მამაკაცის სასქესო ჰორმონებით მასიური მკურნალობისას, ასევე თირკმელზედა ჯირკვლის ჰიპერფუნქციის — ჰერმაფროდიტიზმის, კონსტიტუციური ვირილიზმის დროს. როგორც ჩანს, არ არის კორელაცია კლიტორის ზომებსა და ქალის ეროტიკულ რეაქციებს, მის გაღიზიანებას შორის. კლიტორზე, განსაკუთრებით მის თავზე უხვად არის გან-

ლაგებული ნერვული დაბოლოებები (3-4-ჯერ მეტად, ვიდრე მამაკაცის სასქესო ასოს თავზე).

ფილოგენეზურად კლიტორი პირველად ჩამოუყალიბდათ რეპტილებს (ნიანგს, კუს).

ძველ ეგვიპტეში არსებობდა (ზოგიერთ სამხრეთის ქვეყანაში დღემდეა შენარჩუნებული) წესი გოგონებისათვის კლიტორის (მისი თავის) წაჭრის, ზოგჯერ კი იმავდროულად მცირე ბაგეების ამოჭრისა. ასეთსავე ოპერაციას იკეთებენ საქურისული სექტის მიმდევარნი.

კლიტორის ქირურგიული ამოკვეთა კეთდება ამ სფეროს ავთვისებიანი სიმსივნეების დროს. არსებობს მონაცემები, რომ ნაოპერაციებ ქალებში ბოქვენის მიდამოს ან ოპერაციის შემდგომი ნაწიბურის გაღიზიანება რიგ შემთხვევებში ორგანოს იწვევს ისევე სწრაფად, როგორც არანაოპერაციებ ქალებში.

კლიტორის ეროტიკული რეაქტიულობა (სპეციფიკური მგრძნობელობა) უაღრესად არჩევითია: ზოგიერთი ქალი ეროტიკულად რეაგირებს კლიტორზე მთლიანად რიტმული ზეწოლისას, ზოგიერთი კი კლიტორის სხეულის მხოლოდ ნელ, შტრიხობრივ გაღიზიანებაზე, სხვანი — კლიტორის თავზე ან მთელ სხეულზე სწრაფ ძლიერ რიტმულ ზეწოლაზე მისი ზემოთ აწევით ან ბოქვენის ძვალზე მიჭერით. ზოგიერთ ქალს სჭირდება სტიმულაციის ადგილის ხშირი ცვლა — რამდენიმე წამის შემდეგ არააგზნებადი ხდება კლიტორის უბანი, ხოლო ძლიერ აგზნებადი — მისი ახლომდებარე მიდამო. ბევრ ქალში კლიტორის სტიმულაცია ეროტიკულ რეაქციას მხოლოდ იმ შემთხვევაში იწვევს, თუ მას წინ უსწრებს ალერსი, რომელიც აძლიერებს სქესობრივ აგზნებადობას. მცირე ბაგეების ეროტიკული აქტივობა საკმაოდ დაბალია, ვიდრე კლიტორისა და, გარდა ამისა, არ შეიმჩნევა ასეთი ლოკალური არჩევითობა.

საშოს ეროტიკულ რეაქტიულობას მნიშვნელოვანი ინდივიდუალური ვარიაციულობა ახასიათებს. ქალთა უმრავლესობას ძალიან მგრძნობიარე აქვს საშოს შესავალი და გარეთა მესამედი. ეს უბნები რეაგირებს ზეწოლასა და რიტმული შეხებათ გაღიზიანებაზე, რაც ჩვეულებრივ თავს იჩენს ხოლმე ფრიქციის დროს. ქალების 24% ძლიერი ეროტიკული რეაქცია უვითარდება საშოს თაღზე ღრმა რიტმული ზეწოლისას; ქალების უმრავლესობას სტიმულაციისადმი საშოს წინა კე-

დელი უფრო მგრძობიარე აქვს, ვიდრე უკანა; იშვიათად გვხვდებიან ქალები, რომლებიც მკვეთრად რეაგირებენ საშოს უკანა კედელსა და შორისის კუნთებზე ღრმა, რიტმულ ზეწოლაზე.

აღმოჩნდა, რომ ზოგიერთი ქალისთვის მაღალაგზნებადია საშოს გარკვეული ზონა (ჩვენ მას S ზონა დავარქვით). მისი სტიმულაციისათვის საჭიროა საშოს გარე მეოთხედის წინა კედელზე და მის უკან მდებარე ქსოვილებზე ღრმა რიტმული ზეწოლა ბოქვენის ძვლის შიგა ზედაპირზე საშოს კედლის მიკერით (ჩვეულებრივი ზეწოლა საშოს წინა კედელზე, რომელიც ფრიქციის დროს ხდება, ამ შემთხვევაში მხოლოდ სუსტ ეროტიკულ ზემოქმედებას ახდენს). ამ ეროგენული ზონის მნიშვნელობაზე შეეჩერდებით ანორგაზმიის მიზეზების განხილვისას.

საშვილოსნოს ფიბრომა, მისი განუვითარებლობა, ასევე ოპერაციული ამოკვეთა ჩვეულებრივ გავლენას არ ახდენს ქალის სქესობრივ შეგრძნებებზე. საშვილოსნოს ყელი ნაკლებმგრძობიარეა შეხებისა და ზეწოლისადმი. სარძეო ჯირკვლებზე შეხებამ ქალების 50% შეიძლება გამოიწვიოს სქესობრივი აგზნება, ამასთან ზოგიერთი ორგაზმამდეც კი მიიყვანოს. გვხვდება ეროგენული ზონების ლოკალიზაციის ინდივიდუალური ვარიანტები. მაგალითად, ჩვენს ერთ ავადმყოფში სქესობრივ აგზნებას იწვევდა შეხება ფეხის თითებზე, მეორეში — ყურის ბიბილოებზე და თმასთან მდებარე კანზე, მესამეში — გავის არეში კანზე, მეოთხეში შორისისა და ანალურ მიდამოში და ა. შ.

ჩვენ მოგვმართა 30 წლის ქალმა ც. უჩიოდა უჩვეულო სქესობრივ შეგრძნებებს. მის ეროგენულ ზონას წარმოადგენდა მარჯვენა მუხლის სახსრის შიდა ზედაპირზე 4-5 სმ დიამეტრის უბანი. ამ ადგილზე ზეწოლა იწვევდა ძლიერ სქესობრივ აგზნებას და 20-30 წამის შემდეგ ორგაზმს. ზოგჯერ ორგაზმი 3-4-ჯერ მეორდება ზედიზედ. ორგაზმის დროს ეროტიკული შეგრძნებები იწყება მარჯვენა მუხლის მცდამოში, შემდეგ ვრცელდება ზემოთ საშოზე. ორგაზმი თავს იჩენს მაშინაც, როცა ც. თვითონ აქტიურად აკერს ხელს მუხლის შიგა ზედაპირს ან ზეწოლა ხდება გარედან. ც. ამ შემთხვევაში პასიურია (კუნთები დაკიმული არ არის). მარცხენა მუხლი ეროგენულ ზონას არ წარმოადგენს (ც. შემარჯვენეა). სტიმულაციისას საშო ეროტიკული თვალსაზრისით არეაქტიულია, კლიტორა — სუსტად რეაქტიული. სქესობრივი აქტის დროს, მისი ხანგრძლივობა მიუხედავად, ორგაზმი წარმოიქმნება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, თუ ზეწოლა

მონდა მარჯვენა მუხლის ეროგენულ ზონაზე. ც. 4 წელია გათხოვილია, ჰყავს 3 თვის შვილი, მშვიდი ხასიათისაა, გაწონასწორებული. ქმართან კარგი დამოკიდებულება აქვს.

მესლის მიდამოში ეროტიკული შეგრძნებები პირველად გაუჩნდა სკოლაშდელ ასაკში, როცა გოგონებთან პურთის თამაშისას მუხლებს აქერდა ბურთს. 16 წლის ასაკში მარჯვენა მუხლის შიდა ზედაპირზე შემთხვევითმა ზეწოლამ (მუხლებით დადგა სავარძელზე), გამოიწვია ორგანოში, ყოველგვარი ეროტიკული სიტუაციის გარეშე.

ჩვენი მონაცემებით, გვხვდებიან ჯანმრთელი ქალები, რომლებშიც ორგანოში თავს იჩენს მხოლოდ თეძოებისა და მენჯის ფსკერის კუნთების დაკვიმვისას — მიოკომპრესიული ორგანოში (ა. მ. სვიალოში, 1974). ზოგიერთ მათგანში საშო და კლიტორი ეროტიკული თვალსაზრისით არეაქტიულია, ამასთან, საშოს მხრიდან გარშემო არსებულ ქსოვილებზე ღრმა ზეწოლაც არ იწვევს ეროტიკულ შეგრძნებებს.

უმრავლეს შემთხვევებში ეროგენული ზონების ტაქტილური გაღიზიანება სქესობრივ აგზნებას იწვევს მხოლოდ ფსაქო-ეროტიკული განწყობის დროს. ეროგენულ ზონებზე საყვარელი და არასაყვარელი ადამიანის შეხება სულ სხვადასხვაგვარ მოქმედებას ახდენს. მაგრამ არიან ქალები, რომლებსაც ორგანოში განცდის უნარი აქვთ ეროგენული ზონების ინტენსიური გაღიზიანებისას იმ შემთვევაშიც კი, როცა სქესობრივი სიახლოვის დროს მის მიმართ უარყოფითად იყვნენ განწყობილნი. როგორც ონანიზმის მოვლენის განხილვისას აღვნიშნეთ, ეროგენული ზონების შემთხვევითმა გაღიზიანებამ შეიძლება ბავშვში გამოიწვიოს ძლიერი სქესობრივი აგზნება ორგანოში განცდით, თუმცა წინასწარი ფსიქოეროტიკულ განწყობა არ არსებობდა.

ქალთა სქესობრივი აგზნებადობის ტიპები, მათი სასქესო ორგანოების ეროგენული ზონების ტოპოგრაფიასთან დაკავშირებით, დღემდე თითქმის არ არის შესწავლილი. ჩვენი მონაცემებით, გამოკვლეული 100 გათხოვილი ქალიდან 53-ს აღმოაჩნდა გამოკვეთილი ეროტიკული რეაქცია როგორც კლიტორისა და მცირე ბაგეების ზონის, ასევე საშოს სტიმულაციისას. ამასთან, ზოგიერთებს უფრო აგზნებადი ჰქონდა კლიტორის მიდამო (კლიტორ-ვაგინალური აგზნებადობა), 26 ქალს ჰქონდა კლიტორის მალალი ეროტიკული რეაქტიულობა, მაშინ, როცა ნაკლებად ან სრულიად არ ჰქონდა საშოს ეროტი-

კული რეაქტიულობა (აგზნებადობის კლიტორული ტიპი). 12 ქალში პირიქით, განსაკუთრებულ ეროგენულ ზონას წარმოადგენდა საშო, მაშინ როცა კლიტორი უგრძნობი ან თითქმის უგრძნობი იყო სქესობრივი სტიმულაციის მიზართ (აგზნებადობის ვაგინალური ტიპი). 9 ქალს ეროტიკული რეაქცია არ ჰქონდა როგორც კლიტორისა და მცირე ბაგეების, ასევე საშოს სტიმულაციისას, თუმცა ტაქტილური მგრძნობელობა შენარჩუნებული იყო (აგზნებადობის არეაქტიული ტიპი). ამრიგად, ქალებში აღმოჩნდა სქესობრივი აგზნებადობის ოთხი ტიპი. I—გენერალიზებული (კლიტორულ-ვაგინალური ან ვაგინალურ-კლიტორული), II—კლიტორული, III—ვაგინალური, IV—არეაქტიული. სქესობრივი ცხოვრების პროცესში შეიძლება გადასვლა სქესობრივი აგზნებადობის კლიტორული ტიპიდან გენერალიზებულზე. ასევე შეიძლება არეაქტიულობიდან თავის დაღწევა.

ნაკლებად არის შესწავლილი ეროგენული ზონების ურთიერთქმედება. ჩვენი მონაცემებით, ქალების უმრავლესობაში რამდენიმე ეროგენული ზონის ერთდროული სტიმულაცია საბოლოოდ იწვევს სქესობრივ აგზნებას. ეს განსაკუთრებით ეხება სქესობრივი აგზნებადობის გენერალიზებული ტიპის ქალებს. მაგრამ ზოგიერთ ქალში წამყვანი ზონის სტიმულაცია ახშობს სხვა ზონების აგზნებადობას. მაგალითად, საშოს ზონის სტიმულაციისას ეროტიკულ მგრძნობიარობას ჰკარგავს კლიტორის მიდამო, და პირიქით.

ძირითადი გამლიზიანებლები ფსიქიკური ფაქტორები

სქესობრივი ფუნქციის სტიმულატორები, ჰორმონებისა და ეროგენული ზონების ტაქტილური გაღიზიანების გარდა, შეიძლება იყოს ეგრეთ წოდებული ძირითადი გამლიზიანებლები, ანუ რელიზერები (ინგლისური სიტყვისაგან — to release — განთავისუფლება, გამოშვება). ეს არის სიგნალები, რომლებიც შეიცავს ამა თუ იმ ვიგეტატიურ რეაქციებს, ანუ ქცევის გარკვეულ ალგორითმებს (ინსტინქტური მოქმედებები). მაგალითად, ახლად გამოჩეკილი წიწილა, რომელიც ინკუბატორში ეს ესაა გამოძვრა ნაჭუჭიდან და თვალთ არ უნა-

ხავს ქათამი, იწყებს იატაკზე შავი წერტილების კენკვას. მისთვის ეს არავის უსწავლებია. შავი წერტილები მისთვის ძირითადი გამლიზიანებლებია, რაც იწვევს ამ რეაქციას.

ძირითად გამლიზიანებლებს მამალი ძაღლებისათვის წარმოადგენს ტელეგრენები — სპეციფიკური სუნის მქონე ნივთიერებები, რომელსაც დედალი ძაღლები გამოჰყოფენ შარდსასქესო სისტემით მძუვნობის პერიოდში. მათზე რეაქცია მამალ ძაღლებში თანდაყოლილია და ჩვეულებრივ ჩნდება სიცოცხლის მეორე წელს, რითაც დასრულდება სქესობრივი მომწიფების პროცესი (ვ. ვ. ანტონოვი, 1971). დედალი ძაღლი, რომელიც ტელეგრენებს არ გამოყოფს, მამალი ძაღლის აგზნებას არ იწვევს.

კატებისათვის ტელეგრენების როლს ასრულებს ვალერიანის მჟავა. მაიმუნებისათვის ძირითად სასქესო გამლიზიანებელს წარმოადგენს დედალი მაიმუნების შესივებული და გაწითლებული სასქესო ორგანოების დანახვა. ძირითადი გამლიზიანებელი, რომელიც დედალი მაიმუნების სქესობრივ აგზნებას იწვევს, აღმოჩენილი არ არის.

მამაკაცებში ქალის სასქესო ორგანოების დანახვამ, ასევე ქალის სქესობრივი აგზნების აღქმამ, ქალის სასქესო ორგანოებზე შეხებამ შეიძლება გამოიწვიოს სქესობრივი აგზნება არა მხოლოდ პირობითი რეფლექსის მექანიზმით, როგორც მოსალოდნელი სქესობრივი სიახლოვის სიგნალისა, არამედ ძირითადი გამლიზიანებლითაც, ე. ი. სქესობრივი აგზნება გამოიწვიოს უპირობო რეფლექსის გზით. ამავ დროს უარყოფითმა პირობითრეფლექსურმა გამლიზიანებლებმა (მაგალიტად, დამამცირებელი რეპლიკა ქალისაგან) შეიძლება დაამუხრუჭოს ეს რეაქცია. რეაქციის ძალა დიდად არის დამოკიდებული სქესობრივი აგზნების დონეზე. მისი მკვეთრი დაცემისას იგივე ძირითადი გამლიზიანებლები არ გამოიწვევს სქესობრივ აგზნებას.

სქესობრივი აგზნება შეიძლება გამოწვეული იყოს პირობითრეფლექსურად: მხედველობითი, სმენითი, სუნისა და სხვა გამლიზიანებლებით, ე. ი. ფსიქიკური ფაქტორებით. მათ განეკუთვნება პარტნიორის გარეგნული იერი, სქესობრივი სიახლოვისადმი მზადება და ა. შ. ასევე ამ გამლიზიანებლების (მოგონებები მათ შესახებ, ფანტაზიები ეროტიკულ თემებზე)

ნაშთის უნებლიე გაცოცხლება. პირობითრეფლექსური დადებითი და უარყოფითი სექსუალური გამღიზიანებლები ძალიან ინდივიდუალურია და დაკავშირებულია ადამიანის პირად გამოცდილებასთან, მის წარმოდგენებთან, მის მიერ შექმნილ იდეალებთან. მაგალითად, ქალის სხეულის სიმსუქნე შეიძლება დადებითი გამღიზიანებელი იყოს ერთისათვის და უარყოფითი — მეორისათვის. მეეროტიზირებელი ზეგავლენა შეიძლება მოახდინოს მუსიკამაც, როგორც ფიზიკურად უშუალოდ მასტიმულირებელი მოქმედებით ტვინის ღრმა სტრუქტურებზე, ასევე ფსიქიკურად, ე. ი. პირობითრეფლექსურად, ასოციაციით გააცოცხლოს ესა თუ ის განცდა.

ზოგჯერ გვხვდებიან ქალები, რომლებშიც ფსიქიკური ფაქტორების ზეგავლენით სქესობრივი აგზნება ძალიან ადვილად ხდება და შეიძლება ორგანოში გამოიწვიოს, მაგრამ ქალების უდიდესი უმრავლესობა ნაკლებად რეაგირებს ფსიქიკურ ზემოქმედებაზე მამაკაცებთან შედარებით. მიმზიდველი ქალის დანახვა მამაკაცებში 2-ჯერ უფრო ხშირად იწვევს სქესობრივ აგზნებას, ვიდრე ლამაზი მამაკაცის დანახვა — ქალებში. ეროტიკული სურათები ან ნახატები რეაქციას იწვევს მამაკაცთა უმრავლესობაში, ხოლო ქალთა მხოლოდ უმცირესობაში. ქალის გაშიშვლებული სასქესო ორგანოების დანახვა ჩვეულებრივ ალაგზნებს მამაკაცს და პირიქით, მამაკაცის შიშველი სასქესო ორგანოების დანახვა ქალთა 50%-ში არ იწვევს ეროტიკულ რეაქციას, მათ შორის ბევრს არც სიამოვნებს და სქესობრივ აგზნებას ამუხრუჭებს კიდევ. საპირისპირო სქესის პიროვნების შესახებ ეროტიკული ფანტაზიები ახალ შეხვედრებსა და განცდებზე ძლიერ სქესობრივ აგზნებას იწვევს ძალიან ბევრ მამაკაცში და იშვიათად — ქალებში. ბევრ ქალში, მამაკაცებისაგან განსხვავებით, სქესობრივი სიამოვნების მოლოდინი არ იწვევს სექსუალურ აგზნებას. ზოგადი სქესობრივი აგზნებადობის დონესთან, (რომელსაც მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს ჰორმონების მოქმედება) და ნერვულ-ფსიქიკური სფეროს ზოგად მდგომარეობასთან დაკავშირებით, ფსიქიკურ სქესობრივ გამღიზიანებლებს შეუძლია მოახდინოს ძლიერი ან სუსტი ზემოქმედება.

ორგანიზმი არის უმაღლესი სორციელი ტკობის შეგრძნება. სქესობრივი აქტის დროს ის თავს იჩენს მისი დამთავრებისა და კუნთოვანი დაძაბულობისაგან განთავისუფლების მომენტში, როცა სქესობრივ ორგანოებში სისხლის მოზღვაება წყდება.

ბევრი ქალი ორგანიზმის განცდის მომენტში გრძნობს ერთგვარ უცაბედ შეჩერებას, ყველა ფსიქიკური პროცესის შეკავებას, მოულოდნელად თითქოს ყველაფერი შეწყდა, ისეთ მდგომარეობას, რომ ერთგვარად ითიშება, კარგავს ცნობიერებას, შემდეგ ძლიერ ბიძგს კლიტორის არეში ან საშოს სიღრმეში და სითბოს გადმოღვრას, რაც ამ უბნებიდან მთელ სხეულში ვრცელდება. ისეთი შეგრძნება ჩნდება, თითქოს ორგანიზმიდან რაღაც გამოიდევენება (აქედან მოდის ცრუ წარმოდგენა ქალთა ეაკულაციის შესახებ). ნამშობიარევი ქალები აღნიშნავენ, რომ მსგავსი შეგრძნება უჩნდებათ მშობიარობის დასაწყისში შეტევიითი ტკივილის მომენტში. სითბოს გადმოღვრის შეგრძნებას მოსდევს უნებური რიტმული შეკუმშვები (პულსაცია) საშოს, მცირე მენჯის, ზოგჯერ კი გარეთა სასქესო ორგანოების მიდამოში. ამ შეგრძნებებს თან ახლავს არაჩვეულებრივი ხორციელი ტკობის გრძნობა, „გამაოგნებელი ექსტაზი“, რომელიც კონტროლს არ ექვემდებარება, ზოგჯერ ღრმა ოხვრა, კვნესა, თავის რიტმული ქნევა, პარტნიორის გაშმაგებით ჩაკვრა გულში.

ორგანიზმის ინტენსივობა სხვადასხვაგვარი შეიძლება იყოს. ის შეიძლება ვარიირებდეს ერთსა და იმავე ქალში ერთსა და იმავე პარტნიორთან სქესობრივი ცნოვრების დროს; ეს შეიძლება ზოგჯერ იყოს მსუბუქი, სასიამოვნო შეგრძნება, რომლის დროსაც შეიძლება მოხდეს სუნთქვის მცირედი შეკავება ორი-სამი ყლაპვითი მოძრაობებით, ზოგჯერ კი უძლიერესი შეუპოვარი ვნება, განცდა, რომელსაც ქალის ძლიერი ექსპრესიული მოძრაობები ახლავს.

ვ. მასტერსის, ვ. ჯონსონის (1966) მიხედვით, ორგანიზმი იწყება საშოს გარე მესამედის კუნთების რიტმული შეკუმშვებით. რიტმული შეკუმშვები ხდება აგრეთვე საშვილოსნოს კუნთებში. საშოს შეკუმშვები ხდება 0,8 წამის ინტერვალით,

რიტმული შეკუმშვების რაოდენობა და ინსტენსივობა მოქმედებს ორგანიზმის სიძლიერეზე. 3-5 შეკუმშვისას ბევრი ქალი აღნიშნავს სუსტ ორგანიზმს, 6-8 — საშუალო სიძლიერის, ხოლო 9-12 დროს — ძლიერ ორგანიზმს, მაგრამ გვხვდებიან ქალები, რომლებიც უძლიერეს ორგანიზმს განიცდიან 3-5 შეკუმშვისას. ორგანიზმის დროს სუნთქვა ხშირდება, გულის შეკუმშვათა სიხშირე მატულობს წუთში 180-მდე და მეტადაც. მნიშვნელოვნად მალდება არტერიული წნევა: სისტოლური 30-80, დიასტოლური — 20-40 მმ-ით (ვერცხლის წყლის სვეტ.). ასე რომ მაქსიმალური წნევა შეიძლება 120-დან 200-მდე და 220 მმ-დეც (ვერცხ. წყლ. სვეტ.) კი გადიდდეს. ორგანიზმის მომენტში ხშირად აღინიშნება მკერდისა და სახის მკვეთრი გაწითლება.

ენდოკრინული ცვლილებები და პროცესები, რაც საფუძვლად უდევს ორგანიზმს, ნაკლებადაა შესწავლილი. უდავოა, რომ ეს განცდები დაკავშირებულია ტვინის ღრმა სრუქტურებში წარმოქმნილი აგზნების პროცესებთან, ნაწილობრივ ლიმფურ სისტემებთან. ის ახლოა პროტოპათიურ ემოციებთან. ელექტროკარდიოგრაფიაზე ორგანიზმის მომენტში ბეტა-რიტმი იცვლება დიდი ამპლიტუდის ნელი ტალღებით, სურათი ელექტრული აქტივობის ცვლით ჰგავს მცირე ეპილეფსიური შეტევების, ასევე დიდი ეპილეფსიური შეტევის კლინიკური ფაზის დროს ელექტრული აქტივობის სურათს. ორგანიზმის დამთავრებისას ნელი ტალღები კვლავ იცვლება ბეტა-რიტმით.

გ. ს. ვასილჩენკოს (1977) მიხედვით, ორგანიზმი არის შედეგი მთელი რიგი სტრუქტურული წარმონაქმნების ურთიერთქმედებისა, რომლებიც სხვადასხვა დონეზეა განლაგებული (მენჯის, სპინალურ, დიენცეფალურ და ქერქულ).

ჩვენ მიერ მოწოდებულია ორგანიზმის შემდეგი კლასიფიკაცია:

I. წარმოქმნის წყაროს მიხედვით: 1) კოიტუსური, 2) ექსტრაკოიტუსური (პოლუციური, მასტურბაციული, მათ შორის მიოკომპრესიული, პეტინგური, შემთხვევითი).

II. ლოკალიზაციის მიხედვით: 1) კლიტორული, 2) ვაგინალური, 3) გაურკვეველი ლოკალიზაციის.

III. მიმდინარეობის მიხედვით: 1) ხანმოკლე (პიკისებური), 2) გახანგრძლივებული (ტალღისებური), 3) ერთჯერადი, 4) მრავალჯერადი.

IV. ინტენსივობის მიხედვით: 1) ძლიერი, 2) ზომიერი, 3) სუსტი.

ორგაზმს შეიძლება ადგილი ჰქონდეს როგორც სქესობრივი აქტის დროს, ასევე მის გარეშე (ექსტრაკოიტუსური). ექსტრაკოიტუსური ორგაზმი ხშირად აღინიშნება ძილის დროს (პოლუციური ორგაზმი), რომელსაც თან ახლავს ეროტიკული სიზმრები. მამაკაცებში ამ დროს ხდება თესლის გადმონთხევა (პოლუცია). ზოგიერთი ავტორი პოლუციას ქალებშიც აღნიშნავს, მას უკავშირებენ ორგაზმის დროს საშოს კარიბჭიდან დიდი ჭირკვლების (ბართოლინის ჭირკვლების) მიერ გამოყოფილი სეკრეტის, ასევე საშოს გარშემო ვენური წნულისაგან ტრანსუდატის გამოყოფას. პოლუცია უნდა ჩაითვალოს სასქესო ფუნქციის თვითრეგულაციის გამოვლინებად, ის იწვევს სქესობრივი აგზნებადობის შემცირებას. ეს არის ნორმალური მოვლენა. ჩვენი თანამშრომლის ზ. ვ. როჯანოვსკაიას მონაცემებით, გამოკითხული 500 ქალიდან ეროტიკული სიზმრები სხვადასხვა დროს უნახავს 240-ს, ამასთან 111 შემთხვევაში სიზმარს ახლდა ორგაზმი.

ეროტიკული სიზმრები ორგაზმის განცდით შეიძლება იყოს სქესობრივი ცხოვრების დაწყებამდე. ეს ჩვეულებრივ თავს იჩენს სქესობრივი ცხოვრებისაგან იძულებითი თავშეკავების დროს იმ პირებში, რომლებიც ძლიერ სქესობრივ ლტოლვას განიცდიან, აგრეთვე, იმ შემთხვევებში, როცა ასეთი ლტოლვა სქესობრივი ცხოვრების დროს სრულად არ კმაყოფილდება. ინტენსიური სქესობრივი ცხოვრების ან ხშირი მასტურბაციისას ეროტიკული სიზმრები ორგაზმის თანხლებით ჩვეულებრივ წყდება.

ორგაზმის განცდის ერთ-ერთ ხშირ წყაროს პეტინგი წარმოადგენს. პეტინგი ა. კინსეის (1948) ესმოდა როგორც მკიდრო კონტაქტი საპირისპირო სქესის პირთან ეროტიკული შეგრძნებების მისაღებად სქესობრივი აქტის გარეშე. ამ კონტაქტის ფორმები, ავტორის გაგებით, შეიძლება სხვადასხვაგვარი იყოს — კოცნიდან და სხეულზე ალერსიდან დაწყებული სასქესო ორგანოებზე შეხებამდე. გ. ს. ვასილჩენკო (1977) სამართლიანად აღნიშნავს, რომ პეტინგში უნდა ვიგულისხმეთ ორგაზმის მხოლოდ წინასწარგანზრახული გამოწვევა ეროგენული ზონების ორმხრივი კონტაქტით გაღიზიანების

გზით, როცა გამორიცხულია სასაქესო ორგანოების უშუალო შეხება. ა. კინსეის (1954) მიხედვით, ქალთა 91% გათხოვებამდე რალაცა დროს მიმართავდა პეტინგს. ამ დროს ქალთა 39% განიცდიდა ორგაზმს.

ორგაზმი შეიძლება გამოიწვიოს სასაქესო ორგანოების შემთხვევითმა მექანიკურმა გაღიზიანებამ, მაგალითად, ველოსიპედით სიარულის, ფეხის საკერავ მანქანაზე კერვის დროს, თოჯნე ასვლის დროს (შემთხვევითი ორგაზმი).

შეგრძნებები, რომლებიც ორგაზმის დასაწყისში ჩნდება, შეიძლება ლოკალიზებული იყოს ან კლიტორის, ან საშოს მიდამოში. ზოგიერთ ქალს ზუსტად არ შეუძლია მიუთითოს მათი ლოკალიზაცია. ამის შესაბამისად შეიძლება ლაპარაკი კლიტორულ, ვაგინალურ და გაურკვეველი ლოკალიზაციის ორგაზმზე. კლიტორული ორგაზმი უფრო ხშირად აღენიშნებათ ქალებს, რომელთა კლიტორიც წარმოადგენს მაღალი მგრძნობელობის ეროგენულ ზონას, ვაგინალური — ქალებს, რომლებშიც ასეთ ეროგენულ ზონას წარმოადგენს საშო. კლიტორის იზოლირებული სტიმულაციისას უფრო ხშირია კლიტორული ორგაზმი, მაგრამ მოსალოდნელია ვაგინალურიც. სქესობრივი აქტის დროს ჩვეულებრივ ერთდროულად ხდება ზემოქმედება კლიტორზე და საშოზე. ამიტომ კლიტორული ორგაზმი შეიძლება წარმოიქმნას სქესობრივი აქტის დროსაც, როცა მამაკაცის სასაქესო ასო ღრმად შედის საშოში. ზ. ფროიდი ვარაუდობდა, რომ ქალის ფსიქოსექსუალური მომწიფების შესაბამისად ხდება კლიტორული ორგაზმის გადასვლა ვაგინალურში. ვაგინალური ორგაზმი შეიძლება წარმოიქმნას ქალებში სქესობრივი აქტის გარეშე საშოს ეროგენული ზონების იზოლირებული სტიმულაციისას, როცა არ ხდება კლიტორზე ზეწოლა, ასევე სარძეო ჯირკვლების იზოლირებული სტიმულაციისას საშოზე შეუხებლად. ორგაზმის ლოკალიზაციაში (სტიმულაციის ადგილის გარდა) მნიშვნელობა აქვს ასევე ქალის კონსტიტუციურ თავისებურებებს. შემჩნეულია, რომ კლიტორული ორგაზმი რამდენადმე უფრო ხშირია მაგარი ხასიათის ქალებში, ვაგინალური — რბილი, ქალური ხასიათის პიროვნებებში (ზ. ვ. როჟანოვსკაია, ა. მ. სვიალოშიჩი, 1969), ფიზიოლოგიური გამოკვლევებისას ვაგინალურ და კლიტორულ ორგაზმებში რაიმე განსხვავება აღმოჩენილი არ არის.

ორი ტიპის ორგანიზმს უარყოფენ ისეთი დიდი სექსოლოგები, როგორებიც არიან ა. კინსეი (1953), ვ. მასტერსი, ვ. ჯონსონი (1966), ზ. შხაბლი (1982).

ჩვენ მიერ გამოკითხული 200 არაფრიგიდული ქალიდან 88-ს განუცდია როგორც კლიტორული, ასევე ვაგინალური ორგანიზმი, 48-ს მხოლოდ ვაგინალური, 52 — მხოლოდ კლიტორული, ხოლო 12-ს გაურკვეველი ლოკალიზაციის ორგანიზმი. 83 ქალიდან, რომლებმაც ორივე სახის ორგანიზმი განიცადეს, 15 აღნიშნავენ, რომ კლიტორული ორგანიზმი უფრო ძლიერი და სასიამოვნო იყო, ვიდრე ვაგინალური, 12-ის მიხედვით — დაახლოებით თანაბარი იყო, 61 აღნიშნავენ, რომ ვაგინალური უფრო ღრმა კმაყოფილებას გვრიდა, „მთლიანად იპყრობდა“, მაშინ, როცა კლიტორული მხოლოდ ლოკალურ შეგრძნებებს იწვევდა, ტოვებდა დაძაბულობის გრძნობას და არ იწვევდა სრულ დაკმაყოფილებას. ჩვენი მონაცემები უდავოდ მოწმობს კლიტორული და ვაგინალური ორგანიზმის არსებობას. ზოგიერთ ქალში ორგანიზმი, რომელიც გამოწვეულია თვითაგზნებით (მასტურბაციით) ან პარტნიორის მანუალური სტიმულაციის გზით, უფრო ძლიერია, ვიდრე მათ მიერვე სქესობრივი აქტის დროს განცდილი.

კლიტორისა და საშოს სხვადასხვა უბნის ექსპერიმენტული იზოლირებული სტიმულაციისას აღინიშნება ორი თვისობრივად განსხვავებული სახის ერთიკული შეგრძნება: პირველი ჩნდება კლიტორის სტიმულაციისას, მეორე — საშოს სტიმულაციისას. ამასთან, შეგრძნებები ერთტიპიურია იმისაგან დამოუკიდებლად, თუ საშოს რომელი უბნის სტიმულაცია ხდება — წინა, უკანა კედლის, წინა თუ უკანა თალის, საშოს ქვემო თუ ზემო მესამედის, საშოს ზემო თუ ქვემო მესამედის. საშვილოსნოს ყელი ნაკლებმგრძნობიარეა, განსაკუთრებით ყელის ორგანიზმის არსებობა ჩვენ მიერ არ დასტურდება.

მამაკაცებში ორგანიზმი ჩვეულებრივ მხოლოდ რამდენიმე წამი გრძელდება. ორგანიზმის ტიპს, რომლის დროსაც ხორციელი ტკბობის შეგრძნება სწრაფად ძლიერდება და სწრაფადვე ქრება, შეიძლება პიკისებური ან ხანმოკლე ორგანიზმი ვუწოდოთ. ორგანიზმის იგივე ტიპი, უფრო ხშირად, რამდენადმე ხანგრძლივი, აღინიშნება ბევრს ქალს. გარდა ამისა, მათ მამაკაცებისაგან განსხვავებით, შეიძლება ჰქონდეთ გახანგრძ-

ლივებული ორგანზმაც, რომელიც განუწყვეტლივ გრძელდება 20-60 წამს და მეტადაც. გახანგრძლივებულ ორგანზმს შეიძლება ტალღისებური ხასიათიც ჰქონდეს — ხან ძლიერდებოდეს და ხან მნიშვნელოვნად სუსტდებოდეს რამდენიმე ათეული წუთი, ზოგჯერ კი ერთი-ერთნახევარი საათიც კი გრძელდებოდეს. ზ. ვ. როქანოვსკაიასა და ა. მ. სვიადოშჩის (1969) მონაცემებით, ხანმოკლე, პიკისებური ორგანზმი გვხვდება ქალთა 60%, გახანგრძლივებული—40%, ამასთან პიკისებური ორგანზმი დაახლოებით ერთნახევარჯერ უფრო ხშირად გვხვდება ვაგინალური ლოკალიზაციისას, ხოლო გახანგრძლივებული — კლიტორულის დროს.

ბევრ ქალს, ისევე როგორც მამაკაცს, განმეორებითი ორგანზმი შეიძლება ჰქონდეს მხოლოდ 20-30 წთ პაუზის, ზოგჯერ კი რამდენიმე საათის შემდეგ. მაგრამ ხშირად გვხვდებიან ქალები, რომლებსაც მრავალჯერადი — განმეორებითი ორგანზმის განცდის უნარი აქვთ, 1-2 წუთში ერთი მეორის მიყოლებით (ზოგიერთი მათგანი ასწრებს ორგანზმის 3-4-ჯერ განცდას, სანამ მამაკაცი ერთ სქესობრივ აქტს ატარებს). არიან ქალები, რომლებიც თავს დაკმაყოფილებულად გრძნობენ მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როცა 10-15-20-ჯერ ან უფრო მეტჯერ განუწყვეტლივ ერთმანეთის მიყოლებით განიცდიან ორგანზმს. ჩვეულებრივ ეს კლიტორული ორგანზმებია.

ერთი ჩვენი ავადმყოფი 19 წლის, 2 საათის განმავლობაში ძეუსვენებლად ატარებდა სქესობრივ აქტს მამაკაცებთან. კლიტორულ ორგანზმებს განიცდიდა ერთმანეთის მიყოლებით და დაკმაყოფილების შეგრძნება მაინც არ ჰქონდა. მისი ქცევა შიზოფრენიით დაავადების პირველი ნიშანი იყო.

ზოგჯერ მამაკაცისათვის უცნობია ცოლის უნარი განმეორებითი ორგანზმის განცდისა და პირველი ორგანზმის შემდეგ აღარ იკავებს თავს, ამთავრებს სქესობრივ აქტს, რის შედეგადაც არასაკმარის დაკმაყოფილებულს ტოვებს მას. მამაკაცები იმ ქალებს, რომელთაც ძალიან გახანგრძლივებული მიმდინარეობის ორგანზმი აღენიშნებათ და მრავალჯერადი ორგანზმის მოთხოვნილება გააჩნიათ, ჩვეულებრივ აკმაყოფილებენ მისი სასქესო ორგანოების დამატებითი მანუალური გაღიზიანებით.

ვ. მასტერსი, ს. ვ. ჯონსონის (1966) მიხედვით, ფიზიო-

ლოგიური ცვლილებები ორგაზმის დროს ერთნაირია იმისაგან დამოუკიდებლად, ის გამოწვეულია სქესობრივი აქტით, მასტურბაციით თუ წარმოდგენებით, ასევე სტიმულაციის ზონისაგან დამოუკიდებლად (სარძეო ჯირკვლები, კლიტორი, ბოქვენის მიდამო თუ საშო). ორგაზმის დროს კლიტორი, საშო და საშვილოსნო ფიზიოლოგიურად მუდამ ერთნაირად რეაგირებს. ორგაზმის ხანგრძლივობა და ინტენსიურობა მნიშვნელოვნად განსხვავდება სხვადასხვა ქალში. ერთსა და იმავე ქალშიც კი ის ვარიაბილურია სხვადასხვა დროს.

ორგაზმს დიდი ბიოლოგიური მნიშვნელობა აქვს. მთელი რიგი ზოოლოგები მიიჩნევენ, რომ სქესობრივი აქტისაგან კმაყოფილების შეგრძნება ნიშანდობლივია ყველა ძუძუმწოვრისათვის. ორგაზმის შეგრძნება შეიძლება ჰქონდეთ როვორც კულტურულ ხალხს, ასევე პირველყოფილ ადამიანებსაც ორგაზმის ბიოლოგიური მნიშვნელობა იმაში მდგომარეობს, რომ ის წარმოადგენს ბუნების ერთგვარ საჩუქარს იმ მოქმედების შესრულებისათვის, რომელიც შთამომავლობის გაგრძელებისკენაა მიმართული. ეს თითქოს სტიმულია ამ მოქმედების განმეორებით ჩასატარებლად.

ზოგიერთ ქალს სქესობრივი აქტი სიამოვნებს, მიუხედავად იმისა, რომ ორგაზმს არ განიცდის (სქესობრივი დაკმაყოფილება ორგაზმის გარეშე — *satisfactio sine orgasmo*). მაგრამ ამ ქალების უმრავლესობას ორგაზმის განცდის უნარი აქვს, თუ ისინი უზრუნველყოფილი იქნებიან ეროგენული ზონების საკმაო სტიმულაციით.

მაგალითად, 30 წლის ქალს, ორი შვილის დედას გათხოვებიდან 8 წლის მანძილზე ერთხელაც არ განუცდია ორგაზმი საყვარელ ქმართან, თუმცა სქესობრივი აქტი სასიამოვნო სექსუალურ აგზნებას იწვევდა და ანაკებდა *satisfactio sine orgasmo*. მან უძლიერესი ორგაზმი განიცადა მხოლოდ მას შემდეგ, როცა ქმარმა პირველად მიმართა კლიტორის ინტენსიურ სტიმულაციას. შემდგომ სქესობრივი აქტის საკმაო ხანგრძლივობისა და ინტენსივობისას ვაგინალური ორგაზმაც გაჩნდა. სქესობრივი აქტი, როგელსაც ორგაზმი არ ახლდა, მას უკვე აღარ აკმაყოფილებდა.

თუმცა დიდ მნიშვნელობას ვანიჭებთ ორგაზმს სქესობრივი ჰარმონიის ჩამოყალიბებაში, რაც ქორწინებას განამტკიცებს, მაგრამ აუცილებელია აღვნიშნოთ, რომ ოჯახური ბედნიერება ძალიან ბევრ ფაქტორზეა დამოკიდებული და მხოლოდ სქესობრივ კმაყოფილებამდე არ უნდა დავიყვანოთ. ძა-

ლიან ბევრი ცივი ბუნების ადამიანისათვის როგორც ეს ანორგაზმიის განხილვისას ჩანს, ცხოვრების სექსუალური მხარე მეტად უმნიშვნელო როლს ასრულებს.

სქესობრივი აქტი

სქესობრივი აქტი (სინონიმები: კოიტუსი, კონგრესუსი, სქესობრივი კავშირი) ადამიანის ერთადერთი შეწყვილებული ფიზიოლოგიური აქტია. ქცევის ისტორიულად განპირობებული ეთიკური და ზნეობრივი ნორმების თანახმად, ის მიმდინარეობს ინტიმურ გარემოში, რაც უკიდურესად აძნელებს მის ფიზიოლოგიურ შესწავლას.

გ. ს. ვასილჩენკოს (1983) მიხედვით, სქესობრივი აქტის ნორმალური მიმდინარეობისათვის აუცილებელია შემდეგი ფუნქციური შემადგენელი ნაწილი:

1) ნეიროჰუმორული, რომელიც დაკავშირებულია ტვინის ღრმა სტრუქტურებთან და ენდოკრინული ჯირკვლების მთელ სისტემასთან. ის უზრუნველყოფს სქესობრივი ლტოლვის სიძლიერეს და შესაბამის აგზნებადობას ნერვული სისტემის სქესობრივი მოქმედების მარეგულირებელ უბნებში;

2) ფსიქიკური, რაც განსაზღვრავს სქესობრივი ლტოლვის მიმართულობას და ამსუბუქებს ერექციის წარმოქმნას ჯერ კიდევ სქესობრივი აქტის დაწყებამდე;

3) ერექციული, ანატომიურ-ფიზიოლოგიური სუბსტრატით, რასაც წარმოადგენს ერექციის სპინალური ცენტრები და სასქესო ასო, რომელიც ძირითადად სქესობრივი აქტის მხოლოდ მექანიკურ მხარეს უზრუნველყოფს;

4) ეაკულაციური, რომელიც თესლის ამონთხევის აქტს უზრუნველყოფს.

ქალებს მხოლოდ სამი შემადგენელი ნაწილი აქვთ: ნეიროჰუმორული, ფსიქიკური და გენიტო-სეგმენტური. ყველა ეს შემადგენლობა თანმიმდევრულად ერთვება აგზნების პროცესში. ტ. ე. აგარკოვა (1986) გამოყოფს ქალებში კოჰულაციური ციკლის შემდეგ თანმიმდევრულ სტადიებს: ფსიქიკურს, რომელიც მოიცავს დროის მონაკვეთს ქალის მიერ სქესობრივი სიახლოვის სურვილის შეცნობიდან მისი განხორციელების გადაწყვეტილების მიღებამდე; სენსორულს, რომლისთვისაც

დამახასიათებელია აღქმის პროცესების თვისობრივი გარდაქმნა ეროგენული ზონების მგრძობელობის მომატებით და მათი სპეციფიკური სტიმულაციის მოსახიფცილებს გაჩენით. სეკრეციულს, რისთვისაც დამახასიათებელია ლუბრიკაცია ე. ი. საშოს ლორწოვანის დასველება, გაპოხვა, ორგასტული, რეზიდუალური, რომლის დროსაც ხდება აგზნების თანდათანობითი შემცირება და გენიტალური ცვლილებების უკუგანვითარება.

სქესობრივი აქტის მიმდინარეობაში შეიძლება გამოვეყოთ იმისა — მამაკაცის სასქესო ორგანოს შეყვანა საშოში; ფრიქციის პერიოდი (მამაკაცის სასქესო ორგანოს მოძრაობა საშოში), ეაკულაციისა და ორგაზმის პერიოდი.

სქესობრივ აქტს ჩვეულებრივ წინ უსწრებს მოსამზადებელი პერიოდი (ურთიერთალერსის პერიოდი). სქესობრივი აგზნების დინამიკის თვალსაზრისით ვ. მასტერსი, ვ. ჯონსონი (1966) გამოყოფენ აგზნების ფაზას, პლატო-ფაზას, ორგაზმის ფაზას, უკუგანვითარების ფაზას. ეს ფაზები ქმნის სქესობრივ ციკლს. ამ უკანასკნელს შეიძლება ადგილი ექნეს როგორც სქესობრივი აქტის, ასევე მის გარეშე, მაგალითად, პოლუციის ან მასტურბაციის დროს.

სქესობრივი აგზნების ფაზაში მამაკაცებში სქესობრივი სტიმულაციის დაწყებიდან ერთ წუთზე უფრო ადრე ძლიერდება სისხლის მიღენა სქესობრივ ორგანოებში და რამდენადმე ფერხდება მათი უკუდენა ვენური სისხლძარღვების შევიწროების გამო. ამის შედეგად სასქესო ორგანო იწყებს სწრაფად გადიდებას მოცულობაში (დაახლოებით 3-ჯერ), მკვირვდება და 7—8 სმ-ით გრძელდება. ამასთან, ის იცვლის მდებარეობას — დგება მუცლის კედლის გასწვრივ. აქედანაა სახელწოდება „ერექცია“ (ლათ. erigere — აწევა). როცა ერექცია ხდება, მამაკაცს სქესობრივი აქტის ჩატარების ე. ი. საშოში სასქესო ასოს შეყვანის უნარი აქვს. ერექციის განვითარებასთან ერთად ჩნდება განტვირთვის, სქესობრივი დაძაბულობისაგან განთავისუფლების სურვილი. თუ სასქესო ასოს ნერვული დაბოლოებები ამ დროს რიტმულად ეხახუნება საშოს კედლებს, ერექცია ძლიერდება, სქესობრივი აგზნება მატულობს. ხშირდება სუნთქვა, გულისცემა, სახეზე აღინიშნება ჰიპერემია. ამ დროს მოძრაობის შეჩერების შემთხვევაში აგზნება თანდათან

შესუსტდება; ფართოვდება სასქესო ორგანოს ვენები, გაძლიერდება სისხლის უკუდენა. სასქესო ასო დარბილდება, შემოცირდება მოცულობაში. თუ მოძრაობა განახლდა, ერექცია კვლავ გაძლიერდება. ამრიგად, მამაკაცს სქესობრივი აქტის დროს მოძრაობის ხან შეჩერებით, ხან განახლებით შეუძლია გაახანგრძლივოს იგი, მაგრამ გარკვეულ დრომდე. უცებ დგება ისეთი მომენტი, როცა მას უკვე აღარ შეუძლია აკონტროლოს აგზნება, ამჯერად მის სურვილზე აღარაფერი არ არის დამოკიდებული და შეუკავებლად ხდება ეაკულაცია.

აგზნების ფაზაში ქალებშიც ხდება სისხლის მოწოლა სასქესო ორგანოებისაკენ. ამასთან დაკავშირებით მცირე ბაგეები განივკვეთში 2-3-ჯერ დიდდება და მათი ფერი სქესობრივი აგზნების გაძლიერებასთან ერთად მკრთალი ვარდისფერიდან ღია წითელში ან მუქ წითელში გადადის. ქალების 50%-ს კლიტორიც უდიდდებათ (ზოგჯერ 2-ჯერ), უფრო მკვრივი ხდება. სქესობრივი აგზნების დაწყებისას 10-15 წამის შემდეგ ქალის სასქესო ორგანოები სველდება, საშოს ზედაპირი ებოხება, რაც აადვილებს სასქესო ასოს მოძრაობას (ლუბრიკაცია). ეს საპოხი ჩნდება როგორც კარიბჭის დიდი და მცირე ჭირკვლებისაგან გამოყოფილი ლორწოს, ასევე საშოს კედლების გამომჟღავნებელი ვენური სისხლძარღვეებიდან გამონაჟონი სითხის ხარჯზე.

ნორმალური მდგომარეობის დროს სიმწეიდისას საშოს კედლები თითქოს ეკვრის ერთმანეთს და მხოლოდ მცირე ხვრელი რჩება. სქესობრივი აგზნების ფაზაში საშოს შიგა მესამედი გრძელდება და ფართოვდება. საშვილოსნოს ტანი და ყელი რამდენადმე იჭიმება ზემოთ და უკან. საშოს დიამეტრი საშვილოსნოს ყელთან ახლოს დიდდება საშუალოდ 2-დან 5,75—6,25 სმ-მდე, რითაც ქმნის სპერმის სათავსოს. საშოს სიგრძე 2-3 სმ-ით დიდდება. ამ დროს საშოს ზომების შეცვლასთან დაკავშირებით ქალსაც და მამაკაცსაც ხშირად ისეთი შთაბეჭდილება ექმნებათ, თითქოს მამაკაცის სასქესო ორგანო „დაიკარგა“ საშოში.

შემდეგში ფრიქციის გავლენით, რაც იწვევს სასქესო ორგანოებში განლაგებული ნერვული დაბოლოებების რიტმულ გალიზიანებას, ხდება გალიზიანებების შეჯამება და სულ უფრო ძლიერდება სქესობრივი აგზნება. საკმაოდ მაღალი დონის მი-

ღწვევისას ამ დონეზე რჩება რამდენიმე ხნის განმავლობაში (პლატო-ფაზა). ამ ფაზაზე ხდება საშოსა და მამაკაცის სასქესო ორგანოს მორგება ზომებში. პარტნიორები უკვე კარგად გრძნობენ ერთმანეთს. საშოს გარეთა მესამედში ჩნდება გამოსატული ადგილობრივი შეგუბებითი ჰიპერემია. საშოს გარეთა მესამედი bulbus vestibuli-ს ჩათვლით, ივსება ვენური სისხლით და შესამჩნევად იბერება, რაც იწვევს საშოს ადგილობრივ შევიწროებას 50% -ით აგზნების ფაზების ზომებთან შედარებით, ე. ი. საშოს გარეთა მესამედი ხდება შედარებით წვრილი მილი, რომელიც გარს ეკვრის სასქესო ასოს — იქმნება ორგანოსტული სამაჭური. ამის გამო ფერხდება საშოდან სპერმის გადმოღვრა, აგრეთვე უზრუნველყოფილი ხდება ნერვული დაბოლოებების უფრო ძლიერი ეროტიკული სტიმულაცია საშოს გარეთა მესამედსა და ზომაში გადიდებულ მცირე ბაგეებში. კლიტორი თავისი ნორმალური მდებარეობიდან გადაიწევს უკან. კლიტორის თავი, რომელიც აგზნების გარეშე მშვიდ მდგომარეობაში გამოშვყრილია, შეიწვეს შიგნით დამცველი ნაკეცის ქვეშ, ამიტომ სექსუალურ საკითხში გამოცდილი მამაკაციც კი კარგავს მანუალურ კავშირს ამ ორგანოსთან (ამ შემთხვევაში რეკომენდებულია სტიმულაციის გაგრძელება ბოქვენის მიდამოში).

პლატო-ფაზაში ხდება სარძეო ჯირკვლების გადიდება ზომაში და კერტის „ერექცია“ — მისი დაგრძელება 1 სმ-ით და დიამეტრის გაზრდა 0,25-0,5 სმ-ით. ქალთა 75% აღენიშნება კანის ჰიპერემია, რომელიც ვრცელდება ეპიგასტრიუმის მიდამოდან გულსა და სახეზე. მალდება განივზოლიანი კუნთების ტონუსი, ხდება პერიოდულად განმეორებითი კუნთური შეკუმშვები, ზოგჯერ ხელის მტევნების ან ფეხის თითების უნებური კუნთური შეკუმშვები. მკვეთრად ხშირდება სუნთქვა, მაჩისცემა, მალდება არტერიული წნევა. სქესობრივი აგზნების შემდგომ გაძლიერებას მოსდევს ორგაზმი. გულისა და ღუნღულების განივზოლიანი კუნთების უნებური დაჭიმულობა ხელს უწყობს ამ მდგომარეობას (სურ. 1).

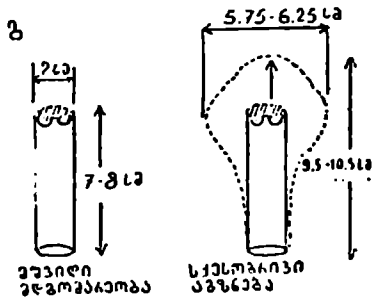
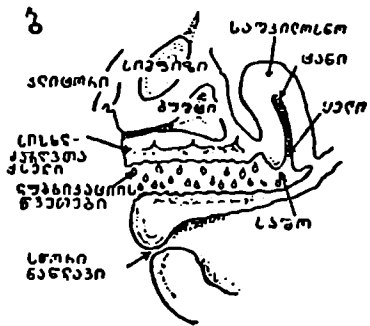
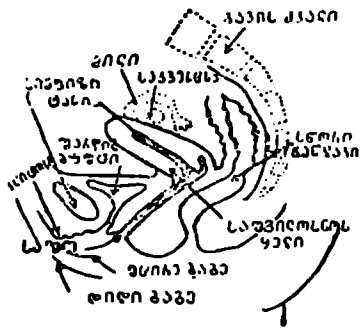
ორგაზმის დროს განვითარებული ფიზიოლოგიური ცვლილებების შესახებ ჩვენ ზემოთ ვილაპარაკეთ. აქ მხოლოდ აღვნიშნავთ, რომ ორგაზმის დროს ხდება არტერიული წნევის მაქსიმალური აწევა, სუნთქვისა და გულის შეკუმშვათა გაზ-

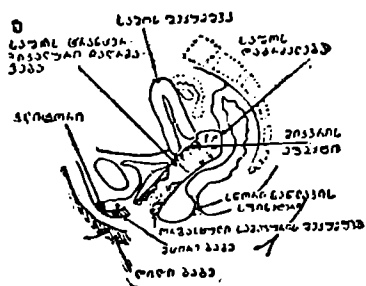
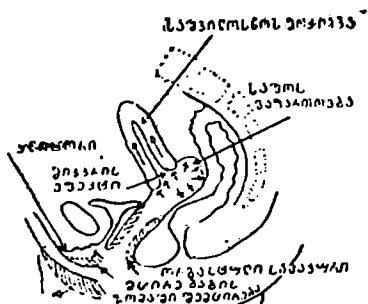
შირება, საშოსა და საშვილოსნოს კუნთების რიტმული შეკუმშვების დაწყება (საშოს შეკუმშვები 0,8 წთ ინტერვალით იწყება ორგანიზმის მომენტში, საშვილოსნოსი — მისი დაწყებიდან 2-4 წთ შემდეგ).

მამაკაცებში ორგანიზმი მკვიდრო კავშირშია ეაკულაციასთან. ორგანიზმი იწყება თესლგამომტანი, თესლგამომტყორცნი სადინარების და სათესლე პარკების რიტმულ შეკუმშვასთან ერთად. შეკუმშვების დროს მამაკაცი განიცდის უდიდეს სიამოვნებას. ამავე დროს გრძნობს, რომ გარდუვალა ეაკულაცია, ორგანიზმის მოახლოება, რომლის შეჩერება უკვე შეუძლებელია. შეკუმშვები 2-3 წთ გრძელდება. ამ დროს თესლოვანი სითხე შედის ურეთრის პროსტატულ ნაწილში. ორგანიზმი თავის აპოგეას აღწევს, როცა ეაკულატი შორისის კუნთის, ურეთრისა და წინამდებარე ჭირკვლის რიტმული შეკუმშვების გავლენით ძლიერად, დიდი წნევით ბიძგისებურად გამოიტყორცნება შარდსადენში და შემდეგ გარეთ. ჩვეულებრივ აღინიშნება კუნთების მხოლოდ 2-3 ინტენსიური შეკუმშვა 0,8 წთ ინტერვალით, რის შემდეგაც შეკუმშვები იშვიათდება და სუსტდება. მათ შეწყვეტასთან ერთად ორგანიზმი მთავრდება.

ორგანიზმს მოსდევს უკუგანვითარების პერიოდი. იწყება დეტუმესცენცია — სასქესო ორგანოების სისხლით მომარაგების შემცირება; მამაკაცებს რამდენიმე წამის შემდეგ ერექცია მნიშვნელოვნად უსუსტდებათ, სასქესო ასო რბილდება, დაახლოებით 25% -ით მცირდება ზომებში და მამაკაცი თანდათან კარგავს სქესობრივი აქტის გაგრძელების უნარს. ზოგიერთ მამაკაცში, თუ ის კვლავ რჩება ეროტისებულ გარემოში (მაგალითად, შიშველი ქალის გვერდით), დეტუმესცენცია შეიძლება ბევრად უფრო გვიან მოხდეს. ეაკულაციის შემდეგ მამაკაცებში იწყება რეფრაქტორული პერიოდი — სქესობრივად არააგზნებადი პერიოდი. ამ დროს ეროტიკული სტიმულები, ალერსი, სასქესო ორგანოებზე შეხება მასში სქესობრივ აგზნებას არ იწვევს. მისი გამოწვევა ვერ ხერხდება ძალდატანებითაც. განმეორებითი ერექცია ჩნდება ჩვეულებრივ 20-40 წუთის შემდეგ, ზოგიერთ მამაკაცში კი ბევრად უფრო გვიან (ზოგჯერ მეორე დღეს).

ქალებს ორგანიზმის შემდეგ ასევე თანდათან უმცირდებათ სასქესო ორგანოების სისხლით ავსება. ეს პროცესი მათში რამდენადმე უფრო ხანგრძლივად მიმდინარეობს, ვიდრე მამა-





სურათი 1. ქალის სასქესო ორგანოები სქესობრივი ციკლის პერიოდში (ე. ჟონსონის, 1966, მიხედვით).

ა — შვეიდი მდგომარეობა; ბ — სქესობრივი აგზნების ფაზა (ადრეული პერიოდი), საშოს ლუბრიკაცია; გ — სქესობრივი აგზნების ფაზა (გვიანი პერიოდი), საშოს მილის გაფართოება; დ — პლატო-ფაზა; ე — ორგაზმის ფაზა

კაცებში — ჩვეულებრივ 10-20 წუთი. თუ ორგანიზმი არ იქნა, მაშინ დეტუმესტენცია ხშირად მხოლოდ 30-60 წუთის შემდეგ ხდება.

ორგანიზმის შემდეგ ზოგიერთი ქალი—პიკისებური ორგანიზმის ერთჯერადი ტიპისა — სქესობრივად არააგზნებადი ხდება. თავს იჩენს რეფრაქტერული პერიოდი, რომელიც შეიძლება საკმაოდ დიდხანს გაგრძელდეს, ზოგჯერ რამდენიმე საათი, დღე-ღამე და უფრო დიდხანსაც. ქალებში, რომელთაც განმეორებითი ორგანიზმის უნარი აქვთ, რეფრაქტერული პერიოდი შეიძლება ძალიან ხანმოკლე იყოს — ერთი წუთი ან ცოტა მეტი. ქალები, რომელთაც ორგანიზმის მრავალჯერადი განმეორების უნარი აქვთ, ორგანიზმის შემდეგ ხშირად, თუ კი სქესობრივი აქტი გრძელდება, აგზნებულ მდგომარეობაში რჩებიან, პლატო-ფაზის დონეზე და ამ ფაზაში მათ კვლავ და კვლავ უმეორდებათ ორგანიზმი, ამასთან, აგზნება ყოველთვის ეცემა მხოლოდ პლატო-ფაზის დონემდე.

უკუგანვითარების მოვლენები აუცილებელი არ არის მხოლოდ ორგანიზმის ან ეაკულაციის შემდეგ. ის შეიძლება დაიწყოს სქესობრივი აქტის ყოველ ფაზაზე მისი უცაბედი შეწყვეტისას სქესობრივი აქტის ნორმალური მიმდინარეობის რაიმე მოულოდნელობით გამოწვეული შეფერხების შემთხვევაში.

ორგანიზმის შემდეგ ქალს სისხლის შეგუბება საშოს გარე მესამედში ძალიან სწრაფად უმცირდება, რის შედეგადაც წყდება მისი გარეთა მესამედის შევიწროება, რაც ხელს უშლის სპერმის გადმოღვრას. მამაკაცი ეაკულაციის შემდეგ თუ განაგრძობს ფრიქციას, ის ხელს უწყობს თესლის გადმოღვრას. თუ ქალმა ორგანიზმი არ განიცადა, მაშინ უკუგანვითარების პროცესი, საშოს შევიწროება (ორგასტული სამაჭური). 20-30 წთ შენარჩუნებულია, რითაც დიდდება განაყოფიერების ალბათობა.

ქალში ორგანიზმის ობიექტური ნიშანია საშოს გარე მესამედის რიტმული შეკუმშვები (ხშირად მამაკაცისათვის შეუმჩნეველი). ზოგიერთ ქალს ორგანიზმის მომენტში კერტები იმდენად უპატარავდება, რომ მის გარშემო კანი ნაოჭდება, სხეულზე ეს შესამჩნევი ნიშანი ასევე შეიძლება ადასტურებდეს ორგანიზმს.

სქესობრივი აგზნების ციკლს, რომელიც ორგანიზმით მთავრდება, დამთავრებული შეიძლება ვუწოდოთ. დაუმთავრე-

ბელი ციკლის დროს შეიძლება აღინიშნოს მხოლოდ მცირე-დი სქესობრივი აგზნება საშოს კედლების შეკუმშვასა და ორგანიზმის გარეშე. ამ შემთხვევაში ქალები აღნიშნავენ, რომ სქესობრივი სიახლოვე მათთვის განურჩეველი იყო ან სასიამოვნო, მაგრამ მკვეთრი შეგრძნებები არ გამოუწვევია. ზოგიერთი ქალი ამ შემთხვევაშიც განიცდის კმაყოფილების ღრმა გრძნობას. მაგრამ თუ სქესობრივი სიახლოვის დროს ქალმა სქესობრივი აგზნების უმაღლეს დონეს მიაღწია, ხოლო განტვირთვა ვერ მოახერხა იმის გამო, რომ სქესობრივი აქტი ძალიან მალე დამთავრდა ან იმის გამო, რომ ეს ქალი საერთოდ ვერ ახერხებს განტვირთვას, მაშინ იქმნება ფრუსტრაციის მდგომარეობა. ეს შემაწუხებელი ნერვული დაძაბულობა დაუკმაყოფილებლობის გრძნობით, ზოგჯერ აფექტური განმუხტვებით, ცრემლებით, ისტეროფორმული ქცევით. სქესობრივი აქტის დამთავრების შემდეგ სასქესო ორგანოებში სისხლის მოწოლა შეიძლება ერთ საათამდეც გაგრძელდეს, შეიგრძნება სიმძიმე მუცლის ქვემოთ, ტკივილი წელის მიდამოში. მენჯის ორგანოებში სისხლის და ლიმფის ხშირმა, ხანგრძლივმა მოწოლამ შეიძლება ხელი შეუწყოს მათში არასპეციფიკური ანთებითი პროცესების განვითარებას, მტკივნეული მენსტრუაციის, ასევე ცვლილებების წარმოქმნას.

ბევრი ქალისათვის სქესობრივი აქტი მამაკაცთან რთულ პიროვნულ ურთიერთდამოკიდებულებაში წარმოადგენს კულმინაციურ მომენტს, როგორც ფიზიკური და სულიერი შერწყმა მასთან. ისინი დამცირებულად თვლიან თავს, თუ მამაკაცები სქესობრივი სიახლოვის შემდეგ მაშინვე უყურადღებოდ ტოვებენ, ზურგს შეაქცევენ და დაიძინებენ. ქალი ჩვეულებრივ ამ დროს მამაკაცისაგან კვლავ მოითხოვს ალერსს, მას სურვილი აქვს მამაკაცმა გამოხატოს ყურადღება, სინაზე, მადლიერება და მხოლოდ ამის შემდეგ გრძნობს თავს დაკმაყოფილებულად.

როგორც მამაკაცის, ისე ქალის სქესობრივი აქტივობა მნიშვნელოვნად მერყეობს ასაკისა და ინდივიდუალობის მიხედვით მაგალითად, ა. კინსეის აზრით, სქესობრივი აქტის სიხშირე 30 წლამდე მამაკაცისათვის საშუალოდ არის 3,2-ჯერ კვირაში, 30 წლის შემდეგ — 2,2, ხოლო 60 წლის ასაკში — 0,8-ჯერ კვირაში. 60 წლის ასაკის მამაკაცებში 96% აქვს სქე-

სობრივი ცხოვრების უნარი. ქალის სქესობრივ ცხოვრებას დიდად განსაზღვრავს მამაკაცის სქესობრივი აქტიუობა. ქალები, რომლებიც 16-20 წლის ასაკში გათხოვდნენ, მათი სქესობრივი აქტის სიხშირე ცოლქმრობის პირველ ხანებში უდრდა დაახლოებით 2,8-ჯერ კვირაში, 30 წლისათვის — 2,2 40 წლისათვის — 1,5 50 წლისათვის — 1, და 60 წლისათვის — 0,6-ჯერ კვირაში. ყოველდღიურად ან უფრო ხშირად სქესობრივ აქტს ატარებდნენ გათხოვილი ქალები — 16-20 წლის ასაკში — 14%, 30 წლის ასაკში — 5%, 40 წლის ასაკში — 3%. გვხვდება წყვილები, რომლებიც 40 წლის ასაკშიც კი ატარებდნენ სქესობრივ აქტს დღე-ღამეში 4-ჯერ. გ. ვასილჩენკოს მიხედვით, სქესობრივი აქტის სიხშირე 20—40 წლის მამაკაცებში არის 3-4 ჯერ კვირაში, 50 წლის ასაკში — 2-ჯერ, 60 წლის ასაკში — 1-ჯერ, 70 წლის ასაკში — უფრო იშვიათად.

ჩვენი მონაცემებით 30-დან 40 წლამდე ცოლქმრული წყვილი სქესობრივ აქტს ატარებს 3-4-ჯერ კვირაში. თუ ახალგაზრდა კაცს შეუძლია სქესობრივი ცხოვრება კვირაში ერთჯერ და, მით უმეტეს, უფრო ხშირად, ჩვენ ვთვლით, რომ მას ნორმალური სქესობრივი უნარი აქვს. ბევრი ახალგაზრდა ცოლ-ქმარი ატარებს განმეორებით სქესობრივ აქტს; ქორწინების პირველ თვეებში სქესობრივ აქტს ატარებენ თითქმის ყოველდღე, მომდევნო 1-3 თვეში 3-4-ჯერ კვირაში, შემდეგ წლებში 2-3-ჯერ კვირაში ან რამდენადმე უფრო იშვიათად, 60 წლის შემდეგ — 1-2-ჯერ 2 კვირაში.

ჩვენ მიგვაჩნია, რომ თუ სქესობრივი ცხოვრება არ იწვევს ხანგრძლივ დაღლილობას ან მოქანცულობას, უკმაყოფილებას, თუ მთელი დღის განმავლობაში ადამიანები მხნედ, მზიარულად გრძნობენ თავს, როგორც ჩანს, ისინი გადაჭარბებულ სქესობრივ ცხოვრებას არ ეწევიან. ოპტიმალურად ითვლება რეგულარული სქესობრივი ცხოვრება, რომელიც ინდივიდუალურ შესაძლებლობებს შეესატყვისება. სასურველი არ არის სქესობრივი აქტის ზედმეტად გაკიანურება, რადგან ამან შეიძლება შეგუბებითი მოვლენები გამოიწვიოს მცირე მენჯში, რაც ხელს უწყობს სექსუალური ფუნქციის დარღვევას.

ქალეზში სექსუალური დარღვევის გამოკვლევის მეთოდика

სექსუალური ფუნქცია ადამიანის ცხოვრების ყველაზე ინტიმურ მხარესთანაა დაკავშირებული, ამიტომ მისი გამოვლენა საკმაოდ ძნელია. იგი ექიმის მხრიდან დიდ ტაქტს მოითხოვს, რათა დააძლევინოს ქალს სირცხვილის გრძნობა და ნდობა დაიმსახუროს.

საუბარი აუცილებლად უნდა მიმდინარეობდეს პირისპირ, ოთახში სხვა ექიმი, არც მედლა ან სანიტარი ქალი არ უნდა იმყოფებოდეს, ზოგჯერ ქმარიც კი, რომელიც გარეთ ელოდება, დამამუხრუჭებლად მოქმედებს ავადმყოფზე.

თუ ქალი ექიმთან მიდის სექსუალური ფუნქციის დარღვევის გამო, მაგალითად, სქესობრივი დაუკმაყოფილებლობის გამო, მაშინ ანამნეზური მონაცემების შეკრება, როგორც ჩვენი გამოკვლევები გვიჩვენებს, შედარებით ადვილია. თვით ფაქტი, ექიმისადმი ამ ჩივილებით მიმართვისა, იმაზე მიუთითებს, რომ ავადმყოფი წინასწარ განეწყო სექსოპათოლოგთან სასაუბროდ და ასე თუ ისე გადალახა მორცხვობის ბარიერი. მაგრამ ამ შემთხვევაშიც კი სასურველია ექიმმა გააფრთხილოს ავადმყოფი, რომ იგი იძულებულია შეეხოს მისი ცხოვრების ინტიმურ მხარეს და მისი თანხმობის მიღების შემდეგ სხვათა შორის უნდა აღნიშნოს, რომ მათი საუბრის შინაარსი სამუდამოდ დარჩება მათ შორის.*

წინასწარ შეიძლება ავადმყოფს შევავსებინოთ „ანკეტა ქალის სექსუალური მდგომარეობის შესაფასებლად“, რომელიც შემუშავებულია გ. ს. ვასილჩენკოს, ი. ლ. ბოტნევის, ა. ნონუროვის (1976) მიერ. ეს ეხმარება ავადმყოფს, განეწყოს ექიმთან სასაუბროდ, ექიმს კი ეხმარება პაციენტის მდგომარეობის პირველად ორიენტაციაში.

საუბარი ჩვეულებრივ იწყება ავადმყოფის ჩივილების გა-

* ჩვენს პოლიკლინიკაში სექსოპათოლოგთან მიღება ანონიმურია, საჭირო არ არის საბუთების, მიმართვის წარდგენა, გვარი იცვლება ფსევდონიმით, რომელსაც ავადმყოფი თვითვე ირჩევს. ეს იძლევა კონფიდენციალობის გარანტიას.

ცნობით, ცხოვრების ანამნეზით, ოჯახური და გინეკოლოგიური ანამნეზით, ასევე ფსიქომატრავემირებელი განცდების დამახასიათებელი თავისებურებების გამოვლენით. ამის შემდეგ გადადიან სექსოლოგიურ ანამნეზზე. მიღებული ცნობების მოცულობა დამოკიდებულია ავადმყოფის ჩივილების ხასიათზე. მაგალითად, ბოლო წლებში სქესობრივი ლტოლვის მკვეთრ გაძლიერებაზე ჩივილებისას არ ეკითხებიან სქესობრივი აქტის მიმდინარეობის დეტალების შესახებ, როცა იკვლევენ ანორგაზმიით ავადმყოფს.

ყველა ავადმყოფთან, რომელსაც სექსუალური მოშლილობა აღენიშნება, სასურველია გავარკვიოთ პირველი სქესობრივი განცდების ხასიათი, სქესობრივი ცნობისმოყვარეობის გამოვლენა, სექსუალური თამაშები და კონტაქტები ბავშვთა ასაკში, პირველი ცნობების ხასიათი სქესის განსხვავებისა და სქესობრივი ცხოვრების შესახებ, ინფორმაციის წყაროები და რეაქცია მათზე, სექსუალური აღზრდა ოჯახში (მკაცრი თუ თავისუფალი). შეიძლება ასეთი კითხვებიც: იჩენდა თუ არა ინტერესს ბიჭებისადმი? უყვარდა თუ არა ვინმე? (რა ასაკში), ბიჭებთან შეხვედრა, კოცნა, ეროტიკული ხასიათის ალერსი? პეტინგი? რა რეაქცია ჰქონდა მათზე? ოცნებობდა თუ არა გათხოვებაზე, ოჯახზე, ბავშვებზე? ჰქონდა თუ არა მისწრაფება ალერსის, სინაზის მიმართ? ჰქონდა თუ არა სწრაფვა სქესობრივი აქტისადმი? როდის გაუჩნდა ეს? ჰქონდა თუ არა ეროტიკული სიზმრები? მათი გაჩენის დრო, სიხშირე, შინაარსი (არშიყოფა, ალერსი, სქესობრივი აქტი)? ახლდა თუ არა მათ ორგაზმი? მოქმედებს თუ არა ამგზნებად ეროტიკული შინაარსის მოთხრობები ან კინოფილმები, შიშველი მამაკაცის ან ქალის სხეული, მამაკაცის სასქესო ორგანო? ჰქონდა თუ არა როდისმე სურვილი დაეთვალიერებია ისინი? აქვს თუ არა მკვეთრი ეროგენული ზონები, რომელია? შეეძლო თუ არა როდისმე თვითვე გამოეწვია საკუთარ თავში ორგაზმი გამოხანის ან ქალიშვილობისას თქმობის შეკუმშვით? არ შეეძლო ან არ უცდია მისი გამოწვევა? უცდია თუ არა თვითაგზნების გამოწვევა (ონანიზმი)?

ცოლქმრობის შემთხვევაში ირკვევა ურთიერთდამოკიდებულება, სიყვარულის გრძნობის არსებობა, ურთიერთპატივისცემა, სულეირი კონტაქტი, საყოფაცხოვრებო პირობება

ქოთახში მარტონი წევანან თუ არა), სქესობრივი ცხოვრების რიტმის დინამიკა: ქორწინების წინ დაიწყო ის თუ მანამდე? რამ შეუწყო ხელი ქორწინებამდე მის დაწყებას? როგორ მიმდინარეობდა დეფლორაცია (მტკივნეულობა, სისხლდენა)? პარტნიორის ქცევა დეფლორაციის დროს? რეაქცია დეფლორაციაზე? რამდენი წუთის ან წამის შემდეგ ხდება თესლის გადმონთხევა, კოლ-ქმარი სქესობრივ ცხოვრებას ეწევა 2-3-ჯერ კვირაში? ფრიქცია ხდება პაუზის გარეშე, უწყვეტლივ? გრძელდებოდა თუ არა აქტი როდისმე 5-10 წუთი ან უფრო ხანგრძლივად? ხდებოდა თუ არა ორგაზმი სქესობრივი აქტის დროს? როდის იგრძნო პირველად? რა პირობებში? რას შეიძლება დაუკავშირდეს მისი პირველი წარმოქმნა (აქტის დიდი ხანგრძლივობით, პოზის შეცვლით, ფსიქოლოგიური ატმოსფეროს შეცვლით და ა. შ.)? ორგაზმისათვის დამახასიათებელი თავისებურებები (წარმოქმნის სისწრაფე, ტიპი, ყველაზე მოკლე ინტერვალები ორ ორგაზმს შორის და ა. შ.)? სქესობრივი აქტის სიხშირე კვირაში, რამდენად ხშირად ახლავს მას ორგაზმი? თვითგრძნობა სქესობრივი სიახლოვის შემდეგ? როგორ აღიქმება სქესობრივი აქტი, რომელსაც არ ახლავს ორგაზმი (სასიამოვნოა, განურჩეველია თუ შემაწუხებელი)? ჩნდება თუ არა ფრუსტრაციის მდგომარეობა? სქესობრივი ცხოვრებით მიღებული დაკმაყოფილება? სქესობრივი ცხოვრების მოთხოვნილება და როგორ იტანს სქესობრივ თავშეკავებას? სქესობრივი აგზნებადობა მენტრუალური ცეკლის სხვადასხვა პერიოდში? ქმრის ქცევა უშუალოდ სქესობრივი აქტის შემდეგ?

ამ ზოგადი ცნობების გარდა, ანორგაზმიის შემთხვევაში ირკვევა სქესობრივი აქტის მიმდინარეობის თავისებურებანი (აღრე რამდენიმე პარტნიორის არსებობისას — თითოეულ მათგანთან): ხანგრძლივობა, ფსიქოეროტიკული განწყობა სქესობრივი აქტის წინ (სინაზის გამოვლენა, სხეულზე, სარძეო ჯირკვლებზე, კლიტორის მიდამოში ალერსი), ამ მომზადების ხანგრძლივობა, ინტენსიურობა და რეაქცია მასზე? სველდება თუ არა სასქესო ორგანოები სქესობრივი აქტის დაწყების წინ? როგორია ფრიქციის ინტენსივობა? ტარდებოდა თუ არა კლიტორის დამატებითი მანუალური სტიმულაცია ფრიქციის დროს? როგორ პოზებში ხდებოდა სქესობრივი სიახ-

ლოვე და მათ შორის რომელი იყო ყველაზე უფრო სასიამოვნო? როგორია ქმრის დამოკიდებულება: ალერსიანია თუ არა მის მიმართ, სურს თუ არა სქესობრივი სიახლოვე თუ თავს აოილებს მას სხვადასხვა საბაბის მოძიებებით? ხომ არ ახდენს ორგაზმის სიმულაციას? სქესობრივი დამოკიდებულების რა გამოვლინება მიაჩნია ავადმყოფს და მის მეუღლეს, მორალური თუ სხვა თვალსაზრისით, მისაღებად? ავადმყოფის აზრით, რა არ არის საკმარისი იმისათვის, რომ სქესობრივი ცხოვრება პარმონიული გახდეს? ორსულობისაგან თავდაცვის მეთოდები და მათი გავლენა სქესობრივ ცხოვრებაზე.

მასტურბაციის შემთხვევაში ირკვევა მათი ჩატარების პირობები, განხორციელების საშუალება, აქტის სიხშირე, დამოკიდებულება მის მიმართ (ინდიფერენტული, სინდისის ქენჯნა, საშინელი შედეგების წარმოდგენა).

პერვერსიის მქონე ავადმყოფების გამოკვლევა ტარდება ფსიქიატრიაში მიღებული ზოგადი პრინციპის მიხედვით. ამასთან, ყურადღება ექცევა პერვერსიის წარმოქმნის პირობებს და მის გამოვლინებას, აგრეთვე პიროვნების დამახასიათებელ თვისებებს. ჰომოსექსუალიზმის შემთხვევაში, გარდა ამისა, სასურველია გაირკვეს ავადმყოფის დედის ორსულობის მიმდინარეობა: ხომ არ ცდილობდა შეეწყვიტა იგი? დედას ხომ არ განუცდია სხივური ზემოქმედება? ხომ არ ღებულობდა პორმონულ პრეპარატებს ან ნეიროლეპტიკურ საშუალებებს (განსაკუთრებით ორსულობის IV-VI თვეებში)? უნდა გარკვეს აგრეთვე: მშობელთაგან რომელი იყო ოჯახში წამყვანი (ლიდერი). დედისა და მამის დამოკიდებულება? და-ძმათა რაოდენობა? რომელ თამაშებსა და საქმიანობას აკუთვნებდა უპირატესობას — ბიჭებისა თუ გოგონების? ქალის ჩაცმულობისა და მოსართავეების, კოსმეტიკის, თუ მამაკაცის ტანსაცმლის სიყვარული? მამაკაცებთან სქესობრივი ცხოვრება (თუ კი იყო) და რეაქცია მასზე? სქესობრივი ლტოლვის ჰომოსექსუალური მიმართულობის გაჩენა და მისი გამოვლინება. ჰომოსექსუალური კონტაქტების სიხშირე და ფორმა. რა პირობებში წარმოიქმნა პირველად ორგაზმი? ასრულებს თუ არა „ქმრის“ ან „ცოლის“ როლს ჰომოსექსუალური წყვილის შექმნის შემთხვევაში? თავს მამაკაცად გრძნობს თუ ქალად? თვლის თუ

არა ჰომოსექსუალიზმს არაბუნებრივ მოვლენად და უნდა თუ არა იმკურნალოს?

საუბრის შემდეგ გადადიან სომატურ გამოკვლევაზე. სექსუალური დარღვევების მქონე ყველა ავადმყოფში ყურადღებას ამახვილებენ სხეულის აღნაგობაზე (თეძოებისა და მხრების სიგანის ურთიერთშეფარდებაზე), მეორადი სასქესო ნიშნების გამოსახულებაზე, მასკულინიზმის მოვლენების არსებობაზე. არკვევენ შინაგანი ორგანოების მდგომარეობას, ნევროლოგიურ სტატუსს. დეტალური ნევროლოგიური გამოკვლევა, თვალის ფსკერის გამოკვლევა, თავის ქალას მიმოხილვითი სურათი, ელექტროენცეფალოგრაფია განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია ჰიპერსექსუალურობის, აგრეთვე სქესობრივი ლტოლვის ჰომოსექსუალური მიმართულობის შემთხვევაში ან ფრიგიდულობაზე ექვის დროს, რაც ცერებრული დაავადების შედეგია.

ყველა ქალი, რომელიც სექსუალურ დარღვევებს უჩივის, უნდა შემოწმდეს გინეკოლოგიურად. იკვლევენ: გარეთა სასქესო ორგანოების, საშოს ლორწოვანი გარსის, საშვილოსნოს ყელის მდგომარეობას, ასევე მის მტკივნეულობას გამოკვლევის დროს. გარდა ამისა, ყურადღება უნდა მიექცეს თბიანობის ტიპს ბოქვენზე, გარე სასქესო ორგანოების (მცირე ბაგეების, კლიტორის) განვითარებულობას, მანძილს კლიტორიდან საშოს შესავალამდე, საშოს სიგანესა და სიღრმეს შესავალიდან საშვილოსნოს ყელამდე და შესავალიდან უკანა თაღის ფსკერამდე, საშოს ღრუს შეკუმშვას შორისის კუნთების დაკიმვისას (საშოში ექიმის შეყვანილ თითებზე მოქერის ხარისხი), კლიტორის, საშოსა და შორისის მიდამოში ნაწიბუროვანი ცვლილებების არსებობას, მენჯის ფსკერის კუნთების მდგომარეობას. იკვლევენ მგრძნობელობას კლიტორზე, მცირე ბაგეებზე, საშოს გარე მესამედზე და მის ღრმა უბნებზე შეხებისას. ანორგაზმიის შემთხვევაში სასურველია, ავადმყოფის მკურნალმა ექიმმა გამოიკვლიოს ძირითადი ეროგენული ზონების, ე. ი. სასქესო ორგანოების ეროტიკული მგრძნობელობა. იგი დიდად არის დამოკიდებული ქალის ზოგად ფსიქოეროტიკულ განწყობაზე და ამიტომ, ბუნებრივია, ძნელად ირკვევა საექიმო შემოწმების პირობებში. მაგრამ ამ პირობებშიც კი გარკვეულწილად მაინც შეიძლება მასზე საკმაოდ ნათელი წა-

რმოდგენის შექმნა. ასეთი გამოკვლევის ჩატარების წინ ქალს უხსნიან, რომ, რადგან მას არა აქვს სქესობრივი კმაყოფილების მიღების უნარი, ჩვეულებრივი გინეკოლოგიური გამოკვლევა არ არის საკმარისი. — ექიმმა უნდა გამოიკვლიოს მისი სპეციფიკური მგრძობელობა, ე. ი. სასქესო ორგანოების რომელ უბნებზე შეხებამ შეიძლება გამოიწვიოს მასში ეროტიკული შეგრძნებები და რომ მათი წარმოქმნის შემთხვევაში ის არ უნდა დამალოს. ყოველივე ამის გარკვევა შეიძლება, თუ ქალი თანახმაა და მზად არის შესაბამისად განაწყოს საკუთარი თავი. გამოკვლევა ტარდება მხოლოდ მისი თანხმობით.

გამოკვლევისას გარემომ და საკუთარ შეგრძნებებზე ქალის ყურადღების ფიქსაციამ ზოგჯერ შეიძლება დაამუხრუჭოს ეროტიკული რეაქცია, ამიტომ თუ მაშინვე ვერ მოხერხდა ეროგენული ზონების გამოვლენა, სასურველია გამოკვლევა განმეორდეს.

გამოკვლევის ჩატარება მოხერხებულია თითზე ჩამოცმული ვაზელინწასმული რეზინის სათითურით. ვლინდება ქალისათვის ადეკვატური მასტიმულირებელი ზემოქმედება კლიტორის მიდამოში; S ზონაში და საშოს უკანა თაღში. შესაძლებელია, აგრეთვე, ელექტრომასაჟის ხელსაწყოს გამოყენება ეროტიკული რეაქტიულობის აღმოსაჩენად. ამ გამოკვლევებს მნიშვნელობა აქვს როგორც ანორგაზმიის მიზეზების დასაზუსტებლად, ისე უფრო მიზანმიმართული ხასიათის რეკომენდაციების მისაცემად ცოლქმრული წყვილის ურთიერთადაპტაციისათვის.

ანორგაზმიის, ჰიპერსექსუალიზმისა და ჰომოსექსუალიზმისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს ქალის ჰორმონულ გამოკვლევას. მისი მეთოდოკა აღწერილია ენდოკრინოლოგიისა და გინეკოლოგიის სახელმძღვანელოებში. ჩვენ შევჩერდებით გამოკვლევის მხოლოდ რამდენიმე მხარეზე, რომელთაც არსებითი პრაქტიკული მნიშვნელობა აქვთ.

როგორც აღვნიშნეთ, ჰიპოთალამუს-ჰიპოფიზ-პერიფერიული ენდოკრინული ჯირკვლები ქმნის ერთიან ფუნქციურ სისტემას უკუკავშირით. ამიტომ ენდოკრინული დარღვევის ერთი და იგივე სიმპტომი შეიძლება სხვადასხვა წარმოშობისა იყოს. მაგალითად, სისხლში ტესტოსტერონის შემცველობის მომატება შეიძლება იყოს როგორც საკვერცხეებისა და თირ-

ემელზედა ჭირკვლის დაზიანების შედეგი, ასევე ჰიპოფიზისა, რომელიც შესაბამის რილიზინგ-ფაქტორს გამოიმუშავებს, რაც აძლიერებს ჭირკვლის მიერ ჰორმონის გამომუშავებას.

ენდოკრინული ფუნქციის შესახებ ანამნეზური ცნობების შეკრებისას არკვევენ პირველი მენსტრუაციის — მენარქეს დაწყების დროს. რიგი ავტორების მონაცემებით, ის ყველაზე ხშირად მოდის 12-დან 14 წლის ასაკში გეოგრაფიული და კლიმატური პირობების, ასევე რასობრივი კუთვნილებისაგან დამოუკიდებლად. მენსტრუაციის გვიან დაწყება (15 წლის შემდეგ) აღინიშნება სქესობრივი მომწიფების შეფერხებისას, ადრე (10 წლამდე) — ნაადრევი სქესობრივი მომწიფებისას. მენსტრუაციის არარსებობა (ციკლური ყოველთვიური ტკივილის გარეშე) ყველაზე ხშირად მიუთითებს გენიტალურ ინფანტილიზმზე, მენარქეს შემდეგ პირველ თვეებში მენსტრუალური ციკლის არარეგულარულობა — ტენის ღრმა სტრუქტურების მოქმედების დარღვევაზე, ხოლო შევიწროების ასაკში — საკვარცხეების ფუნქციის დარღვევაზე. მრავალი მშობიარობა მათი ფუნქციის შენარჩუნების სასარგებლოდ ლაპარაკობს.

პუბერტატულ ასაკში სქესობრივი განვითარების შესახებ შეიძლება ვიმსჯელოთ მეორადი სასქესო ნიშნების გამოვლინების ხარისხის მიხედვით. მაგალითად, ხშირი ხვეული ბეწვი ბოქვენზე ჰორიზონტალური ზემო ხაზით აღინიშნება კარგი ჰორმონული გაჯერებისას, ბოქვენის სუსტი თმიანობა ჰიპერანდროგენიის სასარგებლოდ მიუთითებს. ამაზევე მიუთითებს კლიტორის გადიდებაც ზომებში. გამოსატული ესტროგენული უკმარისობის დროს დიდი და მცირე ბაგეები სუსტადაა პიგმენტირებული, მათი ტურგორი დაქვეითებულია, ვულვისა და საშოს ლორწოვანი გარსი მკრთალია, ატროფირებული, საშო ვიწრო, არაქიმივადი, თაღები გამკვრივებული, დვრილების პიგმენტაცია (ორეული) მკრთალია, მათი დიამეტრი 5 სმ-ზე ნაკლებია.

ქალის სიმალლის შეფარდება მისი ფეხის სიგრძესთან (ტროხანტერული ინდექსი) საშუალოდ 1,97 — 2,0 ტოლია. ჰიპოდინამიზმის სიმპტომები დაქვეითებულ ტროხანტერულ ინდექსთან შეხამებით სასქესო ჭირკვლების ჰიპოფუნქციისათვის არის დამახასიათებელი, მაღალ ინდექსთან შეხამებაში — ჰიპოფიზის პირველადი დაზიანებისათვის.

/ საკვერცხეების ჰორმონული ფუნქციის გამოვლინებისათვის შეიძლება საშოს ნაცხის ჰისტოლოგიური გამოკვლევის მეთოდით ვისარგებლოთ. ნაცხს იღებს გინეკოლოგი მენსტრუალური ციკლის მე-5, 8, 11, 14, 17, 20, 23 და 26 დღეს ე. ი. მენსტრუალური ციკლის მე-5 დღიდან დაწყებული ყოველ მესამე დღეს. ანალიზების შედეგები საშუალებას იძლევა ვიმსჯელოთ ესტროგენებით გაჯერების ხარისხზე მენსტრუალური ციკლის სხვადასხვა ფაზაში მოუძწიფებელი (ბაზალური) და მოძწიფებული (ზედაპირული) ეპითელური უჯრედების შეფარდების მიხედვით.

ჰორმონულ ფუნქციაზე მსჯელობისათვის ასევე შეიძლება გამოკვლეულ იქნეს საშვილოსნოს ყელის ლორწო. ნორმალური მენსტრუალური ციკლის მქონე ქალებს პირველ-ფოლიკულურ ფაზაში საშვილოსნოს ყელის ლორწოს კრისტალიზაციისას აღენიშნებათ „გვიმრის ფოთლის“ ფენომენი. ციკლის მეორე ფაზაში ყვითელი სხეულის გაფურჩქენის დროს ეს ფენომენი არ ვლინდება. შესაძლებელი ხდება მხოლოდ ამორფული ბელტების აღმოჩენა ესტროგენების მკვეთრი დეფიციტისას, მაგალითად, მენოპაუზის პერიოდში აღინიშნება „გვიმრის ფოთლის“ უარყოფითი ფენომენი.

ჰიპოფიზისა და საკვერცხეების ჰორმონულ ფუნქციასთან მჭიდრო კავშირშია ოვულაციის პროცესი. ამ პროცესის შესახებ მსჯელობისათვის ბევრი საინტერესო რამ შეიძლება მივიღოთ რექტალური ტემპერატურის გაზომვით. გაზომვა უნდა ხდებოდეს არანაკლებ ორი მენსტრუალური ციკლის მანძილზე, ხუთი წუთით, ყოველდღე, დილით, საწოლიდან აუდგომლად ნაწლავებისა და შარდის ბუშტის განთავისუფლებამდე ერთი და იმავე სამედიცინო თერმომეტრით. მიღებული მონაცემების საფუძველზე ხაზავენ ტემპერატურის ცვლილებების გრაფიკს (ბაზალური ტემპერატურა). საშოს ნაცხის, საშვილოსნოს ყელის ლორწოს ციტოლოგიური გამოკვლევებისა და რექტალური ტემპერატურის მონაცემები ერთმანეთს ავსებს.

ქალებში მამაკაცის სასქესო ჰორმონების — ანდროგენების არსებობა შეიძლება დადგინდეს სისხლის გამოკვლევის გზით. გარდა ამისა, მათი დონის შესახებ შეიძლება მსჯელობა შარდში 17-კეტოსტეროიდების მიხედვით. ამისათვის

ატარებენ დღე-ღამის შარდის ულუფის ლაბორატორიულ გამოკვლევას. ნორმაში (სუმარულად) ქალის შარდი შეიცავს 16,4—18 მგ (მამაკაცის 6,6—23,4) 17 — კეტოსტეროიდებს და 4,8 მგ ოქსიკორტიკოსტეროიდებს. ესტროგენების შემცველობა ქალის სადღეღამისო შარდში შეადგენს ოულაქის ფაზაში $32,12 \pm 2,42$ მკგ, ლუთენის ფაზაში — $27,3 \pm 1,2$ ხოლო პოსტმენოპაუზაში — $8,9 \pm 1,1$ მკგ. ჰიპოფიზის ჰონადოტროპული ფუნქციის გამოსაკვლევად რადიოიმუნოლოგიური მეთოდების დახმარებით განსაზღვრავენ სისხლში მისი ჰორმონების (ფოლიკულომასტიმულირებელ მალუთენინიზირებულ) შემცველობას და პროლაქტინს.

თ ა ვ ი I I I

ქალის სქესუალური ფუნქციური დარღვევების კლინიკა

დღემდე არ არსებობს ქალის სქესუალური დარღვევების საყოველთაოდ მიღებული კლასიფიკაცია. ეტიოლოგიური პრინციპით მისი ჩამოყალიბება დიდ სიძნელეებს აწუცდება, რადგან ზოგადი მსგავსი მდგომარეობა, მაგალითად, ფრიგიდულობა ან ჰომოსექსუალიზმი არსებობს სხვადასხვა ეტიოლოგიისა, ხოლო სქესუალური მოშლილობის ტრადიციული „ფორმები“ წარმოადგენს სხვადასხვა დაავადების სინდრომს.

სქესობრივი ფუნქციის მოშლა შეიძლება გამოვლინდეს როგორც მისი გაძლიერების ან შესუსტების სახით, ასევე მასი გაუკუღმართებით (პერვერსია, პარაფილია), ე. ი. სქესობრივი ლტოლვის მიმართულობის ან მისი რეალუზაციის პირობების დარღვევით. პერვერსიისაგან უნდა გავარჩიოთ სქესუალური გადახრები მოცემულ საზოგადოებაში მიღებულ სქესობრივი ქცევის ფორმებისაგან, რომელიც პათოლოგიას არ განეკუთვნება. ეს არის ონანიზმის ზოგიერთი ფორმა (რომელსაც არა აქვს აკვიატების ხასიათი), ჰომოსექსუალური ქცევა, რომელიც დაკავშირებული არ არის სქესობრივი ლტოლვის მიმართულობის გაუკუღმართებასთან, ორალური კონტაქტი

მამაკაცის (ფელაცია ანუ პენილინქცია) ან ქალის (კუნლინგუს ანუ მინექტი) სასქესო ორგანოებთან.

ჩვენ გამოვიყენებთ ქალის სექსუალური მოშლილობების შემდეგ სამუშაო დაჯგუფებებს, რაც აგებულია კლინიკურ პრინციპზე და ითვალისწინებს სქესობრივი დარღვევების ისტორიულად ჩამოყალიბებული ფორმების აღნიშვნას.

I. ლიბიდოსა და ორგაზმის დარღვევა: ანორგაზმია, ალიბიდემია, ჰიპერსექსუალურობა.

II. ვაგინიზმი.

III. გენიტალგია.

IV. სექსუალური პერვერსიები: 1) სქესობრივი მიმართულობის დარღვევა (აუტოეროტიზმი, ჰომოსექსუალიზმი, პედოფილია, გერონტოფილია, ტრანსვესტიზმი, ზოოფილია); 2) სქესობრივი ლტოლვის რეალიზაციის პირობების დარღვევა (ფეტიშიზმი, მაზოხიზმი, სადიზმი, ექსპიზიციონიზმი).

მოყვანილი სია მოიცავს სექსუალური დარღვევების მხოლოდ ძირითად ფორმებს, რომლებიც ქალებში გვხვდება. მთელ რიგ შემთხვევებში ამ ფორმებს არა მხოლოდ კლინიკური, არამედ პათოგენეზური თავისებურებებიც ახლავს.

სქესობრივი პერვერსიების ნოზოლოგიური ადგილი საკმაოდ გაურკვეველია. ფსიქიატრიის სახელმძღვანელოთა უმრავლესობაში ისინი აღწერილია ფსიქოპათიის თავში და განეკუთვნება განსაკუთრებულ პერვერსიულ ან სქესობრივი ფსიქოპათიის გამოვლინებებს. ეს ნაკლებადაა დასაბუთებული, რადგან პერვერსიები შეიძლება წარმოიქმნას ფსიქოპათიის ყოველი ფორმის ნიადაგზე, ასევე არა ფსიქოპათიურ პიროვნებებში. ჩვენი მონაცემებით, ყველაზე ხშირად იგი უვითარდებათ შფოთიან-ექვიანი ხასიათის პირებს, რომლებიც მიდრეკილნი არიან აკვიატებული მდგომარეობებისადმი.

პერვერსიები (გარდა ქალის აქტიური და მამაკაცის პასიური ფორმის ჰომოსექსუალიზმი სადა ტრანსვესტიზმისა) ყველაზე ხშირად წარმოადგენს პირობითი რეფლექსის მექანიზმით წარმოქმნილი ფიქსირებული აკვიატებული მდგომარეობების, მოქმედებების ან სწრაფვის გამოვლინებებს. ამ შემთხვევებში თანდათან ყალიბდება პიროვნების პათოლოგიური განვითარება.

დაავადებათა, ტრავმათა და სიკვდილის მიზეზთა მე-9 გა-

დასინჯვის საერთაშორისო სტატისტიკურ კლასიფიკაციაში (1975), რომელიც მიღებულია სსრკ-ში, განყოფილებაში „ნე-ვროზული აშლილობები, ფსიქოპათიები და სხვა არათსიქოზუ-რი ხასიათის ფსიქიკური აშლილობები“ ნევროზებთან (300) ერთად დამოუკიდებელ ერთეულადაა მოყვანილი სქესობრივი გაუკულმართებანი და დარღვევები (302).

ანორგაზმია და ალიზიდეზია

ანორგაზმია — სქესობრივი ცხოვრების დროს ორგაზმის არ ირსებობა — ხშირად გვხვდება ქალებში. გინეკოლოგ ჰ. მიშელ ვოლფრომის (1965) აზრით, იგი აღენიშნება საფრანგეთის ქა-ლების 40%. ვენაში შემოწმებულ 1500 ქალიდან (ჰ. შტოურ-ცი, 1962), ერთ მესამედს არასოდეს არ განუცდია ორგაზმი, ამასთან, მათ შორის 65% სქესობრივი კავშირი ჰქონია სხვა-დასხვა მამაკაცთან. სქესობრივი დაკმაყოფილება არ განუცდია პოლონეთში ჰ. მალევსკას (1967) მიერ გამოკითხულ ქალთა ერთ მესამედს; გდრ-ში გ. შნაბლის (1982) მიერ გამოკითხუ-ლი 200 ქალიდან 44%-ს არ განუცდია ან ძალიან იშვიათად განუცდია ორგაზმი. კინსეის (1963) მიხედვით, ორგაზმი არ განუცდია ქალების 17%-ს, რომლებიც სქესობრივ ცხოვრებას ეწევიან არანაკლებ 5 წელია. ჩვენი თანამშრომლის ზ. ვ. რო-ჟანოვსკაიას (1972) მონაცემებით, 412 ქალიდან, რომლებიც რეგულარულ სქესობრივ ცხოვრებას ეწეოდნენ არანაკლებ 2 წელი, ორგაზმს განიცდიდა ყოველი ან თითქმის ყოველი სქესობრივი სიახლოვის დროს 24%, ხშირად (ნახევარზე მეტ შემთხვევაში) — 27,4%, ხოლო არასოდეს — ქალების 18%*.

მათგან განსხვავებით, 500 გამოკითხული მამაკაციდან ანო-რგაზმია არ აღინიშნებოდა არც ერთ შემთხვევაში (ა. მ. სვია-დოშჩი, ი. ა. პოპოვი, 1967).

რატომაა, რომ ანორგაზმია ქალებში გაცილებით უფრო ხშირია, ვიდრე მამაკაცებში? ეს ალბათ ბიოლოგიური ფაქტო-რებით აიხსნება — იმიტომ, რომ მამაკაცებში, როგორც წესი,

* ჰ. მიშელ-ვოლფრომი, ჰ. ტშოურცი, ჰ. მალევსკა, ზ. შნაბლი გამო-კითხულ ქალებში არ ითვალისწინებდნენ სქესობრივი ცხოვრების ხანგრძ-ლივობას, ამიტომ მათ მონაცემებს ვერ დავუბირისპირებთ ჩვენსას,

ორგაზმი ხდება ეაკულაციის დროს. ქალებში ორგაზმი არ არის დაკავშირებული კვერცხუჯრედის გამოყოფასთან (ორსულობა ვითარდება სქესობრივი დაკმაყოფილებისაგან დამოუკიდებლად). მათ სქესობრივი ცხოვრების და შთამომავლობის გაგრძელების უნარი აქვთ სქესობრივი ლტოლვისა და ორგაზმის გარეშე. მამაკაცები კი, რომელთაც არ ჰქონდათ სქესობრივი ლტოლვა, ერექცია და ეაკულაცია, ვერ იძლეოდნენ შთამომავლობას და ამრიგად, ბუნებრივი შერჩევის კანონის შედეგად ვეღარ აგრძელებენ სიცოცხლეს.

ანორგაზმიას ხშირად ახლავს სქესობრივი ლტოლვის დაქვეითება ან მისი არარსებობა — ალიბიდემია. ამ უკანასკნელის მიზეზი შეიძლება იყოს სხვადასხვა ნეიროენდოკრინული დარღვევები; ნარკოტიკებით, საძილე საშუალებებით, ნეიროლუპტიკებით და ტრანკვილიზატორებით ინტოქსიკაცია; ტრავმული, ინფექციური ან ინტოქსიკაციური დაზიანებები, დეპრესიული მდგომარეობა, ფსიქოტრავმული ზემოქმედება და ა. შ. ერთ-ერთი ხშირი მიზეზია დისგამიის დროს სქესობრივი ლტოლვის შეკავება, რაზედაც ჩვენ ქვემოთ შევჩერდებით.

ზ. ვ. როჯანოვსკაიას მონაცემებით (1972), სქესობრივი ლტოლვის შენარჩუნება შემთხვევათა 100%-ში აღენიშნებოდათ ქალებს, რომლებიც მუდამ განიცდიდნენ ორგაზმს, რომლებიც ზოგჯერ — 78%, რომლებიც ძალიან იშვიათად — 52%-ში, ხოლო რომელთაც არასოდეს არ განუცდიათ ორგაზმი — შემთხვევათა მხოლოდ 40%-ში. ერთი სიტყვით, ანორგაზმია მით უფრო იშვიათად გვხვდება, რაც უფრო ძლიერია ლიბიდო. ბევრ ქალში სქესობრივი ლტოლვა მხოლოდ მას შემდეგ იღვიძებს, როცა ისინი იწყებენ ორგაზმის განცდას. ჩვენს დაკვირვებაში იყვნენ ქალები, რომლებშიც უძლიერესმა სქესობრივმა ლტოლვამ უეცრად პირველად იჩინა თავი მას შემდეგ, როგორც კი განიცადეს ორგაზმი, თუმცა მანამდე ისინი წლების მანძილზე ეწეოდნენ სქესობრივ ცხოვრებას და თავს თვლიდნენ სქესობრივად ცივ ადამიანებად.

ანორგაზმიაზე რეაქციის მიხედვით არჩევენ მის სამ ხარისხს: I. ორგაზმი არ ხდება, თუმცა სქესობრივი აქტი მიმდინარეობს ამა თუ იმ ხარისხის სქესობრივი აგზნებით (*satisfactio sine orgasmo*) და ლუბრიკაციით. II. სქესობრივი აქტი განუჩრჩველია, სქესობრივ აგზნებას ან სასიამოვნო შეგრძნებებს

არ იწვევს (ქალები ამ დროს ხშირად სხვა აზრებით არიან დაკავებულნი). III. სქესობრივი აქტი უსიამოვნოა, მიმდინარეობს შემაწუხებელი შეგრძნებებით ან იწვევს ზიზღს, ქალი გაუფრთხილად სქესობრივ ცხოვრებას.

ანორგაზმიას შეიძლება ჰქონდეს როგორც დროებითი, ასევე მუდმივი ხასიათი; ის თავს იჩენს როგორც სქესობრივი ცხოვრების დასაწყისიდან ასევე მის პროცესში ქალებში, რომლებიც ადრე განიცდიდნენ ორგაზმს (მეორადი ანორგაზმია). მიზეზების მიხედვით, რამაც ანორგაზმია გამოიწვია, ჩვენ შესაძლებლად მიგვაჩნია გამოვყოთ მისი შემდეგი ფორმები: რეტარდაციული, სიმპტომატური, ფსიქოგენური, კონსტიტუციური.

რეტარდაციულ ანორგაზმიას დროებითი ხასიათი აქვს, ფსიქოსექსუალური განვითარების ერთგვარ დაგვიანებასთან (რეტარდაციასთან) არის დაკავშირებული. ორგაზმის განცდის უნარი ყველა ქალს ერთნაირად სწრაფად არ უვითარდება. ზოგიერთს ის აღმოაჩნდება ბავშვობის ადრეულ ასაკში, ზოგიერთს უჩნდება გათხოვებიდან მხოლოდ რამდენიმე წლის ან ორსულობის შემდეგ. ცნობილი არიან ქალები, რომლებიც 12-14 წლის ასაკიდან ცხოვრობდნენ სქესობრივი ცხოვრებით და მხოლოდ 22-25 წლებში განიცადეს პირველად ორგაზმი, საექიმო დახმარების გარეშე და მას შემდეგ მუდამ ძალიან მგრძნობიარენი იყვნენ.

ა. კინსეის მიხედვით (1954), ორგაზმს (მასტურბაციის, ეროტიკული სიზმრების და იშვიათად სქესობრივი ცხოვრებისას) განიცდიდნენ 11 წლამდე ასაკში გოგონების 9%, 13 წლამდე — 14%. 15 წლის ასაკში ორგაზმი განიცადა გოგონათა 25% და ვაჟთა 85%. 15 წლის ასაკამდე გოგონათა 20% და ვაჟთა 82% ორგაზმს იწვევდა მასტურბაციის გზით.

როგორც აღვნიშნეთ, ფიზიოლოგიურად ბევრ ქალში სქესობრივი გრძნობა თავის სრულ განვითარებას აღწევს მხოლოდ 26-28 წლებში. ქორწინების პირველ დამეს ქალთა უდიდესი უმრავლესობა ორგაზმს არ განიცდის. ისინი მის შეგრძნებას იწყებენ ქორწინებიდან კვირების ან თვეების, ხოლო ზოგჯერ წლების გავლის შემდეგ. მაგალითად, ზ. შნაბლის (1982) მიხედვით, სქესობრივი ცხოვრების დაწყებიდან პირველი წლის განმავლობაში დაიწყეს ორგაზმის განცდა ქალების

მხოლოდ 19%, მეორე წელს — 15%, მესამე წელს — 11%, მეოთხე-მეხუთე წელს — 14%, მეექვსე-მეცხრე წელს — 11%, მეათე წელს ან უფრო გვიან — 9%. ორგაზში არასოდეს არ განუცდია 11% (10% არ გვიპასუხა კითხვაზე). ზ. ვ. როჯანოვსკაიასა და ა. მ. სვიადოშჩის მიხედვით (1969), გათხოვებიდან პირველ სამ თვეში ორგაზში განიცადა ქალთა 22%, პირველი წლის დასასრულს — 42%, გათხოვებიდან მე-5 წელს — 72% და 10 წლის შემდეგ — 89%. ორგაზში გაჩნდა მშობიარობის შემდეგ 30%-ში, მშობიარობიდან მნიშვნელოვნად გვიან (არაკუმულაციური მაჩვენებლები) — 11%, გამოკითხულთა 18%-ში ორგაზში გაჩნდა პარტნიორის გამოცვლისას. ამ მონაცემების თანახმად, იმ ქალთაგან, რომელთაც ორგაზში არ განუცდიათ სქესობრივი ცხოვრების დასაწყისში, 32%-მა ვერ შეძლო პირველი ორგაზის განცდა დაეკავშირებინა რაიმე გარემოებასთან, მაგალითად, როგორცაა სქესობრივი აქტისათვის უფრო ხანგრძლივი მომზადება, უფრო მეტი ნდობის გაჩენა პარტნიორისადმი ან საყოფაცხოვრებო პირობების გაუმჯობესება. ისინი იძლეოდნენ პასუხებს „უკვე გავიგე“... „მშობიარობის შემდეგ გავხდი ქალი“...

ტ. 28 წლის, გათხოვდა 18 წლის ასაკში, გაჰყვა ოთხი წლით მასზე უფროს ვაჟს. მეუღლე მოსწონდა. მანამდე არაფერი ყვარებია, თუმცა ალერსი სიამოვნებდა. სქესობრივი ცხოვრება დაიწყო ქორწინებიდან მე-3 დღეს. დეფლორაცია ნაკლებმტკივნეული იყო უმნიშვნელო სისხლდენით. მას მშვიდად შეხვდა. პირველი სამნახევარი წლის განმავლობაში სქესობრივი სიახლოვის დროს გულგრილი იყო. ქმარი ხანგრძლივად ატარებდა სქესობრივ აქტს, დასაწყისში ატარებდა ფსიქოეროტიკულ მომზადებას. მაგრამ სხეულზე, სარძეო ჯირკვლებზე, სასქესო ორგანოებზე ალერსი იწვევდა მხოლოდ ორგანოების პიპერემიას და მათ დასველებას, ეროტიკულ შეგრძნებებს კი არა. სქესობრივი აქტის დროს, მისი ხანგრძლივობის მიუხედავად, გულგრილი რჩებოდა. გათხოვებიდან მესამე წელს შეეძინა გოგონა. მშობიარობის შემდეგ სქესობრივი აქტის დროს 3-4-ჯერ შეიგრძნო მსუბუქი სექსუალური აგზნება. „ერთხელ, — გვიყვება იგი, — ყველაფერი ძველებურად იყო და ერთბაშად თითქოს უცებ შთაგინთქე, დავიკარგე. მას შემდეგ ხშირად განვიცდი ორგაზს სქესობრივი სიახლოვის დროს“.

ავადმყოფი საშუალო ტანისაა, სწორი აგებულების, მეორადი სასქესო ნიშნები კარგად აქვს განვითარებული. მეხსტრუაცია აქვს 13 წლიდან, გრძელდება 3-4 დღე, უმტკივნეულოა.

მოცემულ შემთხვევაში სქესობრივი გრძნობის რეტარაცია მოიხსნა მშობიარობის შემდეგ.

3. შტოურცის მიხედვით (1962), 20 წლამდე გათხოვილებში ანორგაზმია 2-ჯერ უფრო ხშირად გვხვდება, ვიდრე დაახლოებით 30 წლის ასაკის გათხოვილებში. ამრიგად, როგორც ჩანს, რიგ ქალებს აღენიშნებათ დროებითი ანორგაზმია, რაც სქესობრივი გრძნობის განვითარების ერთგვარი დაგვიანების შედეგია. უნდა აღინიშნოს, რომ ანორგაზმიის ასეთი ფორმა სრულიად არაა აუცილებელი გააჩნდეს ინფანტილურ ქალებს. ის შეიძლება აღენიშნოს მშვენიერ ქალს, რომელსაც ძალიან კარგად აქვს განვითარებული მეორადი სასქესო ნიშნები. ანორგაზმიის წარმოქმნაში დიდ როლს ასრულებს ტემპერამენტის ინდივიდუალური თავისებურებები. აღზრდაში ზედმეტმა სიმკაცრემ, მორცხვობამ, რაც ქალიშვილის სექსუალურობის მკვეთრ დათრგუნვას იწვევს, შესაძლოა რამდენადმე დაამუხრუქოს სქესობრივი გრძნობის განვითარება, განსაკუთრებით გათხოვების პირველ ხანებში.

მრავალი ქალი, რომელსაც ამ ტიპის რეტარდაციული ანორგაზმია აქვს, ყვება, რომ მათ გათხოვებამდე თითქმის არ გააჩნდათ სქესობრივი ლტოლვა, გათხოვებიდან პირველ წლებში ისინი სქესობრივად ცივ ქალებად რჩებოდნენ, მაგრამ შემდგომ მუდღესთან ერთ-ერთი სქესობრივი აქტის დროს მათთვის მოულოდნელად განიცადეს ორგაზმი, რის შემდეგაც მას ხშირად განიცდიან. ძალიან დამახასიათებელია ქვემოთოყვანილი, თუმცა არა მთლად ჩვეულებრივი შემთხვევა.

მ. 30 წლის მოგვყვა, რომ გათხოვდა 19 წლის მასზე სამი წლათ უფროს ეაზე. მასთან ცხოვრობდა 3 წელი. ქმარს ნორმალური სქესობრივი უნარი გააჩნდა. გათხოვებამდე არავინ არ ყვარებია, არასოდეს არ ჰქონია სქესობრივი სიახლოვის, ეროტიკული სიზმრების ან სქესობრივი აგზნების რაიმე სურვილი. თავის მომავალ ქმარზეც არ იყო შეყვარებული, თუქვა მისდამი დადებითად იყო განწყობილი, გათხოვდა მშობლების რჩევით.

გათხოვებიდან 21/2 წლის მანძილზე ფრიგიდული იყო. სქესობრივი აქტის დაწყებამდე ვითარდებოდა გარე სასქესო ორგანოების ჰიპერემია, ჯირკვლებისაგან გამოიყოფოდა სეკრეტი, რაც ისევე ჰქონდა საშოს შესავალს, მაგრამ კოიტუსის მიმდინარეობისას გულგრილი რჩებოდა და სქესობრივ აგზნებას არ განიცდიდა. სქესობრივი აქტის ხანგრძლივობა 3 წუთს აღწევდა. 20 წლის ასაკში ცხოვრებაში პირველად შეუყვარდა თანამშრომელი ნ., რომელსაც მანამდე იშვიათად ხვდებოდა სამსახურში. მისდამი ბოზოქარმა ვნებამ თავი იჩინა მოულოდნელად, როცა მასთან ერთად მავადსთან ასრულებდა დავალებას. საკუთარი გრძნობები არაეის-

თვის გაუმგელია. სახლში მასზე უბრალოდ გაფიქრებაზეც კი სასეზე აღ-
მური ედებოდა, გულისცემა უჩქარდებოდა. ქმრის დანახვა არ უნდოდა.
ერთხელ ქმართან სქესობრივი სიახლოვის დროს წარმოიდგინა, რომ მას
ნ. ხევეს მკლავებს და პირველად განიცადა სქესობრივი კმაყოფილება.
ამის შემდეგ ორგანოს განიცდიდა ქმართან ყოველი სქესობრივი აქტის
დაწყებიდან დაახლოებით 2 წუთის შემდეგ (სოფგერ ღამეში 2-ჯერ).
ნ-სთან ასეთი ურთიერთობაში არ ყოფილა. ქმარი შეუწყარდა.

ბ. კარგი აგებულებისაა. ბოქვეხზე თმინობა ქალის ტიპისაა. თუკები
ვიწრო აქვს, მხრები შედარებით განოერი. მენსტრუაცია დაეწყო 17 წლის
ასაკში სამ-სამა დღე მცირე რაოდენობით. კქონდა ერთი ორსულობა, რაც
ნორმალური მშობიარობით დამთავრდა. ვარაუდობს, რომ იმ დღეს დაო-
რსულდა, როცა პირველად გაიცადა ორგანში. გულისა ხასიათისაა, დე-
ლომბრივი გრძნობა: ძლიერად აქვს განვითარებული.

მოყვანილი შექმოსტეკვაში აღინიშნებოდა სქესობრივი განვი-
თარების რეტარდაცია, რაზედაც მიუთითებს მენსტრუაციის
გვიან დაწყება და სქესობრივი ლტოლვის არარსებობა 22
წლის ასაკამდე. ამ რეტარდაციის თვითგაქრობა აღინიშნა სიყ-
ვარულის გონიობის გაჩენით და ფრიგიდულობის გაქრობით.
თავისებურებას წარმოადგენს ის, რომ ქმართან სქესობრივი
სიახლოვის დროს სხვა (საყვარელი) ადამიანის წარმოდგენამ,
როგორც ჩანს, გააძლიერა სქესობრივი აგსხებადობა და ხელი
შეუწყო ორგანში წარმოქმნას.

ა. კინსეი აღნიშნავს გარკვეულ კორელაციას გათხოვებამ-
დე მასტურბაციასა და ფრიგიდულობას შორის. ქალთაგან,
რომლებიც მასტურბაციას არ ეწეოდნენ, გათხოვებიდან პირ-
ველ წელს ორგანში არ განუცდია 35%, ხოლო, რომლებიც
ეწეოდნენ — 15%. პირველთაგან გათხოვებიდან პირველ
წელს სქესობრივი აქტის დროს დაქმყოფილებას ყოველ-
თვის ან თითქმის ყოველთვის განიცდიდა დაახლოებით 35%,
მეორეთაგან — 45%.

რეტარდაციული ანორგანშიის დროს სქესობრივი ლტოლვა
არ არსებობს ან სუსტადაა გამოხატული. ეროტიკული სიზმ-
რები და ექსტრაკოიტუსური ორგანში არ აღინიშნება. ეროგე-
ნული ზონები არეაქტიული ან ნაკლებაქტიურია. სქესობრივი
აქტი განურჩეველი ან ოდნავ სასიამოვნოა, ფრუსტრაციას არ
იწვევს. რეტარდაციის გაქრობის მიხედვით იღვიძებს სქესობ-
რივი სწრაფვა, ჩნდება სექსუალური ინტერესები, ეროტიკუ-
ლი სიზმრები, მაღლდება ეროგენული ზონების რეაქტიულობა.
რეტარდაციული ანორგანშია ყოველთვის პირველადია.

უნდა ითქვას, რომ ზოგჯერ ორგანიზმის არარსებობა ქალებში გათხოვებიდან პირველ თვეებში სქესობრივი განვითარების შეფერხებით კი არ არის გაპირობებული, არამედ დისგამიით, კერძოდ, ცოლ-ქმრის არასაკმაო შეწყობით.

სიმპტომატური ანორგაზმია წარმოადგენს ამა თუ იმ ძირითადი დაავადების გამოვლინებას, როგორცაა მაგალითად, თავის ან ზურგის ტვინის ორგანული დაავადება, ტყვიით, ნარკოტიკებით ქრონიკული მოწამვლა, ენდოკრინული დარღვევები, სასქესო აპარატის ჰიპოპლაზია, კოიტუსის დროს ძლიერი ტკივილი retroflexio uteri-ს ან გინეკოლოგიური დაავადებების გამო. სქესობრივი ლტოლვის ან ორგანიზმული შეგრძნებების დროებითი დაკარგვა შეიძლება გამოიწვიოს ავიტამინოზმა, ინფექციის შემდგომმა ასთენიამ, ძლიერმა გადაღლამ, გამოუძინებლობამ, მაგალითად, ჩვილი ბავშვის მოვლის დროს და ა. შ.

როგორც აღვნიშნეთ, არც ისე იშვიათია, რომ ქალები პირველად განიცდიან ორგანიზმის მშობიარობის შემდეგ. მაგრამ ზოგჯერ პირიქითაა, მშობიარობამდე სქესობრივი ცხოვრება პარმონიული იყო, მშობიარობის შემდეგ კი ორგანიზმი გაქრა და ქმარი ზოგჯერ უფრო სუსტად შეიგრძნობს ცოლს აქტის დროს. ამის მიზეზი ხშირად არის მენჯის ფსკერის კუნთებისა და შორისის, ასევე საშოს ლორწოვანი გარსის სამშობიარო ტრავმა, მისი დილატაცია, ნერვული დაბოლოების ტრავმირება.

ჩვენ ვუკვირდებოდით ავადმყოფებს, რომელთაც პერიოდული ანორგაზმია აღვნიშნებოდით და ეს მდგომარეობა ერთი წელიწადი გრძელდებოდა; 6 წლის შემდეგ გაუმეორდა, მეორე ავადმყოფს კი ორჯერ გაუმეორდა ფაზობრივად 4 და 6 თვის ხანგრძლივობით წელიწადნახევრის „ნათელი“ შუალედებით. ავადმყოფებს დასაწყისში უქრებოდით სქესობრივი ლტოლვა და სიახლოვე სრულიად განურჩეველი ხდებოდა, ქრებოდა კლიტორის მგრძობელობა. შემდეგ ერთ-ერთი მათგანი ორგანიზმს სრულიად აღარ განიცდიდა, მეორე კი განიცდიდა მოულოდნელად, უცებ სქესობრივი აქტის დროს, ძალიან სუსტი სექსუალური აგზნების ფონზე (პლატო-ფაზის რედუქცია) და ძალიან ფერმკრთალი იყო. ამ ავადმყოფების პერიოდული ანორგაზმია იყო ფარული ენდოგენური (ციკლოთიმიური).

დეპრესიის გამოვლინება და წარმოადგენდა მის ერთადერთ, მკვეთრად გამოხატულ სიმპტომს (ძირითად ჩივილს). ანტიდეპრესანტებმა გააუმჯობესეს მდგომარეობა: ლითიუმი ავადმყოფებს დაუნიშნეს რეციდივების პროფილაქტიკის მიზნით (ზოგჯერ ენდოგენური დეპრესიის დროს, როგორც შერეული მდგომარეობის ელემენტი, სქესობრივი ლტოლვა ძლიერდება).

3. შტოურცის (1962), ზ. ვ. როჟანოვსკაიას (1977) მონაცემებით, არ არსებობს სტატისტიკურად სარწმუნო კავშირი ანორგანზმისა და საკვერცხეების ფუნქციის უკმარისობას შორის. მაგალითად, ზ. ვ. როჟანოვსკაიას მიხედვით, 374 ავადმყოფიდან, რომელმაც მოგვმართა ლიბიდოს დაქვეითების ან მისი სრული გაქრობის და ანორგანზმიის გამო, ესტროგენების ნორმალური დონე აღენიშნებოდა 53,5%, ესტროგენული უკმარისობა — 11,6%, ჰიპერესტროგენია — 39,9%. ამ ქალებში მამაკაცის სასქესო ჰორმონების არსებობის შესახებ მონაცემები ჩვენ არ შეგვხვედრია, თუმცა ეს ჰორმონები დიდ ზეგავლენას ახდენს ქალის სქესობრივ ლტოლვაზე.

სასქესო ორგანოებში ხანგრძლივმა შეგუებებითმა მოვლენებმა ასევე შეიძლება გამოიწვიოს ორგანზმული შეგრძნებების შესუსტება, ანორგანზია და ზოგჯერ ლიბიდოს დაქვეითება.

გინეკოლოგიური დაავადებების გამო გამოწვეული სიმპტომატური ანორგანზმიის დროს ლიბიდო, ეროტიკული სიზმრები, ექსტრაკოიტუსური ორგანზმი და ეროგენული ზონების მგრძნობელობა ასევე შეიძლება იყოს შენარჩუნებული. დიენცეფალური ენდოკრინული და ინტოქსიკაციური დარღვევებისას უფრო ხშირად ისინი არ არსებობს.

სიმპტომატური ანორგანზია შეიძლება იყოს როგორც პირველადი, ასევე მეორადი.

ფსიქოგენური ანორგანზია ვითარდება ფსიქიკური ფაქტორებით სექსუალური ფუნქციების შეკავების შედეგად. ის შეიძლება მთელი რიგი მიზეზებით იყოს გაპირობებული. მაგალითად, იდეალთან ქმრის შეუსაბამისობით, მისდამი მტრული გრძნობით (უსიყვარულო ქორწინება), ოჯახური დამოკიდებულების სიმტკიცეში დაურწმუნებლობით. უნდა აღინიშნოს, რომ ხშირად ეს იწვევს სქესობრივი გრძნობის მხოლოდ დრო-

ებით შეკავებას და შემდეგში ქმრის კარგი პოტენციის შემთხვევაში, შეიძლება გაჩნდეს სქესობრივი მიზიდულობა. ზოგჯერ პირიქითაა; როგორც აღვნიშნავდით, ქორწინებამდე ძლიერი სიყვარული შეიძლება შეცვალოს იმედგაცრუებამ, თუ ქმრის პოტენციური უკმარისობის ან ქალის დისგამიის შედეგად სქესობრივი დაკმაყოფილება არ ხდება. სქესობრივი დაკმაყოფილების გრძნობა შეიძლება შეაკავოს სხვისადმი ძლიერმა სიყვარულმა ან როგორც უკვე აღვნიშნეთ, აღზრდაში ზედმეტმა სიმკაცრემ, რაც სექსუალურობის დათრგუნვას იწვევს.

ძლიერი ფსიქომატრაემირებელი განცდები, განსაკუთრებით სექსუალური ცხოვრების მხრივ, ასევე შეიძლება გახდეს ხანგრძლივი სქესობრივი შეკავების მიზეზი, რასაც, ამასთან ერთად, არჩევითი ხასიათი შეიძლება ჰქონდეს, ე. ი. იყოს გარკვეული პირისადმი მიმართული და არ ვრცელდებოდეს სხვა პირებზე.

25 წლის ქალიშვილი 3 წლის წინ ფიზკულტურის ინსტიტუტის დამთავრების შემდეგ გაგზავნეს მასწავლებლად პატარა ქალაქში. აქვე საჩუშაოდ ჩამოვიდა მისი თანაკურსელი, რომელსაც ის იცნობდა როგორც კარგ სპორტსმენს, მაგრამ მუდამ, მეტ-ნაკლებად. უკუყო აღამიანად თვლიდა. მალე დათანხმდა, ცოლად გაჰყოლოდა. ქორწინების პირველ დამეს ქმარი ნასევამ იყო და დაიწყო ტრახანხი თავისი სასიყვარულო თავგადასავლებით და დაწვრილებით აღწერდა საკუთარ წარმატებებს ქალებთან. ამან ისეთი ზიზღი გამოიწვია ქალში, რომ ქმრის კარგი სქესობრივი უნარის მიუხედავად სქესობრივ კმაყოფილებას მასთან არასოდეს არ გრძნობდა. სხვა შამაკაცებთან სქესობრივ სიახლოვის დროს, უფრო ნაკლებპოტენციურებთანაც კი, ორგანზმს განიცდიდა. ავადმყოფი კლინიკაში შემოვიდა ნევრასთენიის მოვლენებით, რაც გამოწვეული იყო არაკეთილსამართლო ოჯახური დამოკიდებულებით.

მყარი ანორგანზმია შეიძლება გამოიწვიოს ისეთმა შემთხვევებმაც, როცა ქალი ნებისყოფის ძალით ცდილობს შეაკავოს ორგანზმის წარმოქმნა.

ჩვენ მოგვმართა ი.-მ 25 წლისამ, ჩივილებით, რომ 6 წელია გათხოვილია და ორგანზმი არ განუცდია. ქმართან სქესობრივი სიახლოვით იტანჯება. გათხოვებიდან ორი კვირის შემდეგ სქესობრივი აქტის დროს განიცადა ძლიერი ორგანზმი, რომელსაც თან ახლდა კენესა და სხეულის კრუნჩხვითი მოძრაობები. ქმარი ვერ გაერკვა მის მდგომარეობაში, შეწყვიტა აქტი და წამოიძახა: „რა მოგივიდა, შენ რა არანორმალური ხარ?!“ მას შერცხვა და სქესობრივი სიახლოვის დროს მომდევნო 3-4 დღე ძლიერი

ნეპრული დაძაბულობის ხარჯზე თრგუნავდა ორგანიზმის განცდას. ამის შემდეგ კი ის აღარ წარმოქმნილა.

შეორე შემთხვევაში მყარი ფსიქოგენური ანორგანიზმია განვითარდა უშუალოდ მას შემდეგ, როცა ახალგაზრდა ქალმა მშაფრად დათრგუნა ორგანიზმის წარმოქმნა ოთახში. შემოსვლის 'ი'მ'ზე. სავალდებულო არაა შიშმა დამთრგუნველად იმოქმედოს ორგანიზმის წარმოქმნაზე. მაგალითად, ერთ ჩვენს 28 წლის ავადმყოფს ორგანიზმი პირველად განუვითარდა, როცა სქესობრივი აქტის დროს მოულოდნელად გაუღდეს ოთახის კარები. ამ დროიდან მოყოლებული ის ვითარდებოდა მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როცა ოთახში შემოსვლის რეალური საშიშროება იქმნებოდა.

სქესობრივი ლტოლვის ხანგრძლივი შეკავება შეიძლება გამოიწვიოს ფსიქომატრავმირებელმა განცდებმა, თუნდაც არ იყოს დაკავშირებული, შიშთან, მაგრამ იწვევდეს ძლიერ სტრესს.

მ. ინჯენერი, 34 წლის. 26 წლის ისაქში გათხოვებამდე 3 თვის მანძილზე სქესობრივ ურთიერთობაში სყო მის მომავალ ქმართან. ორგანიზმს განიცდიდა. ქორწინების შემდეგ ცოლ-ქმარი გაემგზავრა ქმრის სამუშაო ადგილზე, სადაც მოულოდნელად მათთან სახლში მოვიდა ქალი და მის ქმარს აუტყნა სკანდალი, რომლის დროსაც ტირილა და ეუბნებოდა, რომ უყვარს და მის გარეშე სიცოცხლე არ შეუძლია. ყველაფერი ეს ხდებოდა ცოლის თანდასწრებით, რამაც თავზარი დასცა ავადმყოფს. მ-მ უთხრა ქმარს: „ეს შენ ჩემამდე არ უნდა მოგეყვანა“. ამ მომენტიდან სქესობრივი ლტოლვა გაუქრა და სქესობრივი სიახლოვის დროს ორგანიზმს აღარ განიცდიდა. ანორგანიზმია 8 წელი გრძელდებოდა. ქმართან კარგ დამოკიდებულებაში რჩებოდა. ქმარი ყველაფერს აკეთებდა, რათა ცოლისთვის სქესობრივი სიახლოვება მიენიჭებინა, მაგრამ ამაოდ. მისი სასქესო ორგანოები უგრძობი გახდა. პენსტრუაცია ნორმალური. მ. შშენიერი ქალია, მომზიბვლელი, თაყმთყვარე, წყენია, შთაბეჭდილებიანი. ავადმყოფს ჩუტარდა ფსიქოთერაპიული საუბარი. მიზითებელია, რომ იგი ნორმალური, ჯანმრთელი ქალია და მისი სექსუალური სფერო დამუხრუჭებული აღმოჩნდა ფსიქიკური შეწყვეტის გამო, რომ მისი სექსუალურობა შეიძლება გასთავისუფლდეს მუსტრექებისაგან, „ჩაირთოს“. გინეკოლოგიური გაოცვლევისას ჩუტარდა ინტენსიური რიტუული ზეწოლა სამოს წინა კედლის S ზონაზე, რამაც გამოკვეთილი ეროტიკული რეაქცია გამოიწვია. ამის შემდეგ გაჩნდა კლიტორის მცირე ეროტიკული მგრძობელობაც. ავადმყოფი გაოცვლელი იყო იმით, რომ 8 წლის მანძილზე პირველად გამოაწვიეს მასში ეროტიკული რეაქცია. ამჟებ სადამოს ეროტიკული რეაქცია გაჩნდა ქმართან სქესობრივი სიახლოვის დროს, მომდევნო ღამეს კი ამასთან ერთად ორგანიზმი განიცადა, სქესობრივი ლტოლვა აღდგა.

მოცემულ შემთხვევაში ახალგაზრდა ქალში ძლიერმა ფსიქიკურმა ტრავმამ გამოიწვია ძლიერი სტრესი. განვითარდა სქესობრივი ლტოლვის შეკავება და ანორგაზმია, რომელიც მწლის მანძილზე არსებობდა. ის ერთ პომენტში მოიხსნა სუგესტური ზემოქმედებით და ავადმყოფისათვის იმის დემონსტრირებით, რომ პოტენციურად შენახულია და ეროტიკულად რეაქტიული. შესაძლებელია, პირველდაწყებითი შეკავება დაკავშირებული იყო არ მარტო ფსიქომატრავმირებელ განცდებთან, არამედ სტრესული სიტუაციით გამოწვეულ ენდოკრინულ-ვეგეტატორულ ძვრებთან.

ფსიქომატრავმირებელმა განცდებმა, რომელმაც მამაკაცისადმი უარყოფითი რეაქცია გამოიწვია, შეიძლება იქამდე მიგვიყვანოს, რომ მისგან მომდინარე ზემოქმედებამ არ გამოიწვიოს ეროტიკული რეაქცია მაშინ, როცა სხვა პირების ზემოქმედებაზე შენარჩუნებული იქნება, ე. ი. ჩნდება არჩევითი ანორგაზმია.

სქესობრივი გრძნობის დროებითი ფსიქიკური შეკავება შეიძლება გამოიწვიოს პირველ საქორწინო ღამეს დეფლორაციის დროს უხეშობამ, ძალიან მორცხვი ქალიშვილის ძალად გაშიშვლებამ, ორსულობის ან დასნებოვნების შიშმა, შიშმა, რომ სხვები დაესწრებიან აქტს (ერთ ოთახში ყოფნა ბავშვებთან და მშობლებთან), პარტნიორისადმი უნდობლობამ. შემაკავებელი გავლენა შეიძლება მოახდინოს პარტნიორის უჩვეულო, მოულოდნელმა ქცევამ, მაგალითად, ქალმა, რომელიც მიჩვეულია სქესობრივი სიახლოვის გარკვეულ რიტუალს, შეიძლება განიცადოს შეკავება, თუ ახალი პარტნიორი ისე არ მოექცევა, როგორც თვითონ მოელის. უნდა აღინიშნოს, რომ საერთოდ ქალში სქესობრივი აგზნება, მამაკაცისაგან განსხვავებით, უფრო ადვილად ექვემდებარება გარე შეკავებას. ამა თუ იმ მოვალეობის გახსენება, ასევე სხვადასხვაგვარი გარე შეფერხებები — მუსიკა, ტელეფონის ზარი, საწოლის ქრიალი — ხშირად ხელს უშლის ქალში ორგაზმის განცდას. მამაკაცში ამან შეიძლება გამოიწვიოს ერექციის დათრგუნვა.

საინტერესოა აღინიშნოს, რომ ცხოველურ სამყაროში სქესობრივი აქტის დროს უფრო ადვილია დედალი ცხოველების ყურადღების გადატანა სხვა რამეზე, ვიდრე მამლისა. მაგალითად, ა. კინსეის მიხედვით, დედალი კატა შეწყვეტს სქესობრივ აქტს და გაეკიდება თავს, მაშალი კი ყურადღებას არ მიაქცევს.

ფსიქოგენური ანორგაზმიის განსაკუთრებულ ფორმას წარმოადგენს დაცვითი ფრიგიდულობა (ა. მ. სვიალოში. 1974), ის იცავს ქალს სქესობრივი აგზნებისაგან, რომელსაც სქესობრივი დაკმაყოფილება არ მოსდევს. მაგალითად, ქმრის ნაადრევი ეაკულაციისას, რომელიც ცოლში ფრუსტრაციას იწვევს, სქესობრივი სიახლოვის მთელი გარემო ქალისთვის შეიძლება სქესობრივი ფუნქციის დამამუხრუჭებელ გამღიზიანებლად იქცეს, სქესობრივი აგზნება არ მოხდეს, სქესობრივი სიახლოვის ცდისას სასქესო ორგანოები მშრალი რჩება. თანდათან ვითარდება ესა თუ ის ნევროზული მდგომარეობა.

ავადმყოფი რ. 23 წლის. მოგვართა ნევროზული ხასიათის ჩივილებით, გათხოვდა სიყვარულით 2 წლის წინათ. გათხოვებამდე ერთხელ ჰქონდა ეროტიკული სიზმარი ორგაზმის განცლით. გათხოვების პირველ ხანებში გრძნობდა მცირე სქესობრივ აგზნებას ქმართან სიახლოვის დროს. სასქესო ორგანოები უსველდებოდა. სქესობრივ დაკმაყოფილებას არ გრძნობდა, როგორც ჩანს, ქმრის ნაადრევი ეაკულაციისა და სექსუალური გამოუცდელობის გამო. ქმარი უყვარს სულიერი თვისებებით, აფასებს მას როგორც შეილის მამას, მაგრამ მის, როგორც მამაკაცის მიმართ გულგრილი გახდა. სქესობრივი სიახლოვისათვის მზადება და თვით სქესობრივი აქტი სექსუალურ აგზნებას არ იწვევს. სქესობრივ სფეროში თავს ციკქალად თვლის. ბოლო ხანებში გაღიზიანებულია და ემოციურად ლაბილური.

ავადმყოფს რბილი, დელიკატური ფორმით საუბრისას ეაგრძნობინეთ, რომ მისი ფრიგიდულობა დაცვით რეაქციას წარმოადგენს სქესობრივ დაუკმაყოფილებლობაზე და ეს არის მისი წერტილი მდგომარეობის მთავარი მიზეზი. ვურჩიეთ ქმრისათვის საშუალება მიეცა სქესობრივ სიახლოვემდე უფრო აქტიურად ჩაეტარებინა წინასწარი მომზადება. მოვაწვიეთ ავადმყოფის მეუღლე, რომელიც სიამოვნებით დათანხმდა გაეკეთებინა ყველაფერი, რაც მასზე იყო დამოკიდებული, რათა ცოლისთვის მიენიჭებინა სქესობრივი კმაყოფილება.

ერთი თვის შემდეგ ავადმყოფმა მოყვა, რომ ქმარმა პირველად გამოიწვია მასში ორგაზმი გენიტაციის სფეროში წინასწარი სტიმულაციით, რომ ახლა ისინი სქესობრივ აქტს იწყებენ ინტენსიური მომზადების შემდეგ; აღნიშნავს, რომ მას ძლიერი სქესობრივი ლტოლვა გაუჩნდა ქმრის მიმართ და რომ მას აუმაღლდა სქესობრივი უნარი. ნევრასთენიული მოცლენები გაუქრა.

მოცემულ შემთხვევაში ახალგაზრდა ქალის ფრიგიდულობა წარმოადგენდა დაცვით რეაქციას ქმართან სქესობრივი დაკმაყოფილების მიღების შეუძლებლობაზე. სქესობრივი სიახლოვის ტექნიკის შეცვლამ მოხსნა ავადმყოფური მდგომარეობა. სქესობრივმა დისპარმონიამ მასში გამოიწვია ნევრასთენი-

ის მოვლენები, რომელიც გაქრა დისჰარმონიის მოხსნასთან ერთად.

ფსიქოგენური ანორგაზმიის ერთ-ერთ ხშირ ფორმას წარმოადგენს მოლოდინის ნევროზი. ხშირად ეს უვითარდებათ მოუსვენარ და ექვიან ქალებს, ასევე ქალებს, რომლებიც ქორწინებამდე ელოდებიან სქესობრივი სიახლოვისაგან რაღაც უჩვეულოს. აქტის დროს ისინი დაძაბულნი არიან, აკვირდებიან ყველაფერს, რაც კი ხდება, არ შეუძლიათ მოდუნება, გამოთიშვა. დაძაბულობა და შეშფოთებული მოლოდინი ხელს უშლის ორგაზმის განცდას.

ზოგიერთ ქალში ორგაზმის მოახლოება, განსაკუთრებით ბირველად განცდისას, იწვევს შიშს, რაც შეძრწუნებაში გადადის და იძულებული არიან შეწყვიტონ სქესობრივი აქტი. ამან საფუძველი მოგვცა ფსიქოგენური ანორგაზმიის ერთ-ერთ ფორმად გამოგვეყო ფობიური ანორგაზმია.

ერთსა და იმავე ავადმყოფს ცხოვრების სხვადასხვა პერიოდში შეიძლება ჰქონდეს სხვადასხვა ფორმის ანორგაზმია, მაგალითად, რეტარდაციული ან სიმპტომატური ანორგაზმია შეიძლება შეიცვალოს ფსიქოგენურით, რაც დაკავშირებულია მოლოდინის ნევროზის განვითარებასთან.

ფსიქოგენური ანორგაზმიის დროს უფრო ხშირად ლიბიდო, ეროტიკული სიზმრები და ექსტრაკოიტუსური ორგაზმი შენარჩუნებულია. უმრავლეს შემთხვევაში ეროგენული ზონები რეაქტიულია. ანორგაზმიას არჩევითი, გენერალიზებული ხასიათი აქვს.

კონსტიტუციური ანორგაზმია (ფრიგიდულობა). ამ ფორმისათვის დამახასიათებელია კონსტიტუციური სიცივე, ანუ ფრიგიდულობა (ლათინური სიტყვისაგან — *frigiditas* — სიცივე), სქესობრივი ლტოლვისა და ორგაზმის არსებობა. როგორც ჩანს, ამას საფუძვლად უდევს ფსიქოსექსუალური ფუნქციის თანდაყოლილი უკმარისობა. ისე როგორც გვხვდებიან ადამიანები, რომლებსაც დაბადებიდანვე არა აქვთ მუსიკალური სმენა, ასევე ალბათ, არიან ქალები, რომელთათვისაც ფრიგიდულობა თანდაყოლილი მდგომარეობაა. ეს ქალები შეიძლება ყველანაირად ჯანმრთელნი იყვნენ, სასქესო ჯირკვლების ნორმალური მოქმედებით და კარგად განვითარებული სასქესო ნიშნებით, დედობის უნარის შენარჩუნებით. მათ

არ აწუხებთ ფრიგიდულობა და თუ ამ მიზეზის გამო აკითხავენ ექიმს, მხოლოდ იმიტომ, რომ უნდათ განიცადონ სქესობრივი კმაყოფილება, რომელსაც სხვები განიცდიან ან ქმრის საყვედურების გამო. გვხვდებიან სრულიად ასექსუალური პირები, რომლებსაც არასდროს არ ჰქონიათ სქესობრივი ლტოლვა მამაკაცისადმი, არასოდეს არავინ ყვარებიათ, არასოდეს არავითარი სიამოვნება არ მიუღიათ ალერსით, კოცნით ან სქესობრივი სიახლოვით. არიან გულღია ქალები, კოკეტჟური, ქალური, უყვართ მამაკაცის საზოგადოება, ცეკვა, არშიყი, თაყვანისცემა, მაგრამ არასოდეს არ განუცდიათ ორგაზმი სქესობრივი ცხოვრების დროს, თუმცა ეს მათ უსიამოვნებას არ გვრით. მათ შორის ჩვეულებრივ არ გვხვდებიან ქალები, რომლებიც მასტურბაციას ეწევიან. მათ ამის მოთხოვნილება არა აქვთ. სასქესო ორგანოების სტიმულაცია, როგორ ხანგრძლივად და ინტენსიურადაც არ უნდა ჩატარდეს, არ იწვევს მათში ორგაზმის წარმოქმნას და ეს შეიძლება იყოს ერთ-ერთი დიაგნოსტიკური კრიტერიუმი.

გ. ს. ვასილჩენკოსა და ი. ლ. ბოტნევას (1983) მიხედვით, ზოგიერთ ფრიგიდულ ქალში ვლინდება ნიშნები, რაც დამახასიათებელია სუსტი სქესობრივი კონსტიტუციისათვის, მაგალითად, მენარქე 15 წლის შემდეგ, ბოქვენზე სუსტი თმიანობა, რაც მათში ნეიროენდოკრინული დარღვევების ალბათობაზე მიუთითებს. ზოგჯერ ფრიგიდულობას საფუძვლად უდევს ფარული, გაუცნობიერებელი ჰომოსექსუალური საწყისი.

ჩვენი გამოკვლევების შედეგები საფუძველს არ გვაძლევს ვიფიქროთ ფრიგიდულ ქალებში „ორალურ“, ანუ ფალოსურ რეგრესიაზე, როგორც ამას ფსიქოანალიტიკოსები ვარაუდობენ. სქესობრივი ლტოლვის განვითარების შეკავება მათ უმეღვენდებათ მხოლოდ ეროტიკული ლიბიდოს სტადიაზე.

ი. 19 წლის ასაკში სიყვარულით ცოლად გაჰყვა მის თანაკურსელს, რომელიც ოთხი წლით უფროსი იყო მასზე. ქმარი ფიზიკურად ძლიერა ახალგაზრდაა, სპორტსმენი. ი.-ს გაცნობამდე რამდენიმე შემთხვევითი კავშირი ჰქონდა. როგორც მამაკაცი მაღალი პოტენციით გამოირჩეოდა და დიდი წარმატებებით სარგებლობდა ქალებში. ცოლს ფიზიკურად მოსწონდა, უყვარდა კიდევ, მაგრამ სქესობრივი სიახლოვის დროს ყოველთვის გულგრილი იყო. ორგაზმი არასოდეს არ განუცდია. ქმარი ყოველთვის აკრავდა ექვეოდა, იცოდა, რომ ის ფრიგიდული იყო, მაგრამ ამაში თავს დამნაშავედ არ მიიჩნევდა, ხუმრობით ეუბნებოდა ცოლს, რომ ის არ

არის მომხილვენი ქალი და მსუბუქი ხასიათი აქვს. ცოლ-ქმარს აკავშირებდა შეხედულებათა და გაგებათა ერთიანობა. ქალი თავს ძალიან ბედნიერად თვლიდა. ი. ს. ჰყავს ორი შვილი, ჰქონდა 5 აბორტი. ყოველთვის ძალიან ადვილად ორსულდებოდა. 12 წლის ერთად ცხოვრების შედეგ ქმარი დაელუჯა უბედური შემთხვევით. ჰეტად აღარ გათხოვილა. ჰქონდა მეტ-ნაკლები ხანგრძლივობის ქორწინებისგარეშე კავშირები. სქესობრივი სიახლოვის დროს სრულიად გულგრილი რჩებოდა. ფრიგიდულობა სრულიად არ აწუხებდა. ბოლო წლებში ამას არ ამხელდა, მიმართავდა ორგაზმის სინულაციას. ფიზიკურად ი. მშვენიერი ქალია, ხალისიანი, გულლია, მხიარული, ენერგიული, მზრუნველი დედა, უყვარს მამაკაცთა ყურადღების ცენტრში ყოფნა.

როცა ფრიგიდულ ქალებზე ვსაუბრობთ, მოვიგონოთ ქალები, რომელთაც ძალიან სუსტი სქესობრივი ლტოლვა აღენიშნებათ. მათ თვეობით არა აქვთ სქესობრივი სიახლოვის მოთხოვნილება. ისინი მხოლოდ რამდენჯერმე განიცდიან ორგაზმს წლის მანძილზე, ზოგჯერ კი მთელი ცხოვრების განმავლობაში. სექსუალური მხარე ამ ქალების ცხოვრებაში უმნიშვნელო როლს ასრულებს, ამასთან, ნევროზის წყაროს არ წარმოადგენს. როგორც ჩანს, ქალების არანაკლებ 20% ფრიგიდულები ან ნაკლებტემპერამენტეიანები არიან.

ფრიგიდულობის დროს ლიბიდო არ არის ან ძალიან სუსტად არის გამოხატული. ეროტიკული სიზმრები და ექსტრაკოიტუსური ორგაზმი არ წარმოიქმნება, გენიტალური სფეროს ეროგენული ზონები უგრძნობია. ანორგაზმია გენერალიზებულია. სქესობრივი აქტი განურჩეველია ან ოდნავ სასიამოვნო, უფრო იშვიათად შემაწუხებელი. ფრიგიდულობის ასეთი ფორმა მხოლოდ პირველადია.

ანორგაზმიის დიაგნოსტიკისას დიდი სიფრთხილეა საჭირო. ამაზე ჩვენი დაკვირვებაც მიუთითებს, როცა საშუალება მოგვეცა მოგვეხსნა ანორგაზმია ქალებში, რომელთაც არასოდეს არავინ არ ყვარებიათ, არასოდეს განუცდიათ სქესობრივი ლტოლვა, თავს თვლიდნენ ცივად და აღმოჩნდნენ ძალიან ტემპერამენტეიანი, როცა გამოყენებულ იქნა შესაბამისი ეროგენული ზონის სტიმულაცია.

დიდი შეცდომა იქნებოდა გვეფიქრა, რომ ფრიგიდულ ქალებს სიყვარულის უნარი არ გააჩნიათ, რომ მათთვის უცხოა ოჯახური ბედნიერება ან ეს არ შეუძლიათ მიანიჭონ ქმარსა და შვილებს. ისინი შეიძლება იყვნენ შესანიშნავი ცოლები, დედები, უყვარდეთ სინაზე, ალერსი, უყვარდეთ ქმარი, ალა-

სებდნენ მას როგორც მეგობარს, შვილების მამას, თუმცა ცხოვრების ინტიმური მხარის მიმართ გულგრილი რჩებოდნენ. სამწუხაროდ, სექსუალური გაუხათლებლობის გავლენით ბოლო წლებში ზოგიერთ ოჯახში გაჩნდა ორგაზმის ფეტიშიზაცია, რაც ახდენს ქორწინების დესტაბილიზაციას და დამყარებულია იმ წარმოდგენაზე, რომ რადგან ცოლი არ განიცდის ორგაზმს, ე. ი. ის და მისი ქმარი არ შეეფერებიან ერთმანეთს.

აი ერთ-ერთი უცნობი ქალის წერილი: „ჩვენ დიდი, ლამაზი სიყვარულით დავქორწინდით, არაფერი ვიცოდით ინტიმური ურთიერთობის შესახებ, არ ვიყავით თეორიულად მომზადებული... არ ვიცოდით, რომ ქალს აქვს ორგაზმი და არ ვიცოდით, რომ უნდა გვეცადა მისთვის მიგვეღწია. ასე გავიდა რამდენიმე ბედნიერი წელი: გვყავს ვაჟი. ერთმანეთს ველოდებოდით, ვენდობოდით, აზრებს ვუზიარებდით, ოჯახში ბედნიერება სუფევდა... შემდეგ ლიტერატურიდან გავივეთ, რისკენ უნდა ვისწრაფოდეთ, ამის შედეგად ქმარმა დაკარგა საკუთარი თავის რწმენა, ჩათვალა, რომ ის ჩემი შესაფერისი არ არის, თავს არიდებდა ინტიმურ დამოკიდებულებას“. ქორწინებას საშიშროება დამეუქრა. „მე ის მჭირდება — აგრძელებს ქალი — მის გარეშე ცხოვრება ვერ წარმომიდგენია როგორ. დავიბრუნო მისი სინაზე, ალერსი, სითბო, მზრუნველობა, რითაც ამდენა ხანია მავსებდა? ბევრი ცრემლი ვღვარე და ბოლოს გამიელვა აზრმა, თავი ხომ არ მოვიკლა.“

ქორწინების სტაბილურობა დამოკიდებულია პიროვნების შეხედულებებზე, მის ორიენტაციაზე. უფრო ხშირად ფრიგიდულობა არ არის ქორწინების დესტაბილიზაციის მიზეზი. ფრიგიდულობა შეიძლება იყოს ქორწინების სტაბილურობის ამაღლების ფაქტორი ქმრის დაბალი პოტენციისას ან მისი გაძლიერებული სქესობრივი აგზნებადობის (ნაადრევი ეაკულაციის) დროს და დაქვეითებისა — თუ მეუღლე უარყოფითად რეაგირებს ცოლის მხრივ სექსუალური რეაქციის უქონლობაზე, როცა ის თავს დაუკმაყოფილებლად თვლის.

დისგამიური ანორგაზმია (დისგამია). დისგამია, ანუ დისპარმონია ცოლ-ქმრის სექსუალურ ურთიერთდამოკიდებულებაში იმით არის გამოწვეული, რომ სქესობრივი აქტი არ ხდება ქალის მოთხოვნის შესაბამისად, რასაც მოსდევს ანორგაზმია და სქესობრივი დაუკმაყოფილებლობა. ფრიგიდულობისაგან განსხვავებით, დისგამია უფრო მძიმედ გადააქვს ქალს, ხშირად იწვევს ოჯახის დანგრევას და შეიძლება ნევროზის განვითარების ერთ-ერთი მიზეზიც გახდეს. კონფლიქ-

ტი განსაკუთრებით მძიმეა მაშინ, თუ ქალს ქმარი უყვარს მისი სულიერი თვისებების გამო და ამავე დროს უნდა მიატოვოს იგი, რადგან ვერ აკმაყოფილებს.

დისგამიის დროს ქალი ხშირად უჩივის ქმარს იმის გამო, რომ ძალიან მალე ამთავრებს სქესობრივ აქტს მანამ, სანამ მოასწრებდეს დაკმაყოფილებას და ტოვებს სქესობრივად აგზნებულ მდგომარეობაში. უნდა ითქვას, რომ ასეთი სიტუაცია დამორტყუნველად მოქმედებს მამაკაცზეც, რომელიც ჩვეულებრივ თავს დამნაშავედ გრძნობს იმიტომ, რომ ვერ შეძლო შეესრულებინა თავისი „მამაკაცური“ როლი.

ორგაზმის განვითარების სისწრაფე როგორც მამაკაცებში, ასევე ქალებში მრავალ მიზეზზეა დამოკიდებული. დიდ როლს ასრულებს ტემპერამენტის ინდივიდუალური თავისებურებანი. დაახლოებით ქალების 10%-ში და მამაკაცების 25%-ში ი. ლობიკოლოს (1977) მიხედვით, ორგაზმი, როგორც წესი, ხდება სქესობრივი აქტის პირველი წუთის განმავლობაში. ქალები, რომლებიც ორგაზმს განიცდიან სწრაფად, ძალიან ტემპერამენტუალურად ითვლებიან, ისინი სქესობრივ დაკმაყოფილებას ღებულობენ თითქმის ყველა მამაკაცთან და ქმრები არ უჩივიან მათ სქესობრივად ადვილად აგზნებადობის გამო. მამაკაცები, რომელთაც ორგაზმი ძალიან სწრაფად უვითარდებათ, ვერ აკმაყოფილებენ დაბალი აგზნებადობის ქალებს. პ. გეფჰარდის მიხედვით (1977), ქალების 45% ორგაზმს განიცდიდა (უფრო ხშირად, ვიდრე შემთხვევათა 60%-ში), როცა აქტი 1 წუთზე ნაკლებ დროს მიმდინარეობდა, ქალთა დაახლოებით 70% — უფრო ხანგრძლივი აქტის დროს. მაგრამ ავტორი არ მიუთითებს რა ხანგრძლივობით ტარდებოდა აქტისათვის წინასწარი ფსიქოეროტიკული მომზადება.

სქესობრივი აქტის საშუალო ხანგრძლივობა (იმისიის მონენტიდან ორგაზმამდე) მამაკაცთა უმრავლესობაში მისი უწყვეტად, ინტენსიურად ჩატარებისას შეადგენს 1-დან 5 წუთამდე.

გ. ს. ვასილჩენკო (1977) მამაკაცებს ურჩევდა სქესობრივი აქტის დაწყებისას ჩაერთო წამბოში და გამოერთო მისი დამთავრებისთანავე. აქტის ხანგრძლივობა აღმოჩნდა 1 წუთი და 14 წამიდან (68 ფრაქციისას) 3 წუთი და 34 წამ-მდე (270 ფრაქციისას) და საშუალოდ შეადგინა 2 წუთი და 2 წამი, მხედველობაში იყო მიღებული მხოლოდ პირველი სქესობრივი აქტი. გან-

შეორებითი აქტის ხანგრძლივობა 10-20 1/2 მეტი. საერთო ანგარიშიდან გამორიცხული იყო კემპარიტი პროლონგაციის შემთხვევები.

მამაკაცთა უმრავლესობას, ქალთა უმრავლესობისაგან განსხვავებით, საკუთარი ორგაზმის გამოწვევა შეუძლია სქესობრივი აქტის დასაწყისშივე. მაგრამ ბევრ მამაკაცს უნარი აქვს ორგაზმის წარმოქმნა შეაჩეროს, მით უმეტეს, თუ მიმართავს პაუზებს ან ფრიქციის ინტენსიურობის შენელებას, როცა გრძნობს, რომ ეაკულაცია ახლოვდება, ხოლო ქალი საკმაოდ არ არის აგზნებული. ზოგიერთ მამაკაცს მისი შეკავება შეუძლია 10-20 წუთამდე და უფრო ხანგრძლივადაც. აქტის ზედმეტად გახანგრძლივებამ შეიძლება შეგუბებითი მოვლენები გამოიწვიოს სასქესო ორგანოებში, რაც სასურველი არ არის.

ზოგიერთი ქალი ასწრებს 3-5 და 15-ჯერაც განიცადოს ორგაზმი, სანამ მამაკაცი ერთ სქესობრივ აქტს ჩაატარებს. უმრავლეს შემთხვევაში მამაკაცში ორგაზმი გაცილებით ადვილად და სწრაფად ვითარდება, ვიდრე ქალში. ასაკთან ერთად (ჩვეულებრივ 30-35 წლიდან) ბევრ მამაკაცს ზოგადი აგზნებლობის რამდენადმე დაქვეითების გამო მნიშვნელოვნად უხანგრძლივდება სქესობრივი აქტის პროცესი.

ზოგიერთი სექსოლოგი ნაადრევ ეაკულაციას (ejaculatio praecox) უწოდებს იმ შემთხვევებს, როცა მამაკაცს ორგაზმი უვითარდება 20 ფრიქციაზე უფრო ადრე ან სქესობრივი აქტი მთავრდება ერთი წუთის გასვლამდე. ejaculatio portas-ზე ლაპარაკობენ, მაშინ როცა ორგაზმი ხდება სასქესო ასოს საშოში შეყვანამდე (იმისიამდე). ნაადრევ ეაკულაციაზე იმ შემთხვევაშიც შეიძლება ლაპარაკი, როცა ძალიან მკვეთრად უმცირდება სქესობრივი აქტის დიდხანს გაგრძელების უნარი ადრე ჯანმრთელ მამაკაცს, მაგალითად, რამდენიმე წუთიდან რამდენიმე წამამდე. ეს შეიძლება გამოწვეული იყოს ნევრასთენიით, ინფექციის გადატანის შედეგად, ასთენიური მდგომარეობით, ხანგრძლივი ემოციური დაძაბულობით, წარუმატებლობის მოლოდინში განვითარებული ნევროზით, სხვადასხვა ინტოქსიკაციით, კერძოდ, ნიკოტინით, ასევე წინამდებარე ჯირკვლის მიდამოებში შეგუბებითი ან ანთებითი მოვლენებით.

ახალგაზრდა ჯანმრთელ ადამიანებში, რომლებიც ხანგრძლივად იკავებდნენ თავს სქესობრივ ცხოვრებისაგან ან ატარებდნენ მასტურბაციულ აქტებს, ეაკულაციის სწრაფი გან-

ვითარება შეიძლება განვიხილოთ როგორც ფიზიოლოგიური მოვლენა. ეაკულაცია შეიძლება მათ განუვითარდეთ სქესობრივი აქტის დაწყებიდან რამდენიმე წამში. მათ განმეორებით აქტში ან რამდენიმე დღის რეგულარული სქესობრივი ცხოვრების შემდეგ, სქესობრივი აქტის ხანგრძლივობა უდიდდებათ რამდენიმე წუთამდე. ადვილად აგზნებად მამაკაცებში ეაკულაციის მკვეთრი დაჩქარება შეიძლება გამოიწვიოს ქალის ხანგრძლივმა ან ინტენსიურმა ალერსმა მოსამზადებელ პერიოდში, მკვეთრმა ნერვულმა აგზნებამ, მღელვარებამ სქესობრივი სიახლოვის მოლოდინში (ლოდინის ნევროზი) და ა. შ.

დიდი მნიშვნელობა აქვს ასევე ქალის ქცევას და იმ ფსიქოლოგიურ ზეგავლენას, რომელსაც ის ახდენს მამაკაცზე. მაგალითად, 3. 28 წ. სქესობრივ აქტს ცოლთან, რომელიც ჩვეულებრივ მშვიდად, თავშეკავებულად იქცეოდა, ატარებდა 10—15 წთ-ის განმავლობაში. იგივე პიროვნება ახალგაზრდა ქალთან, რომელიც თავისი ქცევით ძლიერ სქესობრივ აგზნებას გამოხატავდა, მას ამთავრებდა არაუმეტეს 1-2 წუთში.

ქალი, რომელიც ძლიერ სქესობრივ აგზნებას გამოხატავს, ზოგიერთ მამაკაცზე უდიდეს ფსიქოლოგიურ ზეგავლენას ახდენს და მასში არა მარტო ერექციის, არამედ ეაკულაციის მკვეთრ დაჩქარებას იწვევს. საშოს ვიწრო შესავალი, საშოს კედლების მომჭერი კუნთების კარგი განვითარება, სქესობრივი აქტის დროს კუნთების რიტმული შეკუმშვით მამაკაცის სასქესო ორგანოზე მოჭერა, ასევე მასზე მოჭერა საშოში ორგანოებზე მანქეტის წარმოქმნისას და ორგანოს დროს მისი კედლების რიტმული შეკუმშვები მკვეთრად აძლიერებს მამაკაცის სასიამოვნო შეგრძნებებს და იწვევს მასში ორგანოს უფრო სწრაფ განვითარებას, ასევე ზოგჯერ განაპირობებს მის მკვეთრად გამოხატვას. აქედან გასაგებია ზოგიერთი ქალის ჩივილი მასზე, რომ სანამ ის ნაკლებად არის აგზნებული, ქმარს შეუძლია გაახანგრძლივოს სქესობრივი აქტი, მაგრამ როგორც კი მას უჩნდება ძლიერი სქესობრივი აგზნება, ქმარს მაშინვე ეწყება ეაკულაცია და ქალი დაუკმაყოფილებელი რჩება, ფრუსტრაციის მდგომარეობაში.

მოგვიმართა 26 წლის ვ-მ ჩივილით, რომ ვერ ღებულობს სქესობრივ კმაყოფილებას თავის ცოლთან. ქორწინებამდე სქესობრივ ურთიერთობაში ოყო სამ ქალთან. ყოველთვის ორგანოში ეწყებოდა 5 წუთის შემდეგ,

თითქმის მისი პარტნიორის ერთდროულად და იყო მკვეთრად გამოსატყუ-
ლი. 4 თვეა ცოლიანია. ცოლი 22 წლისაა. პირველ სამ თვეს, მისი გად-
მოცემით, ცოლი სქესობრივად გულგრილი იყო, ბოლო თვეს დაეწყო ორ-
გაზმის განცდა სქესობრივი სიახლოვის დროს. ვ.-ს სასქესო ორგანოები
კარგად აქვს განვითარებული. სქესობრივი აქტის დაწყებამდე მიმართავს
ეროტიკულ მზადებას 10-15 წუთის განმავლობაში, ცოლთან აქტი გრძელ-
დება 45 წუთი. ორივენი იღლებიან, მაგრამ ქმარს ორგაზმი არ უვითარ-
დება. იგი სქესობრივ სიაშოვნებას ღებულობს მხოლოდ მას შემდეგ, რო-
ცა ცოლი მის სასქესო ორგანოს მოიქცევს ბარძაყებს შუა და ქმარი რა-
მდენიმე ფრიქციას ჩაატარებს. აღნიშნავს, რომ ცოლთან აქტის დროს ვერ
შეგრძნობს მის სასქესო ორგანოებს; მაშინ, როცა სხვა ქალებთან ფიზი-
კურად მკვეთრად შეიგრძნობდა მათ ორგანოებს. ერთ-ერთმა ექიმმა, რო-
მელსაც მან მიმართა, გამოთქვა ვარაუდი, რომ მის ცოლს ფართო საშო
აქვს, რასთან დაკავშირებითაც წარმოიშვა ასეთი დისპარმონია სქესობრივ
სფეროში. ცოლ-ქმარს ერთმანეთი უყვართ და უკიდურესად შეწყებულ-
ლი არიან შექმნილი სიტუაციით.

ქალის გასინჯვისას სქესობრივ სფეროში არავითარი დარღვევა არ
აღინიშნებოდა. საშოს შესავალი საკმაოდ ვიწროა, საშო ღრმა არ არის,
გარეთა სასქესო ორგანოები ნორმალურადაა განვითარებული. ცოლმა
გუიანბრა, რომ სქესობრივ სფეროში ყოველთვის გულგრილი იყო, არასო-
დეს არავინ არ ყვარებია, არასოდეს არ უნახავს ეროტიკული სიზმრები.
ქმარი ძალიან უყვარს სულიერი თვისებების მიხედვით, მაგრამ მისი სია-
ხლოვე და ალერსი სქესობრივ აგზნებას არ იწვევს. ბოლო ერთი ოვეა,
დედის რჩევით, დაიწყო ორგაზმის განცდის სიმულირება.

აღმოჩნდა, რომ სქესობრივი აქტის დასაწყისში კლიტორის, საშოს და
მცირე ბაგეების რეაქტიულობა შენარჩუნებულია. საშოს კედლების სტი-
მულაციის, შორისის კუნთებზე, მცირე ბაგეებზე და კლიტორის მიდამო-
ზე ზეწოლის დროს მკვეთრად ძლიერდება სეკრეცია საშოში და მისი
დაგრძელება—გადიდება ზომებში, ასევე შიგა მესამედის გაფართოება,
ორგანული მანევტი არ იქმნება. საშოს ნაცხის გამოყოფისას საკერ-
ცებების პორმოშული ფუნქციის დარღვევა არ აღინიშნება.

ვურჩიეთ საშოს დიათერმია მენსტრუაციის დამთავრებიდან პირველ
12 დღეს 15 წუთი ყოველდღე, დაძინების წინ კხელი აბაზანები მდოვით,
მეთილტვისტოსტერონი 0,005 გ 2-ჯერ დღეში მენსტრუაციის დამთავრების
პირველი დღიდან ციკლის დამთავრებამდე. აგრეთვე ყოველდღე შეასრუ-
ლოს სპეციალური ვარჯიშები, რომელიც მიმართულია მენჯის ფსკერისა
და საშოს გარშემო არსებული კუნთების გასაუფლებლად. ქმარს ვურ-
ჩიეთ სქესობრივი აქტის დროს დამატებით აწარმოოს კლიტორის სტამუ-
ლაცია.

თვენახევრის შემდეგ ცოლი სქესობრივი სიახლოვის დროს უკვე გა-
ნიცდიდა ძლიერ სქესობრივ აგზნებას, თუმცა ორგაზმი არ უვითარდებო-
და. ქმარს ეაკულაცია ეწყებოდა სქესობრივი აქტის დაწყებიდან 10-15
წუთის შემდეგ. მისი გადმოცემით, უკვე „გრძნობდა“ ცოლს. ოთხი თვის
შემდეგ ცოლს პირველად განუვითარდა კლიტორული ორგაზმი.

მოყვანილ შემთხვევაში ქალს ჰქონდა რეტარდაციული ფრიგიდულობა. სქესობრივი აქტის დროს ვითარდებოდა სქესობრივი აგზნების მხოლოდ საწყისი სტადია — სეკრეციის გაძლიერება, საშოს კედლების მოღუნება და მისი გადიდება ზომებში. მამაკაცს, რომელსაც დაბალი სქესობრივი რეაქტიულობა აღენიშნებოდა, არ უვითარდებოდა სასქესო ასოს ეროგენული ზონების საკმაო ტაქტილური გაღიზიანება და ცოლთან სქესობრივი სიახლოვის დროს ორგაზმი არ წარმოიქმნებოდა. ცოლში „ორგასტული მანქეტის“ გაჩენამ, ასევე საშოს გარშემო არსებული კუნთების განვითარებამ განაპირობა ქმრის მიერ სქესობრივი დაკმაყოფილების გრძნობის განცდა.

ანალოგიური ჩივილით, რომ ქმარი მას „არაინტენსიურად“ თვლის, მოგვემართა ახალგაზრდა მასწავლებელმა ქალმა ს-მ, რომელიც არც ისე დიდი ხანია გათხოვდა. 6 თვის შემდეგ შესაძლებელი გახდა მიეღწია ჰარმონიისათვის ინტიმურ ურთიერთობაში. უნდა აღინიშნოს, რომ მსგავსი ჩივილებით შედარებით იშვიათად მოგვემართავენ. მამაკაცთა უმრავლესობა მაღალრეაქტიულია და ორგაზმი უვითარდებათ საკმაოდ სწრაფად, იმ შემთხვევაშიც კი, როცა ქალი პასიურია სქესობრივი სიახლოვის დროს და მნიშვნელოვან სქესობრივ აგზნებას არ განიცდის. ორგაზმის განვითარების სისწრაფე ქალებში, თანდაყოლილი ტეპერამენტის თავისებურებების გარდა, დამოკიდებულია სქესობრივი ურთიერთობის მომენტში მის მდგომარეობაზე (დალლილობა, აგზნებადობის ცვალებადობა მენსტრუალურ ციკლთან დაკავშირებით და ა. შ.), ფსიქოეროტიკულ განწყობაზე სქესობრივი სიახლოვის მიმართ და, რაც მთავარია, ეროგენული ზონების სტიმულაციის ადეკვატურობასა და ინტენსიურობაზე. რიგი სექსოლოგებისა თვლის, რომ დისგამიის ერთ-ერთი მიზეზი შეიძლება იყოს მამაკაცის სასქესო ორგანოების ზედმეტად დიდი ზომები, ასევე მათი განვითარებლობა, რაც ხელს უშლის ეროგენული ზონების საკმაო გაღიზიანებას სქესობრივი აქტის დროს. მამაკაცის სასქესო ორგანოების ზომები შეიძლება მნიშვნელოვნად ვარიირებდეს მღვიმოვანი სხეულის სისხლით შევსების ხარისხთან დაკავშირებით. მაგალითად, სიცვიის ან უარყოფითი ემოციების გავლენით სისხლით შევსება შეიძლება მნიშვნელოვნად შემცირდეს, რასთან დაკავშირებითაც მკვეთრად მცირდება სას-

ქესო ასოს ზომები, და პირიქით, სასქესო ორგანოებში შეგუბებითი მოვლენების, ასევე მსუბუქი სქესობრივი აგზნების ან სითბოს გავლენით სასქესო ორგანოს ზომები შეიძლება მნიშვნელოვნად გადიდდეს იმ შემთხვევაშიც კი, თუნდაც ერექცია არ განვითარდეს. სექსოლოგთა უმრავლესობა აღნიშნავს, რომ მამაკაცს ხორმალური სქესობრივი ცხოვრების უნარი აქვს, თუ მშვიდ მდგომარეობაში სასქესო ორგანოს სიგრძე 3 სმ-ზე ნაკლები არ არის. საშუალოდ მშვიდ მდგომარეობაში მამაკაცის სასქესო ორგანოს ზომა 7-10 სმ-ია. ასოს სიდიდე გაცილებით ნაკლებადაა დამოკიდებული მამაკაცის სიმაღლეზე, ვიდრე დანარჩენი სხვა ორგანოებისა. ასევე არ არის ერთმანეთზე დამოკიდებული ასოს ზომები და სხეულის აღნაგობა (მუსკულატურის განვითარება). ერექციის დროს მამაკაცის სასქესო ორგანო მნიშვნელოვნად დიდდება. მისი სიგრძე ერექციის მდგომარეობაში (ბოქვენის ძელიდან დაწყებული) საშუალოდ შეადგენს 10-15, იშვიათად 20 სმ (ლიტერატურაში აღწერილია მაქსიმალური ზომა 35 სმ), დიამეტრი საშუალოდ 4 სმ-ია. საშოს სიგრძე შესავალიდან საშვილოსნოს ყელამდე 6-8 სმ უდრის. საშვილოსნოს მდებარეობის (რეტრო-ან ატეფლექსია), ასევე პარტნიორების მდებარეობის მიხედვით, სქესობრივი აქტის დროს მამაკაცის სასქესო ორგანო გაივლის საშვილოსნოს ყელს ზემოთ ან ქვემოთ საშოს კიშვად წინა ან უკანა თაღში.

ქალის საშოს სიღრმე მშვიდ მდგომარეობაში მნიშვნელოვნად ვარირებს. ჩვენ მიერ გამოკვლეულ ქალებში ის 8 სმ უდრიდა 22%, 8-10 სმ — 46%, 11-14 სმ — 32%-ში. ამასთან, საშოს კედლები კიშვადია და უკანა თაღზე ზეწოლისას 2-4 სმ-ით გრძელდება. გვხვდებოდნენ დაბალი სიმაღლის (150 სმ-ზე დაბალი) ქალები, რომელთა საშოს სიღრმე 11-14 სმ-ს აღწევდა და პირიქით, მაღალი ქალები (173 სიმაღლის), რომლებშიც ის 8 სმ უდრიდა. თუმცა მკვეთრი კორელაცია არ არსებობს ქალის სიმაღლესა და საშოს ზომას შორის, მაგრამ უფრო ხშირად დიდი ზომა აღენიშნებათ მაღალ, ხოლო მცირე — დაბალი სიმაღლის ქალებს. მანძილი საშოს შესავალიდან უკანა თაღამდე მაქსიმალური ზეწოლისას უფრო 12-14, იშვიათად 16 სმ უდრის.

სქესობრივი აქტის პროცესში, როგორც აღვნიშნეთ, საშო

მოდელირებას განიცდის, შეეწყობა მამაკაცის სასქესო ორგანოს ზომას. დიდი საშო ყველა ზომის ასოს შეეწყობა. პატარა საშოს შემთხვევაში, სანამ შეწყობა მოხდება, შეიძლება ტკივილის შეგრძნებები არსებობდეს. თუმცა ძალიან იშვიათად, მაგრამ არის შემთხვევები, როცა სქესობრივი ცხოვრება შეუძლებელი ხდება მამაკაცის სასქესო ორგანოს პათოლოგიური სიდიდის გამო, რაც ტკივილს იწვევს სქესობრივი ურთიერთობის დროს. ჩვენთან სამკურნალოდ მოსულ ქალთაგან სამი იძულებული იყო მიეტოვებინა ქმარი მხოლოდ ამ მიზეზის გამო.

ზოგიერთი მამაკაცის შიში, რომ საცოლე ძალიან მინიატურულია და შეიძლება მას რაიმე დაუშავდეს დეფლორაციის დროს ან პირიქით, მათი სასქესო ორგანოები საკმაო სიდიდის არ არის, რათა დააკმაყოფილოს ქალი, ჩვეულებრივ უსაფუძვლოა. საშოს კედლებს არა მარტო გაფართოების, არამედ შეკუმშვის უნარიც აქვს, რასთან დაკავშირებითაც ადვილად ეწყობა მამაკაცის სასქესო ორგანოს.

ბევრი ქალი აღნიშნავს, რომ ორგანოს წარმოქმნისათვის მათთვის ძირითადი მნიშვნელობა აქვს ფსიქიკურ მდგომარეობას, ფსიქოეროტიკულ მზადყოფნას სქესობრივი სიახლოვისადმი და არა მამაკაცის სასქესო ორგანოების ზომას. კლიტორული ტიპის სქესობრივი აგზნებადობის ქალებისათვის მამაკაცის სასქესო ორგანოების ზომები არავითარ როლს არ ასრულებს. თუმცა იშვიათად, მაგრამ გვხვდებიან ქალები, რომლებიც სქესობრივი აქტის დროს ყველაზე დიდ სიამოვნებასღებულობენ კაცებთან, რომელთაც მცირე ზომის სასქესო ორგანოები აქვთ.

ჩვენ მოგემართა კ.მ. პროვიზორმა, 40 წ. ჩივილით, რომ ზოგიერთ მამაკაცთან სქესობრივი ცხოვრების დროს ორგანოს არ განიცდის. მენსტრუაცია დაეწყო 17 წლიდან, 5 დღის ხანგრძლივობით ყოველი 28 დღის შემდეგ. სიმაღლე 167 სმ, სხეულის მასა 63 კგ. გათხოვილი იყო 25-დან 30 წლამდე, ჰყავს 11 წლის შვილი.

12 წლას ასაკში უყვარდა ბიჭი. ამ წლიდანვე მიმართავდა მასტურბაციას ბარძაყების ერთმანეთზე მიკერით. ბოლო წლებამდე ძლიერი ვაგინალური ორგანოში უვითარტებოდა ეროტიკული ფანტაზიის გარეშე, უკანასკნელ წლებში მისი გამოწვევისათვის საჭირო გახდა ეროტიკული ფანტაზიები. გარდა ამისა, ორგანოში შეუძლავ გამოიწვიოს კლიტორის გასწვრივ, შემდეგ კი საშოს S ზონაზე ხელსმით.

ქმარი უყვარდა, თუმცა მასთან ორგანოში არ განუცდია, განქორწინების

შემდეგ ოთხ მამაკაცთან იყო სქესობრივად ახლოს. მისი სიტყვებით, ქმარს და სამ მამაკაცს სასქესო ასო ჰქონდა 15-მდე. მათთან აქტს ატარებდა დიდხანს, ზოგჯერ 15 წუთის განმავლობაში. ორი მათგანი ხელით ახდენდა კლიტორის მიდამოს სტიმულირებას. არც ერთ ამ მამაკაცთან ორგაზმი არ უვითარდებოდა. ალერსით გამოწვეული სქესობრივი აჯახება მაშინვე ქრებოდა, როგორც კი სასქესო ასოს შეუყვანდნენ საშოში. გაზონაკლისი იყო მხოლოდ იგი, რომელსაც შემთხვევით დაუახლოვდა ქმართან განშორებიდან უახლოეს დროში. სიყვარულის გრძნობა მისდამ, არ ჰქონია. ი.-ს სასქესო ასო 7-8 სმ იყო ერექციის დროს და თვით ერექციაც სუსტი. აქტისათვის განსაკუთრებულ მომზადებას არ ახდენდა, კლიტორის მიდამოს სტიმულირებას არ ატარებდა, ჩვეულებრივი პოსა ეკავათ, მაგრამ საკმარისი იყო 5-6 ფრიქცია ჩატარებინა, რომ ქალს ყოველთვის უვითარდებოდა ძლიერი ვაგინალური ორგაზმი.

ქალთა უმრავლესობას ორგაზმი მით უფრო სწრაფად უვითარდება თანაბარ პირობებში, რაც უფრო ძლიერია ეროგენული ზონების გაღიზიანება. ზოგიერთ ქალში ეროგენული ზონების საკმაო გაღიზიანება სქესობრივი აქტის დროს შესაძლებელია მხოლოდ რაიმე გარკვეული პოზის პირობებში. სქესობრივი აქტის ტექნიკის არასრულყოფილობამ ასევე შეიძლება გამოიწვიოს ის, რომ ქალის ეროგენული ზონები საკმაოდ არ ღიზიანდება და იგი დაუკმაყოფილებელი რჩება. ფრიქციის რიტმი, მისი ხანგრძლივობა, ინტენსიურობა შეიძლება არ შეესაბამებოდეს მის მოთხოვნილებას.

ქალების 25%-სათვის, როგორც უკვე აღვნიშნეთ, მაღალ-მგრძნობიარე ეროგენულ ზონას წარმოადგენს კლიტორის მიდამო, მაშინ, როცა საშო მცირედ მგრძნობიარეა. ეს ქალები ჩვეულებრივ აღნიშნავენ, რომ ორგაზმს მხოლოდ იმ შემთხვევაში განიცდიან, როცა პარტნიორი კლიტორს დამატებით აღიზიანებს თითებით. ქალებს უნდა ავუხსნათ, რომ კლიტორის ასეთ გაღიზიანებას არავითარი ზიანი არ მოაქვს ჯანმრთელობისათვის და მორალურადაც უღავოდ დასაშვებია. დამატებითი სტიმულაცია განსაკუთრებით ესაჭიროებათ ქალებს, რომელთა კლიტორიც უფრო მაღლა მდებარეობს (საშოს შესავალიდან 2,5 სმ დაშორებით), რადგან ამ შემთხვევაში სქესობრივი სიახლოვის დროს მამაკაცის სასქესო ორგანო ზომისაგან დამოუკიდებლად, ვერ უზრუნველყოფს მის საკმაო გაღიზიანებას.

დამახასიათებელია შემდეგი დაკვირვება.

ავადმყოფი კ. 30 წლის მშვენიერი ქალი, მოვიდა ჩვილებით აწეულ

მგრძნობელობაზე, გაღიზიანებადობაზე, ზოგჯერ უსიამოვნო შეგრძნებები აქვს გულის არეში. 10 წელია გათხოვილია. გათხოვდა სიყვარულით. ქმართან ძალიან კარგ ურთიერთობაშია. ჰყავს ორი შვილი. მაგრამ ქმარი, განსაკუთრებით ბოლო წლებში ძალიან აღიზიანებს, სქესობრივ სიახლოვეს სთხოვს ყოველდღე. სქესობრივ აქტს ატარებს 10 წუთის ხანგრძლივობით. ზოგჯერ კი 30-45 წუთი. აქვს დადი სასქესო ორგანო. სქესობრივი სიახლოვის დროს დაკმაყოფილება არასოდეს არ უგრძნია, თეიჯ სიახლოვე მისთვის ძალიან შემაწუხებელია.

ავადმყოფს გარეთა და შიგა სასქესო ორგანოები ნორმალურად აქვს განვითარებული, მაგრამ აღმოჩნდა, რომ საშო და საშოს შესავალი ეროგენულ ზონებს არ წარმოადგენს, თუმცა ტაქტილური გაღიზიანებების განცდის უნარი კი აქვს. კლიტორი საკმაოდ მაღლა მდებარეობს და მაღალი მგრძნობელობა ახასიათებს. ქმარს არც მომზადების პერიოდში, არც სქესობრივი აქტის დროს სპეციალურად კლიტორის მდებარეობის სტიმულირება არ უწარმოებია. ქმარს ურჩიეს სქესობრივი აქტის დროს ჩაეტარებინა ამ მიდამოს სტიმულირება, რის შემდეგაც ცოლი უკვე განიცდიდა ორგაზმს ყოველი სქესობრივი სიახლოვისას აქტის დაწყებიდან 2-3 წუთის შემდეგ.

იმისათვის, რომ კლიტორთან შეხება ორგაზმს იწვევდეს, ფსიქოეროტიკული განწყობის გარდა, როგორც აღვნიშნეთ, საჭიროა ამ მიდამოს მკაცრად ინდივიდუალური, ადეკვატური სტიმულაცია. თუ ქალს ერიდება აგრძნობინოს მამაკაცს რაც მას სურს, კორექტირებას არ უკეთებს მის მოქმედებას, მაშინ მამაკაცი ხშირად ვერ უგებს და ვერ უზრუნველყოფს საჭირო ზონის სტიმულირებას და ქალი უარს ამბობს ამ მიდამოს შეხებაზე.

„მე თვით შემიძლია 2-3 წუთში გამოვიწვიო საკუთარი ორგაზმი კლიტორის მიდამოში მსუბუქი ზეწოლით, — ყვებოდა მ. — ქმარს კი არ შეუძლია გამოიწვიოს იგი ჩემში. ის ყველაფერს მოუხერხებლად აკეთებს: ხან დაიწყებს კარგად და მეწყება აგზნება, ხან უცებ ძლიერ ზეწოლას ახდენს და უსიამოვნებას მგერის, თითქოს დენვა გავიარა ფეხში და ამ დროს ხელს ვკრავ. ზოგჯერ კი ხან გაპოიწვევს აგზნებას, ხან კარგავს მგრძნობიარე წერტილს, კვლავ ხედება მასზე და კვლავ კარგავს და ასე რამდენჯერმე. ეს აუტანელია. ახლა ვთხოვ საერთოდ არ გამეკაროს“...

სქესობრივი აგზნებისას ქალს კლიტორი უმკვრივდება (კლიტორის ერექცია) და ადვილად გადაინაცვლებს რბილ ქსოვილებში, რის შედეგადაც ადვილად „იკარგება“. ორგაზმის განვითარებამდე ის იწევს ზემოთ, თითქოს გაქრაო და მამაკაცი ხშირად კარგავს მის ადგილმდებარეობას. ამ შემთხვევაში უნდა გაგრძელდეს მთელი ახლომდებარე ზონის სტიმულაცია.

ზოგჯერ ეროვნული ზონები ისეა განლაგებული, რომ მისი საკმაო სტიმულაცია სქესობრივი აქტის დროს უკიდურესად ძნელდება.

26 წლის ქალმა მოგვმართა ფრიგიდულობაზე ჩივილით. 8 წელია გათხოვილია, ჰყავს სამი წლის ბიჭი. სიცოცხლით სავსე, გულდია ქალია. წარმატებებით ვარჯიშობდა ციგურებით ფიგურულ სრიალში. გათხოვდა სიყვარულით. სქესობრივი სიახლოვის წინ ქმარი ატარებდა აქტიურ ეროტიკულ მომზადებას, კერძოდ კლიტორის ინტენსიურ სტიმულაციას, სინჯა პოსების შეცვლა, მაგრამ ორგაზმი ვერაფრით ვერ გამოიწვია. სქესობრივი აქტის დროს უფრო ხშირად გულგრილი რჩებოდა, ზოგჯერ სქესობრივი სიახლოვე სიაშოვნებდა. ცხოვრებაში ორჯერ განუვითარდა ფრუსტრაციის გრძნობა სქესობრივი დაძაბულობის შევარძნებით. ბოლო ორი წელია ქმრისადმი ფიზიკური მტრობის გრძნობა გაუჩნდა, თუმცა დიდად აფასებდა მის სულიერ ღირსებებს, ძალასა და სილამაზეს. ზოგჯერ ნახულობდა ეროტიკულ სინამრთევს, მაგრამ მათ ორგაზმი არ ასლდა. ორჯერ ჰქონდა კავშირი სხვა მამაკაცთან, მაგრამ უვითარდებოდა მხოლოდ მსუბუქი სქესობრივი აგზნება.

აღმოჩნდა, რომ ავადმყოფს კლიტორისა და მცირე ბაგეების შიდაპირი ეროტიკული თვალსაზრისით ნაკლებ აგზნებადი აქვს. საშოს შესავლის გაკიშვა, საშვილოსნოს ყელის მიდამოზე, უკანა თაღის მიმართულებით საშოს კედლებზე, ასევე უკანა თაღზე რიტმული ზეწოლა მხოლოდ ეროტიკულად განურჩეველ ტაქტიკურ შეგვარებებს იწვევს. საშოს წინა კედლის გარე შესამედზე ძლიერი რიტმული ზეწოლა ბოქვენის ქელის შიგა ზედაპირზე მისი მოქერით იწვევს ძლიერ, სწრაფადმზარდ სქესობრივ აგზნებას, რომელიც ადრე სქესობრივ სიახლოვის დროს არასოდეს არ წარმოქმნილა.

ავადმყოფის თანხმობით მისი ინდივიდუალური თავისებურებები გაცანით ქმარს. ამ ეროვნულ ზონაზე რიტმული ზეწოლით მან გამოიწვია ცოლში უძლიერესი ორგაზმი პირველად სტიმულაციის დაწყებიდან 10 წუთის შემდეგ, შემდგომში — 2-3 წუთის შემდეგ. 7-8 წუთის განმავლობაში ვითარდებოდა 8-10 და მეტი ორგაზმი. მალე ისინი წარმოიქმნებოდა სქესობრივი აქტის დროს, თუ ის ზურგზე წოლისას ძალიან ძლიერად ხრიდა ფეხებს მენჯ-ბარძაყის სახსარში ისე, რომ ბარძაყები ქმრის მხრებზე ედო, მენჯი ხომ ამ დროს მაღლა იწევდა. გაჩნდა ძლიერი სქესობრივი ლტოლვა ქმრისადმი.

ამ შემთხვევაში ახალგაზრდა ქალს 8 წლის განმავლობაში არასოდეს არ განუცდია სქესობრივი დაკმაყოფილება და თავის თვლიდა სქესობრივ სფეროში ცივად. აღმოჩნდა, რომ მას აქვს S ეროვნული ზონა, ამ მიდამოს სტიმულაცია იწვევდა ორგაზმის სწრაფ განვითარებას.

მეორე შემთხვევაში ახალგაზრდა ქალს სქესობრივი აქტის დროს ორგაზმი უვითარდებოდა 10-15 წუთის შემდეგ და იყო

სუსტი, ხოლო S ზონაზე ღრმა, რიტმული ზეწოლისას 2-3 წუთის შემდეგ წარმოიქმნებოდა ძლიერი ორგაზმი. ის აღნიშნავდა, რომ სქესობრივი აქტის დროს ასო არ ხედებოდა მაღალმგრძობიარე ადგილებს, მიუხედავად იმისა, რომ ქმარს კარგად ჰქონდა განვითარებული სასქესო ორგანო.

ადეკვატური სასქესო სტიმულაციის გარეშე ანორგაზმია შეიძლება გაგრძელდეს ათწლეულობით და ზოგჯერ მთელი სიცოცხლეც.

ვ-მ მისი ახალგაზრდა დიშვილისაგან გაიგო, რომ იგი განაჟურნა სქესობრივი სიცივისაგან და სთხოვა გაეგო, შეიძლებოდა თუ არა მას ჩვენთვის მოემართა, მიუხედავად იმისა, რომ უკვე 60 წელი შეუსრულდა.

გათხოვდა 18 წლის, ჰყავს ორი შვილი, რომლებიც ცალკე ცხოვრობენ. მეუღლე სქესობრივი მხრით ჩანმრთელი იყო. ოჯახში კარგი დამოკიდებულება ჰქონდა, მეუღლე მოუყვდა 21 წლის წინათ. მისი სიკვდილის შემდეგ ახლო ურთიერთობაში იყო 6 მამაკაცთან. ახლა მესამე წელია ცხოვრობს მამაკაცთან, რომელსაც კარგი სქესობრივი უნარი გააჩნია, მაგრამ გათხოვებაზე თავს იკავებს, რადგან სქესობრივი სიახლოვე დაქაყოფილებას არ ანიჭებს.

ავადმყოფი საშუალო სიმაღლისაა, სწორი აგებულების, ქალური, გულლია. მენსტრუაცია დაწყდა 12 წლიდან, 2-3 დღე ყოველ 26 დღეში. მენოპაუზა 48 წლიდან გამოვარდნების გარეშე. გინეკოლოგის დასკვნით, გარეთა სასქესო ორგანოები ასაკობრივი ინვოლუციის მდგომარეობაშია. საშოს კედლები მოდუნებულია. საშო ნორმალური ტევიდობის, დაფარულია შეუცვლელი ლორწოვანი გარსით. საშვილოსნო პატარა, უკან ვადახრილი. თაღის გვერდითი ნაწილები თავისუფალი. მანძილი კლიტორისა და შარდადენის გარეთა ზერელს შორის დიდი არ არის (1 სმ).

აღმოჩნდა, რომ ავადმყოფი განეკუთვნება გამობატული კლიტორული აგზნებადობის ტიპს. განსაკუთრებით რეაგირებს კლიტორის თავზე მსუბუქი, რიტმულ ზეწოლაზე. საშვილოსნოს ყელი, საშო და მისი შესავალი ეროტიკული თვალსაზრისით მგრძობიარე არ არის. მას შემდეგ, რაც ექიმის რჩევით, სქესობრივი სიახლოვის დროს პირველად გამოიყენა კლიტორის სტიმულაცია მის თავზე ზეწოლით, ორგაზმი განვითარდა სქესობრივი აქტის დაწყებიდან 2 წუთის შემდეგ. მანამდე მამაკაცები, რომლებთანაც იგი ახლო ურთიერთობაში იყო, წარუმატებლად ცდილობდნენ გამოეწვიათ მასში სქესობრივი კმაყოფილება აქტის განხვრეტლებით. ზოგჯერ ვითარდებოდა მსუბუქი სქესობრივი აგზნება, რომელიც გადადიოდა დაუკმაყოფილებლობის გრძობაში. კლიტორის სტიმულაცია იმ ფორმით, რომელიც მას ესაჭიროებოდა, არც ერთ მამაკაცს არ უცლია.

ამრიგად, მოყვანილ შემთხვევაში ადეკვატური სტიმულაციისას ორგაზმი პირველად წარმოიქმნა ქალში. 60 წლის ასაკში. მანამდე კი 42 წლის მანძილზე არ განუცდია ორგაზმი სქესობრივი ცხოვრების დროს. ის განვითარდა მენოპაუზიდან 12

წლის შემდეგ, მიუხედავად იმისა, რომ ამ დროისათვის შეწყვეტილი იყო საკვერცხეების ფუნქცია და სასქესო ორგანოებში თავი იჩინა ასაკობრივმა ცვლილებებმა. ეს იმაზე მიუთითებს, რომ ორგანოში ინვოლუციის პერიოდში სრულიადაც არ წარმოადგენს მხოლოდ თანამდევ რეაქციას და რომ საკვერცხეების ესტროგენული ფუნქცია არსებით როლს არ ასრულებს მის წარმოქმნაში.

ქალებში, რომელთაც ორგანოში უვითარდებათ თქოებისა და შორისის კუნთების დაჭიმვისას, მაშინ, როცა კლიტორისა და საშოს მიდამო სტიმულაციისას არეაქტიულია, ორგანოს გამოწვევა სქესობრივი აქტის გზით ჩვეულებრივ ვერ ხერხდება. თუ ეს მიდამოები რეაქტიულია, მაშინ ამ ზონების შესაბამისი სტიმულაციისას შეიძლება კოიტუსური ორგანოში წარმოქმნას.

ხშირად დისჰარმონიის მიზეზს წარმოადგენს მამაკაცის ნაადრევი ეაკულაცია და ასევე წყვეტილი სქესობრივი აქტის ჩატარება (coitus interruptus), რომელსაც მიმართავენ როგორც ორსულობისგან დამცველ საშუალებას. ამ შემთხვევაში მამაკაცი წყვეტს სქესობრივ აქტს ორგანოს წარმოქმნამდე რამდენიმე წამით ადრე და ეაკულაცია არ ხდება ქალის სასქესო გზებში. ორსულობის შიშით ჩვეულებრივ ქალი ყურადღებითაა მამაკაცის ქცევის მიმართ — მოასწრო თუ არა მან სქესობრივი აქტის დროულად შეწყვეტა. ყურადღების ამ მხრივ გადატანამ შეიძლება ხელი შეუშალოს მასში ორგანოს განვითარებას. მამაკაცებში ორგანოს მოახლოებას ბევრი ქალი გრძნობს და მისი დადგომის მომენტი უძლიერეს გამღიზიანებელს წარმოადგენს ქალისათვის, რაც მკვეთრად აძლიერებს მის სქესობრივ აგზნებას. სქესობრივი აქტის მოულოდნელი შეწყვეტა ამ დროს ხშირად იწვევს იმას, რომ ქალები დაუკმაყოფილებელნი რჩებიან ძლიერი სქესობრივი აგზნების მდგომარეობაში. ფრიგიდულ ქალებში სქესობრივი აქტის შეწყვეტა არ იწვევს უსიამოვნო შეგრძნებებს, მაგრამ ხელს უშლის ფრიგიდულობის მოხსნას. შეწყვეტილი სქესობრივი აქტის შემთხვევაში ქალები ორგანოს არ განიცდიდნენ 67% -ში (ზ. ვ. როჟანოვსკაია, 1977).

დისგამიის განვითარებას შეიძლება ხელი შეუწყოს ქალისა და მამაკაცის საწყისი აგზნების სხვადასხვაგვარმა ხარის-

ხმა სქესობრივი სიახლოვის დასაწყისში. უფრო ხშირად მამაკაცი სქესობრივი აქტის ჩატარებას მეტი აგზნებით იწყებს, ვიდრე ქალი, რის შედეგადაც ეაკულაცია მამაკაცს გაცილებით უფრო ადრე შეიძლება განუვითარდეს, ვიდრე ქალს ორგაზმი და მას აღარ შეუძლია განაგრძოს აქტი, მიუხედავად იმისა, რომ ქალს ამის მოთხოვნილება აქვს.

როგორც ჩანს ეს არც ისე იშვიათი შემთხვევაა, რადგან ჯერ კიდევ 1870 წ. გენერალური ვიკარიუსი კრაიზონი* აღსარებისას მღვდლები-სადმი დარიგებაში წერდა: „თუ ქმარს ეაკულაცია დაეწყება მანამ, სანამ ცოლი მიიღებს კმაყოფილებას, მაშინ ქალს ნება ეძლევა წილოს ის სქესობრივი თვითგალიზიანებით. ცოდვად არ ჩათვლება, თუ ქალი სქესობრივი აქტის დაწყებამდე სასქესო ორგანოებზე შეხებით თავის თავში გამოიწვევს ძლიერ სქესობრივ აგზნებას, რაც დახმარება მას განიცადოს კმაყოფილება სქესობრივი სიახლოვის დროს“.

სქესობრივი სიახლოვის დასაწყისში მცირე აგზნებადობა ბევრ ქალში იმით აიხსნება, რომ ინდივიდუალური თავისებურებების გამო პირობითრეფლექსური სქესობრივი გამოიზიანებლები მათზე ნაკლებ ზეგავლენას ახდენს, ვიდრე მამაკაცზე. გარდა ამისა, თვით ფსიქოემოციური განწყობა სქესობრივი სიახლოვის მიმართ, რაც მნიშვნელოვნად განსაზღვრავს ცერებრული სისტემების აგზნებადობის დონეს, რომლის მოქმედებასთანაც არის დაკავშირებული ორგაზმის განცდა, ქალებში უფრო ძნელად წარმოიქმნება და როგორც აღვნიშნეთ, ადვილად დეზორგანიზდება, ვიდრე მამაკაცებში. მაგალითად, ქალის რალაციით შეფიქრიანებულობა, პარტნიორის მიმართ უკმაყოფილება, გარემო, რომელშიც უხერხულებას გრძნობს ქალი — ყველაფერმა ამან შეიძლება ხელი შეუშალოს სექსუალური შეგრძნებების სრულად განცდას, დაამუხრუჭოს ორგაზმის განვითარება, საჭირო გახადოს სქესობრივი აქტის უფრო გახანგრძლივება მის წარმოსაქმნელად. ქალის სასქესო ორგანოების გალიზიანება, თუ ის ფსიქიკურად არ არის განწყობილი სექსუალური სიამოვნების მისაღებად, როგორც აღვნიშნეთ, ჩვეულებრივ იწვევს მხოლოდ შეზღუდული რეფლექსური აქტის მიმდინარეობას სპინალური ინერვაციის დონეზე მთელი სისრულით ფსიქოეროტიკული შეგრძნებების გარეშე.

* ციტ. Van de Velde Th. H. Die Vollkommene მხ. 12. Leipzig, 1927, გვ. 203.

როგორც ხშირად აღნიშნავენ ქალები, იმისათვის, რომ მათში წარმოიქმნას ფსიქოეროტიკული განწყობა სქესობრივი სიახლოვისადმი, სურვილი, სქესობრივი აგზნება, მათ სჭირდებათ წინასწარი მომზადება სინანის, მთელ სხეულზე, შემდეგ კი გენიტალური სფეროს (განსაკუთრებით კლიტორის) ეროგენულ ზონებზე ალერსის სახით. ისინი უკმაყოფილებას გამოთქვამენ, რომ მამაკაცები ამას არ აკეთებენ.

ა. კინსეის (1954) მონაცემებით, ამერიკის შეერთებულ შტატებში მამაკაცები სქესობრივ აქტისათვის მზადების პერიოდში ცოლებს აოცნიან შემთხვევათა 99,4% -ში, სარძეო ჯირკვლის ხელით გაღიზიანებას მისართავენ — 98%, სასქესო ორგანოების ხელით გაღიზიანებას (მათ შორის თითქმის კლიტორის გაღიზიანებას) — 95%, სარძეო ჯირკვლების ორალურ გაღიზიანებას — 93%, ღრმა კოცნის ტექნიკას — 87% და ქალის სასქესო ორგანოების ორალურ გაღიზიანებას — შემთხვევათა 54% -ში.

ბევრ ახალგაზრდა მამაკაცს სქესობრივი აგზნებისათვის არ სჭირდება ეროგენული ზონების წინასწარი გაღიზიანება. ისინი ამას გაურბიან იმის შიშით, რომ იგი ზედმეტად აამაღლებს მათ ისედაც მაღალ სქესობრივ აგზნებადობას, რასთან დაკავშირებითაც ძალიან მალე დაეწყებათ ეაკულაცია. ზოგიერთი ნაკლებაგზნებადი მამაკაცი შეიძლება საჭიროებდეს ეროგენული ზონების წინასწარ გაღიზიანებას, რის გარეშეც ერექცია არ უფითარდებათ. თუ ცოლს სირცხვილის ან მოჩვენებითი სიმორცხვის გამო არ შეუძლია ეს უზრუნველყოს, წარმოიქმნება დისჰარმონია სქესობრივ ურთიერთობაში.

ამერიკის სექსოლოგიური ინსტიტუტის მონაცემებით, აშშ-ში ახლანდელი თაობის ქალები სქესობრივ ურთიერთობაში უფრო აქტიურნი გახდნენ. მაგალითად, 1900 წელს დაბადებული ქალებიდან მამაკაცის სასქესო ორგანოებს ხელით აღიზიანებდა 80%, ორალურად 29%, 1920 წლის შემდეგ დაბადებულთაგან — შესაბამისად 95% და 52%. სქესობრივი აქტის ღრუს ზოგჯერ იკავებდა აქტიურ მდებარეობას (ზემოდან) 1900 წლამდე დაბადებულთაგან — 35%, 1900 წ. დაბადებულთაგან შიშველი ემინა 37%, 1920 წლის შემდეგ — 59%. სქესობრივი სიცივე აშშ-ში 1920 წლის შემდეგ დაბადებულ ქალებში ორჯერ უფრო ნაკლებად გვხვდება, ვიდრე 1900 წლამდე დაბადებულ თაობაში, რასაც უკავშირებენ აშშ-ში თანაქედროვე თაობის ქალების უფრო თავისუფალ დამოკიდებულებას სქესობრივ ცხოვრებასთან.

ფრიქციის გარკვეული რიტმი, კლიტორის დამატებითი გაღიზიანება, სქესობრივი აქტის დაწყების წინ სექსუალური ალერსი, რომელიც წინ უსწრებდა და ეფექტური აღმოჩნდა სქესობრივი სიახლოვის ან მასტურბაციისას, გვიკარნახებს,

რომ ეს საჭიროა ორგანიზმის მისაღწევად. უხერხულების გრძნობამ, იმის შიშმა, რომ უარი არ უთხრას მეუღლემ ამ პირობების შესრულებაზე, შეიძლება ხელი შეუშალოს ქალში ორგანიზმის განვითარებას და გამოიწვიოს დისგამია.

როგორც ჩანს, ზოგჯერ დისგამიის წარმოქმნაში შეიძლება გარკვეული როლი შეასრულოს სექსუალური ინტერესის დაკარგვამ, რასაც იწვევს ზედმეტად ერთფეროვანი სქესობრივი ურთიერთობა. კ. ლევინის მიხედვით, აქ შეიძლებოდა გველაპარაკა ფსიქიკური გავრეებულობის ერთ-ერთი გამოვლინების შესახებ, რომლის კავშირი საორიენტაციო რეაქციასთან და ალბათობრივი პროგნოზირების მექანიზმთან გარკვევით გამოიკვეთა შიზოფრენიით დაავადებულ ჩვენს ავადმყოფებში.

უნდა აღვნიშნოთ, რომ ზოგიერთი ადამიანი წლების მანძილზე ერთსა და იმავე მათთვის დამაკმაყოფილებელ ფორმას იცავს სქესობრივ ურთიერთობაში და ვარიაციებისა და ცვლილებების არავითარი მოთხოვნილება არა აქვს, ეს არა მარტო ქალებს, არამედ მამაკაცებსაც ეხებათ.

ლ. ვერჰუბმა (1959) თავის წიგნში „მამაკაცის სქესობრივი სისუსტე“ სპეციალური თავი გამოყო „მოწყენილობით გამოწვეული იმპოტენცია“. ის ციტირებას ახდენს ძველინდური ტრაქტატიდან „კამა სუტრას“ სიყვარულის შესახებ, რაც მოჰყავს როგორც კურიოზი: „ჰქვიანი ქალი ფიზიკური სიყვარულის საქმის ოსტატია. მან ბევრი წესი იცის, რომლის საშუალებითაც ქმარს შეუძლია გაუღვივოს სურვილი; სასიყვარულო ალერსის დიდი რეპერტუარი გააჩნია, რასაც ფართო ვარირებას უკეთებს. რა სამწუხაროა, რომ მასთან არ გზავნიან ახალგაზრდა, გამოუცდელ ცოლებს, რათა გადასცეს მისი ხელოვნება, ისე როგორც მათ გზავნიან გემრიელი საჭმელების გაკეთების სასწავლებლად“. კიდევ უფრო კარგია, თუ ამ ხელოვნებას მამაკაცები დაეუფლებიან. ხშირად გვსმენია დისგამიის მქონე ქალებისაგან უკმაყოფილება იმის შესახებ, რომ ქმარს გამოუცდელობის გამო არ შეუძლია სრულად უზრუნველყოს მათში სქესობრივი შეგრძნებები.

უნდა აღვნიშნოს, რომ ოვიდიუს ნაზონის „სიყვარულის ხელოვნებას“ („Ars amatoria“) ღიდად აფასებდნენ ინდოეთის ანტიკურ სამყაროში. ასკეტური იდეების გავრცელებას-

თან ერთად, რაც გაბატონდა შუასაუკუნეების ევროპაში, ამ „ხელოვნებამ“ კრახი განიცადა. სხვათა შორის ცოლ-ქმრის არასწორი ქცევა სქესობრივი აქტის დროს, ურთიერთსქესობრივი დაკმაყოფილების შეუძლებლობა ზოგჯერ გამოუტყდებლობის, სქესობრივი ცხოვრების ფიზიოლოგიის არასაკმაო ცოდნის ან ზედმეტი მორცხვობის გამო — ძალიან ხშირად ხდება დისგამიის მიზეზი. მაგრამ თავისთავად არავითარ „ხელოვნებას“, არავითარ ტექნიკურ წესებს არ შეუძლია გამოიწვიოს სექსუალური ცხოვრების ჰემმარატი ჰარმონია, გახადოს იგი ნამდვილად სრულფასოვანი. ეს უკანასკნელი შესაძლებელია ცოლ-ქმრის მხოლოდ შინაგანი სულიერი ახლობლობის, ურთიერთპაატრავისცემისა და სიყვარულის მეოხებით. ცოლ-ქმრის ურთიერთსიყვარულის ჩამოყალიბებაში მხოლოდ სექსუალურ მხარეს არა აქვს მნიშვნელობა. უდიდეს როლს ასრულებს ერთად ცხოვრების ღრმა კმაყოფილება, გრძნობები, რომელიც დაკავშირებულია ბავშვების აღზრდასთან, სულიერ ინტერესთა ერთობასთან, მარტოობისაგან თავის დაღწევასთან, სითბოსა და ყურადღების გამოვლენასთან, რომელსაც ეროტიკული მიმართულობის გამოვლინება არა აქვს და ა. შ. რაც უფრო სუსტია სქესობრივი ლტოლვა, მით უფრო ნაკლებ როლს ასრულებს ის ოჯახურ დამოკიდებულებაში.

დისგამიისას ლიბიდო შენარჩუნებულია. დამახასიათებელია ეროტიკული სიზმრებისა და ექსტრაკოიტუსური ორგაზმის არსებობა. გენიტალური მიდამოს ეროგენული ზონები მაღალრეაქტიულია. ანორგაზმია შეიძლება იყოს როგორც პირველადი, ასევე მეორადი. დისგამიისა და ფსიქოგენური ანორგაზმიის გასამიჯნავად დიდი მნიშვნელობა აქვს ამ უკანასკნელის კავშირის დადგენას ფსიქომატრავმირებელ განცდებთან.

ჰიპერსენსუალურობა

ჰიპერსექსუალურობა არის სქესობრივი ლტოლვისა და ორგაზმის განცდის უნარის პათოლოგიური გაძლიერება. ბირველს ეწოდა სექსომანია, ანუ ნიმფომანია ქალებში და სატირიზმი — მამაკაცებში (ნიმფები და სატირები — ძველბერძნული ღმერთები), მეორეს — ჰიპერპოტენციემია. მაგალითად ერთ ჩვენს ავადმყოფს ჩვეულებრივ მდგომარეობაში შეეძლო

განეცადა 1-2 ორგაზმი, ჰიპომანიაკალურ მდგომარეობაში — 20-30 ერთი ღამის განმავლობაში, ამავე დროს მას მკვეთრად უძლიერდებოდა სქესობრივი სიახლოვისადმი ლტოლვა. მეორე ავადმყოფს ენცეფალიტის გადატანის შემდეგ პიროვნული შეცვლით სქესობრივი სიახლოვისადმი ლტოლვა მკვეთრად გაუძლიერდა, ხოლო ორგაზმის განცდის უნარი იგივე დარჩა.

ჰიპერსექსუალურობის განვითარების მიზეზი სხვადასხვაგვარია. ერთ-ერთი მათგანია ჰიპოთალამური სფეროს ლიმბუური სისტემის მოშლა ნეიროინფექციის (ენცეფალიტის) გადატანის, თავის ტვინის ტრავმული ან სინხლძარღვოვანი მოშლის, ტვინის სიმსივნის და ა. შ. შედეგად. თავის ტვინის ამ უბნებს უშუალო დამოკიდებულება აქვს სასქესო ფუნქციის რეგულაციასთან. დამახასიათებელია შემდეგი დაკვირვება.

ჩვენთან საკონსულტაციოდ გამოგზავნეს უცხოურად დაუძლურებელი 70 წლის ქალი, მას შემდეგ, რაც გინეკოლოგიური და ენდოკრინოლოგიური დაავადებები გამოიჩინა. სიმაღლე 156 სმ, სხეულის წონა 65 კგ. თვალტრემლიანი გვევედრებოდა, მახსენით აუტანელი სქესობრივი ლტოლვისაგანო, „მამაკაცების ყურება არ შემოძლია, — გვეუბნებოდა იგი, — ისინი ჩემზე ამგზნებად მოქმედებენ. სასოწარკვეთამდე ვარ მისული, ძლიერი სქესობრივი აგზნებისაგან ვერ ვთავისუფლდები დღიდან საღამომდე. განსაკუთრებით ინტენსიურად ვღინდები ის გამთენიისას, მზად ვარ თავი მოვიკლა, თუ ამისგან არ გავნთავისუფლდები.

ავადმყოფი გულდა ხასიათისაა, მშვიდი, გაწონასწორებული, 40 წელი მუშაობდა სკოლაში მასწავლებლად. ბოლო წლებში პენსიაზეა. ძენობაუზა 49 წლიდან. სუსტი გამოვარდნები შეწყდა 2 წლის შემდეგ.

სქესობრივად ცხოვრობდა 22 წლიდან — გათხოვებიდან; ჰქონდა 8 ორსულობა. ჰყავდა ორი შვილი — ქალ-ვაჟი. გათხოვებიდან პირველ თვეებში ქმარი ღამეში 3-4-ჯერ ატარებდა სქესობრივ აქტს, შემდეგში 3-4-ჯერ კვირაში. სქესობრივი სიახლოვისადმი ინიციატივას თვითონ არასოდეს არ ამჟავნებდა (ქმარი ნაწყენიც კი რჩებოდა). ორგაზმი ვაკინალური, არაუხშირესად ღამეში ერთჯერ. ქმარი მოუკვდა, როცა 35 წლის იყო. ამ დროიდან სქესობრივ ცხოვრებას არ ეწეოდა. ხშირად ჰქონდა ეროტიკული სიზმრები ორგაზმით, ესიზმრებოდა ქმართან სქესობრივი ცხოვრება. 35-დან 65- წლამდე მიმართავდა მასტურბაციას (3-4-ჯერ თვეში).

ბოლო 6 წელია აწუხებს დიაბეტი მძიმე ფორმით და ჰიპერტონიული დაავადება II სტადიის. არტერიული წნევა 160/80 — 200/100 მმ ვერცხლის წყლის სვეტ. პერიოდულად ძლიერი თავბრუ.

მწვავედ დაავადდა 2 წლის წინ. უცებ განვითარდა ძლიერი თავბრუ და გულისრევა, რასაც მოჰყვა მკვეთრი სქესობრივი აგზნება. დასაწყისში ჰქონდა მღრღნელი შეგრძნება მუცლის ქვემოთ. მიმართა გინეკოლოგს, მაგრამ პათოლოგია არ აღმოჩნდა. შემდეგ ეს შეგრძნება შეიცავა-

ლა სულ უფრო და უფრო მზარდი სქესობრავი აგზნებით. ის გრძელდებოდა დღისა და ღამის მანძილზე. მასტურბაცია არ უცდია. რადგან ფიქრობდა, რომ ახლა შექმნილი მდგომარეობა წარსულში მასტურბაციის ბრალია. ერთი-კელი სიხმრები ორგანიზმით არ განახლებია. წუხილი და მღელვარება უძლიერებდა სქესობრივ ლტოლვას. სარჩევო ჭირკვლები ძალიან მგრძობიარე გაუხდა შეხებისადმი. გამობანაც კი იწვევდა სქესობრივ ლტოლვის გაძლიერებას. ფსიქიკური ფაქტორები (სატელევიზიო გადაცემები ან წიგნები, სადაც სიყვარულზე იყო ლაპარაკი) უძლიერებდა ლტოლვას, ამასთან დაკავშირებით, შეწყვიტა მსგავსი წიგნების კითხვა და სატელევიზიო გადაცემების ყურება.

გინეკოლოგებმა ავადმყოფს ჩაუტარეს ერთთვიანი მკურნალობის კურსი მამაკაცის ჰორმონებით—ტესტოსტერონით, მეთილანდროსტენდიოლით. შემდეგში—ქალის სასქესო ჰორმონებით; არც ერთმა არც მეორემ შედეგი არ გამოიღო. ბრომიკამფორას, ტრიოქსაზინს, ელენიუმს სქესობრივ ლტოლვის ძალაზე არსებითი ზეგავლენა არ მოუქდენია.

სქესობრივი ლტოლვის ძალის მნიშვნელოვანი დაქვეითება გამოიწვია მხოლოდ ამინაზინის დიდი დოზების მიღებამ—150 მგ დღე-ღამეში. მაგრამ პრეპარატი იწვევდა მკვეთრ ზოგად მოდუნებას, აღინაშინას, ძილიანობას.

მოცემულ შემთხვევაში 70 წლის ქალს, რომელსაც ჰიპერტონიული დაავადება აქვს, სისხლძარღვთა კრიზისის გადატანის შემდეგ განუვითარდა ჰიპერსექსუალურობის მოვლენები. ის შეუცვლელად გრძელდებოდა 2 წლის მანძილზე. სქესობრივი ლტოლვის შესუსტება შესაძლებელი გახდა ამინაზინის 150 მგ (დღე-ღამეში) დანიშვნით. შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ ავადმყოფობის მიზეზი გახდა ტვინში სისხლმიმოქცევის მოშლა ტვინის დაზიანებით სუბკორტიკალურ დონეზე.

18 წლის მორარე გვიან ღამით ბრუნდებოდა სახლში ბნელი შესახვევის გავლით. თან ჰქონდა დიდი რაოდენობით ფული. მას აედევნა მამაკაცი, ძლივს მოასწრო სახლში. შერბენა და ცხვირწინ კარის მიხურვა. შექმნილი იყო. მღელვარებისაგან კანკალებდა. მღრღნელი ტკივილი იგრძნო მუცლას ქვემო ნაწილში, დაეწყო ხშირი შარდვა. ამ დროიდან განუვითარდა ძლიერი სქესობრივი აგზნება, რაც 22 წელია გრძელდება.

ავადმყოფი თითქმის მუდმივად განიცდის სქესობრივი სიახლოვის ძლიერ ნდომას, 3-5-ჯერ დღეში ეს მკვეთრად ძლიერდება და 2-3 საათი განმეკობაში გაშმაგებულია. ამ დროს ავადმყოფი ადგილს ვერ პოულობს, ზოგჯერ ბორკავს, თავს ძლივს იკავებს გარეგნულად მისი გამოხატვისაგან. მამაკაცთან მიახლოება აძლიერებს სქესობრივ ლტოლვას.

შთამომავლობითი დატვირთვა არა აქვს. იზრდებოდა და ვითარდებოდა ნორმალურად. ოჯახში ძალიან მკაცრი აღზრდა მიიღო. მენსტრუაცია დაეწყო 14 წლიდან, 2-3 დღე, უმტკივნეულო. სქესობრივი ცხოვრება დაიწყო გათხოვებიდან—21 წლის ასაკში. ჰყავს 5 წლის გოგონა. ქმართან

სქესობრივ ცხოვრებას ეწევა ღღეგამოშვებით. სქესობრივი აქტის დროს აღდგენს მხოლოდ დროებით განტვირთვას.

ცდილობს სქესობრივი ღტოლვა ჩაიხშოს ზნეობრივი მოსაზრებებით. ერიდება შემთხვევით ნაცნობობას, არ უშვებს აზრს ონანიზმის შესახებ. ექიმებს სთხოვს გაანთავისუფლან იგი მტანჯავი სქესობრივი ღტოლვისაგან. დიდ დროს ატარებს სახლში, ეტანება საოჯახო საქმეებს. გაურბის თეატრში, კინოში სიარულს, არ ჯდება სახსე ავტობუსში და ტროლეიბუსში, რადგან მამაკაცებთან სიახლოვე ძლიერ სქესობრივ აგზნებას იწვევს და შიშობს, რომ სახეზე და მანერებზე შეეცვობა.

ავადმყოფობამდე სქესობრივი ღტოლვა არ ჰქონია, სექსუალური საკითხები არ აინტერესებდა, არაეინ არ შეეყარებია, ეროტიკულ სიზმრებს არ ნახულობდა. ონანიზმი არასოდეს უცდია. ხასიათით გულწაბობილია, ჩუმი. 18 წლამდე წითელას გარდა არაერთი დავადება არ გადაუტანია.

ავადმყოფი საშუალო ტანისაა, სწორი აგებულების, ქალური. მეორადი სასქესო ნიშნები ნორმალურად აქვს განვითარებული. ქალის სასქესო სფეროს მხრივ აღინიშნება დანამატების მხოლოდ უმნიშვნელო გადაადგება. აქვს რევმატიული ეტიოლოგიის მიტრალური სარქველის უქმარისობა, ქრონიკული ჰეპატიტი.

ავადმყოფი გამოვიკელით სტაციონარულ ფსიქიატრიულ კლინიკაში, ფსიქიკური დავადების ნიშნები არ აღინიშნება. ნერვული სისტემის ორგანული დაზიანების ნიშნები არ აღმოჩნდა, არ გამოვლინდა აგრეთვე ენდოკრინული დარღვევები. ჰორმონული თერაპია, ბრომკამფორით, მონოთერაპია, ტრანკვილიზატორები არაეფექტური გამოდგა. ამინაზინითა და სხვა ნეიროლეპტიკებით მკურნალობა არ ჩატარებულა ღვიძლის დაავადების გამო.

ამ შემთხვევაში ჯანმრთელ 18 წლის ქალიშვილს, რომელსაც ძალიან სუსტი სქესობრივი ღტოლვა გააჩნდა, ძლიერი შიშისა და ფიზიკური დაძაბულობის (სწრაფი სირბილი) შედეგად, უცებ განუვითარდა ნიმფომანიის მოვლენები. ეს მოვლენები მყარად იყო შენარჩუნებული 22 წლის მანძილზე. შეიძლება ვივარაუდოთ, რომ ისინი, ისევე როგორც წინა შემთხვევაში, გამოწვეული იყო სისხლძარღვთა გენეზის სუბკორტიკალური, ინერვაციული მექანიზმების დარღვევით, რადგან ავადმყოფმა გადაიტანა რევმატიზმი, რამაც გამოიწვია ამ მექანიზმების სისუსტე. ამასთან დაკავშირებით ძლიერმა ემოციურმა და ფიზიკურმა სტრესმა მოახდინა მათი დეკომპენსაცია და ჰიპოთალამური გენეზის ჰიპერსექსუალურობის განვითარება.

ჰიპოთალამური სინდრომის დროს სქესობრივ აგზნებას ხშირად შეტევისმაგვარი ხასიათი აქვს. შეტევის პროვოცირება შეუძლიათ ობიექტებს, რომლებსაც ძალიან შორეული და-

მოკიდებულება აქვთ სქესობრივ ცხოვრებასთან. მაგალითად, ჩვენს ერთ ავადმყოფს (54 წლის) ძლიერი სქესობრივი ავსნების გამოწვევა დაეწყო არა მხოლოდ მამაკაცების საზოგადოებაში ყოფნის და ეროტიკულ თემებზე საუბრისას, არამედ 3 წლის ბავშვის დანახვაზეც.

ამ სინდრომის დროს ორგანიზმს შეიძლება მიეცეს გახანგრძლივებული, ტალღისებური ხასიათი, რაც არ იძლევა დაკმაყოფილების გრძნობას ან იწვევს ლტოლვის მხოლოდ ხანმოკლე შესუსტებას. შეტევები შეიძლება შეხამებული იყოს ჰიპოთალამური სინდრომის სხვა გამოვლინებებთან, მაგალითად, ძილის დარღვევასთან, მადასთან, წყურვილთან, სუბფებრილურ ტემპერატურასთან და მიმდინარეობდეს ჰიპოთალამური ეპილეფსიის ეკვივალენტის სახით. უცაბედი ძლიერი სქესობრივი ავზნება სქესობრივი განტვირთვისადმი იმპულსური ლტოლვით ზოგჯერ აღენიშნებათ ეპილეფსიით ან ენცეფალიტით დაავადებულებს. ჩვენ ვუკვირდებოდით ორ ქალიშვილს, რომელთაც ენცეფალიტი ჰქონდათ გადატანილი. მათ თუმცა არ აღენიშნებოდათ ძალადობრივი ლტოლვა სქესობრივი სიახლოვისადმი, მაგრამ წარმოქმნილ ძლიერ სქესობრივ ლტოლვას წინ აღარ ეღობებოდა საკმაო წინააღმდეგობა პიროვნების მხრივ. როცა ის თავს იჩენდა ხოლმე, ავადმყოფები მზად იყვნენ შესულიყვნენ (და ხშირად შედიოდნენ კიდევ) სქესობრივ ურთიერთობაში პირველ შემხვედრთან.

თირკმელზედას ქერქის ჰიპერფუნქცია, მაგალითად, სიპსივნის დროს, იწვევს რა მამაკაცის სასქესო ჰორმონის (ანდროგენის) გაძლიერებულ გამოყოფას, ასევე შეიძლება ნიმფომანიის მიზეზი გახდეს. მაგალითად, 52 წლის ქალის გაძლიერებული სქესობრივი ლტოლვა თირკმელზედა ჰირკვლის ქერქის სიმსივნის პირველი ნიშანი გახდა. სადღეღამისო რაოდენობის შარდში მას აღმოაჩნდა 17-კეტოსტეროიდების შემცველობის მნიშვნელოვანი გადიდება. სქესობრივი ლტოლვის გაძლიერებას არაიშვიათად აღნიშნავენ ქალები, რომლებიც მამაკაცის სასქესო ჰორმონების დიდ დოზებს ღებულობენ. ზოგჯერ ის უვითარდებათ ქალებს კლიმაქტერულ პერიოდში და როგორც ჩანს, დაკავშირებულია მამაკაცისა და ქალის ჰორმონული წონასწორობის დარღვევებთან საკვერცხეების ჰორმონული ფუნქციის შესუსტების გამო.

სქესობრივი ლტოლვის გაძლიერება ბავშვთა ასაკში ზოგჯერ შეიძლება განვითარდეს ფსიქიკური ზემოქმედების გარეშე.

ჩვენთან საკონსულტაციოდ დედამ მოიყვანა უმშვენიერესი 7 წლის გოგონა ნაწნაებზე დიდი ბაფთებით, რბილი ხასიათის, კონტაქტური და კვიანი. გოგონა 6 წლიდან ამეღავენებს ძლიერ სქესობრივ ლტოლვას ბიჭებისადმი. ის პირველი შედის მათთან კონტაქტში, გაჰყავს გვერდზე, ინტერესს იჩენს მათი სასქესო ორგანოების მიმართ, შეუწევა 12 წლის ძმას ლოგინში და ცდილობს მასთან ჩაატაროს სექსუალური ქმედებები. მასტურბაციას უარყოფენ. ტინის ორგანული დაზიანება და ენდოკრინული დარღვევები არ აღინიშნება. ძლიერი სქესობრივი ლტოლვა განუვითარდა მას შემდეგ, რაც მასზე 3 წლით უფროსი ბიჭი თავისი სასქესო ორგანოთი უღიზიანებდა გენიტალურ არეს და აცნობიერებდა სქესობრივ სფეროში. ფსიქოთერაპიამ და თიორადაზინის მცირე დოზებმა ერთობლივად დადებითი ეფექტი მოგვცა — ბავშვის ქცევა მოწესრიგდა.

სქესობრივი ლტოლვის გაძლიერება, როგორც სინდრომი, შეიძლება შეგვხვდეს სხვადასხვა დაავადების დროს, მაგალითად, მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზით ან ცირკულარული ფორმის შიზოფრენიით ავადმყოფებში. ამასთან წინა პლანზეა ეიფორია, ფსიქომოტორული აგზნება. სუსტდება ეთიკური და ზნეობრივი წარმოდგენების შემაკავებელი გავლენა სქესობრივ ქცევაზე. ავადმყოფები იწყებენ „სქესობრივი აღვირაზნისილობის“ გამოვლინებას. მაგალითად, ცირკულარული ფორმის შიზოფრენიით დაავადებული ერთი ჩვენი ავადმყოფი 19 წლის წესიერი ქალიშვილი ავად გახდა აგარაკზე და დაიწყო სქესობრივი კავშირების დამყარება თითქმის უცნობ ადამიანებთან. ლენინგრადიდან მომავალმა მატარებელში გაიცნო მამაკაცი, ჩამოვიდა მოსკოვში და ორი დღე-ღამე გაატარა მასთან სასტუმროში.

თუმცა ძალიან იშვიათად, მაგრამ შეიძლება შეგვხვდეს სქესობრივი ლტოლვის მკვეთრი გაძლიერება მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზის დეპრესიული ფაზის დროსაც, შესაძლებელია როგორც ელემენტი — შერეული მდგომარეობის დროს. ვ. პ. ოსიპოვმა ლექციაზე მოყვა ავადმყოფის შესახებ, რომელსაც დეპრესიულ ფაზაში ისეთი ძლიერი სქესობრივი ლტოლვა განუვითარდა, რომ ღამით შეიბრინა ჯიხურში, სადაც ახალგაზრდა გუშაგი იმყოფებოდა და მუხლებზე დაჩოქილი ევედრებოდა, ჩატარებინა მასთან სქესობრივი აქტი და აისრულა კიდევ სურვილი.

მოყვანილი მონაცემები იმას მოწმობს, რომ ჰიპერსექსუალურობა არის სინდრომი, რომელიც აღინიშნება სხვადასხვა ავადმყოფური მდგომარეობის დროს.

განსაკუთრებული ადგილი უკავია ეგრეთ წოდებულ დონ-ჟუანიზმის სინდრომს — ქალებთან ან მამაკაცებთან სულ ახალი და ახალი „გამარჯვებებისაკენ“ სწრაფვას. ამას ერთ შემთხვევაში შეიძლება საფუძვლად ედოს გაძლიერებული სქესობრივი ლტოლვა, მეორე შემთხვევაში — საკუთარი არასრულფასოვნების, საკუთარ ღირსებებში დაურწმუნებლობის გრძნობის დაძლევა და ამასთან დაკავშირებით სწრაფვა საკუთარ მომხიბვლელობაში კვლავ და კვლავ დარწმუნებისადმი.

ჩვენ გვხვდებოდნენ ჯანმრთელი ახალგაზრდა ქალები, რომელთაც ძლიერი და შედარებით ადრე გავლივებული სქესობრივი ლტოლვა გააჩნდათ და ჰქონდათ ყოველდღიური განმეორებითი სქესობრივი აქტის მოთხოვნილება. ამ უკანასკნელს ახლდა გახანგრძლივებული ტალღისებური ვაგინალური ორგაზმი, რომელიც 1 საათამდე გრძელდებოდა. საზღვარი ნორმისა და პათოლოგიის უკიდურეს ვარიანტებს შორის გაურკვეველია.

ვაგინიზმი და ვირგოპაია

ვაგინიზმი (ლათინური სიტყვისაგან — vagina — საშო) ეწოდება საშოსა და მენჯის ძირის კუნთების კრუნჩხვით შეკუმშვებს, რაც გამოწვეულია სქესობრივი აქტის ან გინეკოლოგიური გასინჯვის შიშით. ამ დროს ზოგჯერ კრუნჩხვითი შეკუმშვები ვითარდება თეძოებსა და მუცლის კუნთებშიც.

კუნთების კრუნჩხვითი შეკუმშვები, რომლი დროსაც შეუძლებელი ხდება საშოში შეღწევა, აღინიშნება არამხოლოდ ვაგინიზმის შემთხვევაში. მაგალითად, ის შეიძლება განვითარდეს ქალის სასქესო ორგანოებზე შეხებისას, როცა ეს იწვევს ძლიერ ტკივილს, მაგალითად, გარე სასქესო ორგანოების მთლიანობის დარღვევისას, უკანა გასასვლელის მიდამოებში ნახეთქებისას, ვულვოვაგინიტის დროს. ამ შემთხვევაში მას უპირობო რეფლექსური დაცვითი რეაქციის ხასიათი აქვს და, ვაგინიზმისაგან განსხვავებით, შეიძლება ფსევდოვაგინიზმი ვუწოდოთ.

ჩვენი დაკვირვებების საფუძველზე შეიძლება განვასხვაოთ ვაგინიზმის გამოვლინების სამი ხარისხი:

I ხარისხი — რეაქცია ხდება მამაკაცის სასქესო ორგანოს შეყვანისას სქესობრივი აქტის დროს ან ექიმის მიერ ინსტრუმენტის, ან თითის საშოში შეყვანისას;

II ხარისხი — რეაქცია ხდება სასქესო ორგანოებზე შეხებისას;

III ხარისხი — რეაქცია ხდება სქესობრივი აქტის ან გინეკოლოგიური გასინჯვის მხოლოდ წარმოდგენისას.

სქესობრივი აქტის წინ შიში შეიძლება ჰქონდეთ როგორც გაგონილისა და მონაყოლის, ასევე დეფლორაციისას რეალური ტკივილის გადატანის შედეგად.

ვაგინიზმის მოვლენებო, რაც სქესობრივ ცხოვრებას შეუძლებელს ხდის, როგორც ჩანს, არც ისე იშვიათია. მაგალითად, ლენინგრადის კონსულტაციას, ოჯახური ცხოვრების საკითხების შესახებ, ქვეყნის სხვადასხვა რეგიონიდან წელიწადში 80 წყვილი აკითხავს იმის შესახებ, რომ მათ ჯერ კიდევ არ დაუწყიათ სქესობრივი ცხოვრება, რაც ჩვეულებრივ ანლობლებმაც კი არ იციან. მსუბუქად გამოხატული ვაგინიზმის დროებითი მოვლენები, რის გამოც არ მიუმართავთ ექიმისათვის, ხშირად მორცხვობის გამო, სხვადასხვა დროს აღენიშნებოდა ქალების 10%, რომლებიც სქესობრივ ცხოვრებას ეწევიან. ამ მოვლენებს განეკუთვნება ინიციალური ვაგინიზმი, რაც თავს იჩენს სქესობრივი აქტის დასაწყისში და ქრება ფრთხილი ფრიქციის დროს. კლიმაქსური ფსევდოვაგინიზმი ვითარდება ლიბიდოს დაქვეითების გამო, სქესობრივი აქტის დასაწყისში სასქესო ორგანოების სიმშრალესთან დაკავშირებით, რაც მტკივნეულს ან უსიამოვნოს ხდის მას.

ჩვენ ვასხვავებთ ფობიურ (განეკუთვნება აკვიატებულ ნევროზულ მდგომარეობებს) და ვაგინიზმის ისტერიულ ფორმებს. ფობიური ვაგინიზმის დროს წინა პლანზე გამოდის აკვიატებული შიში სქესობრივი აქტის წინ — კოიტოფობია. ავადმყოფებს ესმით მისი უსაფუძველობა ან არასაკმაო საფუძველიანობა, მაგრამ დაძლევა არ შეუძლიათ. გაჯავრება, საყვედური ან მოთხოვნა „საკუთარი თავი აიყვანოს ხელში“ („ყველა ქალს ტკიოდა“) მხოლოდ აუარესებს მდგომარეობას, ამღიერებს სასოწარკვეთას. ცდისას, რომ აქტი დაშინებით ჩაა-

ტაროს, პარტნიორს მოსდის თეძობისა და საშოს შესავალის გარშემო კუნთების კრუნჩხვითი შეკუმშვები და აქტის ჩატარება შეუძლებელი ხდება. არა თუ სასქესო ორგანოებზე შეხება, არამედ მათთან მიახლოება ან სქესობრივ სიახლოვეზე ან გინეკოლოგიურ გასინჯვაზე მხოლოდ გაფიქრებაც კი ვაგინიზმის განვითარებას იწვევს. ნაკლებად გამოხატულ შემთხვევებში (I ხარისხის ვაგინიზმის დროს) ავადმყოფები უშეუბუნებელი კლიტორის სტიმულაციას ხელით ან ქმრის სასქესო ორგანოთი, ასევე უფლებას იძლევიან სქესობრივი აქტი ჩაატარონ მცირე ბაგეებს შორის, მაგრამ სასქესო ასოს საშოში შეყვანას არ უშეუბუნებენ. ამ დროს მოსალოდნელია „უცოდველი ორსულობა“ — ორსულობა საქალწულე აპკის შენარჩუნებით (მშობიარობის შემდეგ ამ შემთხვევაში ვაგინიზმის მოვლენები უფრო ხშირად ქრება).

ვაგინიზმის ფობიური ფორმებისაკენ მიდრეკილებას იჩენენ ადვილად აგზნებადი, ვეგეტატიურად ლაბილური, მშიშარა, მოუსვენარი, ექვიანი ქალები, რომელთაც ეშინიათ ტკივილის, სისხლის დანახვის და ა. შ. ხშირად წარსულში მათ აღენიშნებოდათ სხვადასხვა ფობია, მაგალითად, სიბნელის შიში, გვხვდებოდნენ ავადმყოფები, რომელთაც არ ეშინოდათ ქირურგიული ოპერაციის, ნემსების, სტომატოლოგთან მკურნალობის, მაგრამ დაუძლეველ შიშს განიცდიდნენ დეფლორაციის წინ (დეფლორაციოფობია). ფობიური ვაგინიზმის დროს სქესობრივი აქტისადმი შიში იყო ან მათ მიერ გაგონილი და მონაყოლის შედეგი, ან მათ მიერ დეფლორაციის დროს განცდილი რეალური ტკივილის შედეგი.

ქმრის გამოუცდელობა და გაუბედავობა, რაც გამოწვეულია ზედმეტი შიშით, რათა ტკივილი არ მიაყენოს პარტნიორს, ისევე როგორც ზედმეტი უხეშობა დეფლორაციის დროს, შეიძლება ვაგინიზმის განვითარების ხელშემწყობი მიზეზი გახდეს.

ავადმყოფი მ. 26 წლის, პედაგოგი. ციმბირიდან ჩამოვიდა ლენინგრადის კონსულტაციაში ოჯახური ცხოვრების საკითხებზე რჩევა-დარიგებისა და დახმარების თხოვნით. ხასიათით გულდია, ადვილად აგზნებადი, ვეგეტატიურ-ლაბილური (ადვილად წიაღდებოდა), მუდამ ეშინოდა ტკივილის, სისხლის დანახვის, სიბნელის. მოზარდობისას ესმოდა საშიში მონაყოლები დეფლორაციის შესახებ. სქესობრივ ცხოვრებას არ ეწეოდა, გათხოვდა სიყვარულით 4 წლის წინ. გაჰყვა მასზე სამი წლით უფროს,

ინეინერ გ.-ს. მეუღლე სპორტსმენია, მოყრივე. მასთან სქესობრივი ცხოვრება არ დაუწყია. ქმრის ალერსის დროს უვითარდება კლიტორული ორგანოში. კოიტუსის ჩატარების დროს იპყრობს ძლიერი დაუძლეველი შიში, რასაც თან ახლავს თეძოებისა და საშოს შესავალის კუნთების კრუნჩხვითი შეკუმშვები. ეს მოვლენები უვითარდება ქმართან სქესობრივი სიახლოვისათვის მხოლოდ მზადების წინაც, ასევე გინეკოლოგის ხელის მიახლოებისას. ტრანველაზატორები (ელენაუმი, მეღერილი), ასევე ილკოპოლური დათრობა რეაქციას არ ხსნის. ქმარს სქესობრივი ცხოვრებია გამოცდილება არ ჰქონდა. სასქესო ორგანოები დიდა ზომისა აქვს. ერექცია კორწინების პირველ წლებში კარგი ჰქონდა, ბოლო დროს რამდენადმე შეუსუსტდა წინამდებარე ჯირკვალში შეგუბებით მოვლენებთან დაკავშირებით. თავი იჩინა ლოღინის ნევროზის გამოვლენის ნიშნებში.

ავადმყოფს ჩაუტარდა ფსიქოთერაპიული საუბრები, რომელიც მიმართული იყო დეფლორაციის შესახებ ცრუ წარმოდგენების კორექტირებისაკენ. განუმარტეს, რომ ექიმი არავითარ ძალადობრივ პროცედურას არ ჩაუტარებს და ტკივილს არ მიაყენებს. აჩვენეს განკურნებული ავადმყოფების წერილები. ჩაუტარდა სუბგესტური თერაპიის სეანსი. დაუწყეთ ვარჯიში პირობითი კავშირის გაქრობის მეთოდით. პირველად ის მიმართული იყო თეძოების კუნთების კრუნჩხვითი შეკუმშვების დაძლევისაკენ. ამისათვის რეკომენდებულ იქნა ჩაცმული ზურგზე წოლისას გაეშალა ბარძაყები და საკუთარ სწეულში გამოეწვია ამ კუნთების ჩოდუნება, შეპლევში ჩაცმულს ჩაეტარებინა ქმართან ეს ვარჯიში სქესობრივი აქტის იმიტაციით. შთაბრძნობითი სეანსები შესამებული იყო ვარჯიშთან, რომლის დროსაც დასაშვები იყო ქმარი შეხებოდა პირველ ხანებში ტანსაცვლით დაფარულ სასქესო ორგანოებს, შემდეგ კი დაუფარავეს. მაგრამ თათის წვერის საშოში შეყვანის უფლება ავადმყოფმა არ მოგვცა. ქმრის თანხმობით ჩაუტარდა „საშოს შესავლის გაფართოება“ — ქირურგიული დეფლორაცია. ეს გაკეთდა ნარკოზის გარეშე, გამოიწვია მცირე უკაბედი ტკივილი და უმნიშვნელო ხანმოკლე სისხლდენა. დეფლორაციიდან მესამე დღეს უფლება მოგვცა საშოში ექიმის თათის შეყვანისა. სასქესო ორგანოებზე ვაზელინის წასმის შემდეგ ექიმის ხელმძღვანელობით ნელა, თანდათან თვითვე ღრმად შეყვანა წვრილი (15 მმ დიამეტრის) გამაფართოებელი. გაკვირვებული დარჩა მით, რომ ის ასეთი „ტუვადია“ და იგრძნო, რომ შიში თითქმის გაუქრა. ისწავლა დიდი, მათ შორის — 40 მმ-ნღე დიამეტრის გამაფართოებლების თვითვე შეყვანა, რათა შეძლებოდა დაზარებოდა ქმარს და მიეცა რჩევა სქესობრივი სიახლოვისათვის ოპტიმალური პოზების შერჩევის შესახებ. იმავე დამეს დაიწყო ნორმალური სქესობრივი ცხოვრება. მკურნალობა 10 დღე გაგრძელდა. ცოლს მკურნალობასთან ერთად მკურნალობდა ქმარიც (ფსიქოთერაპია, წინამდებარე ჯირკვლის მასაჟის სეანსები).

ზემოაღნიშნულ შემთხვევაში ქალიშვილი, რომელიც სენსიტურ პიროვნებას განეკუთვნება, მოექცა დეფლორაციის „საშინელების“ შესახებ მონაყოლთა გავლენის ქვეშ, განვიტა-

რდა ფობიური ვაგინიზმი — დეფლორაციის აკვიატებული შიში, რაც შეხამებული იყო თეძოებისა და საშოს შესავალი კუნთების კრუნჩხვით შეკუმშვებთან. შიშის დაძლევა ვერ მოხერხდა ვერც ტრანკვილიზატორებით და ვერც ალკოჰოლის დიდი დოზებით. მოსიყვარულე ცოლ-ქმარმა 4 წლის მანძილზე ვერ შეძლეს დაეწყოთ სქესობრივი ცხოვრება. ბოლო წელს ქმარს რამდენადმე დაუქვევითდა პოტენცია. სუგესტურმა თერაპიამ, პირობითი კავშირის ჩასშობის მეთოდთან (ქცევის თერაპია) ერთად, გამოიწვია ვაგინიზმისაგან სრული განთავისუფლება და ცოლ-ქმარმა დაიწყო ნორმალური სქესობრივი ცხოვრება.

ფობიურ ვაგინიზმს საფუძვლად უდევს პათოლოგიურად მყარი პირობითრეფლექსური კავშირის განვითარება, როგორც ეს დამახასიათებელია აკვიატებული მდგომარეობისაოვის, სქესობრივ აქტსა და შიშის გრძნობას შორის. დეფლორაციისადმი შიში შეიძლება სიკვდილის შიშზე ძლიერი იყოს. მაგალითად, ჩვენი ავადმყოფი 26 წლის ინჟინერი, იმის გამო, რომ 2 წლის განმავლობაში ვერ შეძლო დაეძლია დეფლორაციისადმი შიში და დაეწყო ნორმალური სქესობრივი ცხოვრება საყვარელ ქმართან, სასოწარკვეთილებამდე მივიდა და თავის მოკვლა სცადა (მძიმედ მოიწამლა). სამი დღე-ღამის განმავლობაში სარეანიმაციო განყოფილებაში იმყოფებოდა, მაგრამ, მიუხედავად ამისა, არ შეიცვალა გადაწყვეტილება. შიშის დაძლევა მოხერხდა 2 კვირაში და მან დაიწყო ნორმალური სქესობრივი ცხოვრება. ახლა ის ბედნიერი დედაა.

იშვიათი შემთხვევა არ არის ისტერიული ვაგინიზმი, რომლის მიზეზი, ფობიუსისაგან განსხვავებით, არის ავადმყოფის გაცნობიერებული თუ გაუცნობიერებელი უარყოფითი დამოკიდებულება მოცემულ პიროვნებასთან სქესობრივი ცხოვრების მიმართ. ვაგინიზმი სწორედ ამ მიზნის მიღწევის საშუალებას წარმოადგენს. იგი ვითარდება „დაავადებაში ჩაფვლის“, „პირობითი სიამოვნების ან ავადმყოფური სიმპტომის სურვილის“ მექანიზმის მიხედვით, აქვს გროტესკის, სქესობრივი სი-ახლოვის მიმართ ზიზღისა და შიშის დრამატული გამოხატულების სახე და ხშირად ახლავს ჩივილები „მწვავე ტკივილზე“ სქესობრივ ორგანოებზე ოდნავი შეხებისას. დამახასიათებე-

ლია ვაგინიზმის II ხარისხი, არჩევითი, მხოლოდ გარკვეული პიროვნებისადმი მიმართული.

ვაგინიზმის მოვლენები შეიძლება წლობით გაგრძელდეს.

მაგალითად, მოგვემართა მომხიბვლელმა, რბილი ხასიათის ქალმა, ალ-ბინისტმა, განათლებით ფილოლოგმა, ერთგვარი იქვენული მღვლეარებით. ქმარი ფიზიკოსია, სქესობრივი მხრით ნორმალური. დაქორწინდნენ სიყვარულით, 20 წლის ასაკში. ქორწინების პირველ დამეს ძლიერი ტკივილი იგრძნო დეფლორაციისას. ამ მომენტიდან დაუძლეველი შიში გააუქითარდა საშოში მამაკაცის სასქესო ორგანოს შეყვანისა და ასევე გინეკოლოგიური გასინჯვის ბიმართ. გართა სასქესო ორგანოებზე შეეების უფლებას ძაღვეა, ორგაზმს განიცდის, მაგრამ კოიტუსის ცდისას აქვს უძლეარესი, დაუძლეველი შიში, რასაც აწლავს თეძოების კრუნჩხვითი შეკუმშვები მეწვის ძირისა და საშოს შესავლის კუნთების დაძაბვით. ფობიური ვაგინიზმის მოვლენები 19 წელი გრძელდებოდა. ჩვენ შევძელით სრულად მოგვეხსნა ის 19 დღეში. ტარდებოდა სევესტური თერაპიის ყოველდღეური სეანსები I ხარისხის პიპნოზური ძილას დროს ფორელის მიხედვით. ეს შესამებელი იყო პირობითი კავშირის გაქრობის მეოოდით მეურნალობასთან — კერძოდ, საშოში გამაფართოებლის შეყვანაზე სახლში ვარჯიშთან ისე, როგორც ზემოთ იყო აღნიშნული. ახლა ისიც ბედნიერი დედაა.

ცოლის ხანგრძლივ ვაგინიზმს მოსდევს ქმრის პოტენციის დაქვეითება, მასში ლოდინის ნეეროზის განვითარება და ზშირად შეგუბებითი მოვლენები წინამდებარე ჯირკვალში.

ვაგინიზმს ძალიან მძიმედ განიცდის ცოლ-ქმარი და ერთერთი მიზეზია ანომალური ცოლქმრული ურთიერობისა, რომელსაც ჩვენ ვირგოგამიას ვუწოდებთ (ლათ. virgo — ქალწული, gamos — ქმარი) — „ქალწულური ქორწინება“. ასეთი ქორწინების სამედიცინო და ფსიქოლოგიური ასპექტები ნაკლებადაა შესწავლილი, რადგან ცოლ-ქმარი ჩვეულებრივ მათი დამოკიდებულების ხასიათს ახლობლებსაც კი უმაღავს.

1974 წ. „ქალთა სექსოპათოლოგია“ პირველი გამოცემის შემდეგ 1978 წელს თებერვალში ჟურნალ „რებოტნიცა“-ში, 1978 წ. აგვისტოში და 1982 წ. მარტოში ჟურნალ „ზდოროვიე“-ში დაბეჭდილი სტატიების, ასევე 1982 წ. წიგნის „ნევიროზები“-ს გამოსვლის შემდეგ, რომლებშიც აღნიშნული იყო, რომ დახმარება გაეწია არაერთ ცოლ-ქმარს, რომელთა ქორწინებაც ფაქტობრივად არ შემდგარა“, ლენინგრადის კონსულტაციაში ოჯახური ცხოვრების საკითხზე 500-ზე მეტმა წყვილმა მოგვემართა ვირგოგამიის გამო. მათგან ჩვენ ახალიზი გავუქეთთ 1-დან 19 წლამდე ხანგრძლივობის ვირგოგა-

მიის 264 შემთხვევას (წყვილს). ცოლ-ქმრის ასაკი შეადგენდა 19-დან 52 წელს, ძირითადად 20-დან 30 წლამდე. დახმარებისათვის მოსულთაგან სოფლის მცხოვრები შეადგენდა 25%, თითქმის ამდენივე იყო მუშა; დაახლოებით ერთ მეოთხედს ჰქონდა დამთავრებული თუ დაუმთავრებელი უმაღლესი განათლება. 10-დან 9 შემთხვევაში არც ქმარს და არც ცოლს ქორწინებამდე სქესობრივი ცხოვრების გამოცდილება არ ჰქონია. მამაკაცთა უმრავლესობას სასქესო ასო შედარებით დიდი ჰქონდა, რასაც შეიძლებოდა დამატებითი შეფერხებები შეექმნა დეფლორაციის დროს. წყვილთა 9/10 მიმართავდა პეტინგს და აღწევდნენ ორმხრივ ორგაზმს. ანორგაზმია იშვიათად გვხვდებოდა იმ ქალებთან შედარებით, რომლებიც ნორმალური სქესობრივი ურთიერთობით ცხოვრობდნენ. როგორც ჩანს, უკანასკნელში იშვიათად მიმართავდნენ ეროგენული ზონების დამატებით სტიმულაციას. ფრიგიდული, ასექსუალური ქალები 10% ნაკლებს შეადგენდნენ.

ჩვენი დაკვირვებები საშუალებას გვაძლევს გამოვყოთ ვირგოგამიის შემდეგი სამი ფორმა: ფობიური (ბერძნ. *phobos*-ში ში), იგნორაციული (ლათ. *ignoratio* — უცოდინარობა) და იმპოტენციური. შესაძლებელია მათი შეხამებაც.

ფობიური ფორმისათვის დამახასიათებელია აკვიატებული შიში დეფლორაციის ან კოიტუსისა, რაც გამოწვეულია ტკივილის შიშით. შიშს ხშირად ახლავს საშოს შესავლისა და მენჯის ძირის კუნთების შეკუმშვა (ვაგინიზმი), რაც თავს იჩენს სქესობრივი სიახლოვის ცდისას. ერთ შემთხვევაში ის უჩნდება მშიშარა ქალიშვილებს, რომლებიც ექცევიან პირველი საქორწინო დამის საშინელების შესახებ მონაყოლის გავლენის ქვეშ, მეორე შემთხვევაში — ტკივილის თანმხლები დეფლორაციის ცდის შემდეგ, ძალიან იშვიათად, ქმრისადმი უარყოფითი დამოკიდებულების შედეგად.

ფობიურ ფორმას განეკუთვნება ვირგოგამიის 2/3. ვირგოგამიის მკურნალობის ეფექტი (ფსიქოთერაპიის შეხამება სპეციფიკურ ვარჯიშებთან, რომელიც აღწერილია თავში — ვაგინიზმის თერაპია) მიღწეულია შემთხვევათა თითქმის 100%, უფრო ხშირად 1-2 კვირაში.

იგნორაციული ვირგოგამია შეგვხვდა წყვილთა 17%, ის წარმოადგენდა ცოლ-ქმრის გამოუცდლობის, უცოდინარო-

ბის, სასქესო ორგანოების ტოპოგრაფიაში არასაკმაო ორიენტაციის შედეგს. ვირგოგამიის ამ ჯგუფში ქალიშვილებს აღენიშნებოდათ აღზრდაში სექსუალურობის ჩახშობა. მამაკაცებს — ბავშვობის ასაკში თანატოლებში სექსუალური თამაშები არ ჩაუტარებიათ.

ახალგაზრდა ცოლ-ქმარმა წელიწადნახევარი ვერ შეძლო დაეწყო სქესობრივი ცხოვრება. ქმარს კარგი ერექცია აქვს. გინეკოლოგმა უთხრა ცოლს, რომ ის ჭანმრთელია. ვერც ვაგინიზმი, ვერც დეფლორაციას შიში ვერ აღმოვაჩინეთ. ცოლ-ქმარს შთაბეჭდილება ექმნებათ, რომ ქმრის სასქესო ორგანო რალაცას ებჭინება, ცოლს ძალიან ტკივა და მისი საშოში შეყვანა ვერ ხერხდება.

გინეკოლოგიურ კაბინეტში ცოლს ურჩიეს წვრილი ზონდით მოეინჯა საშოს შესავალი (ზონდი დაფარული იყო პარალონით და ჩამოცმულა ჰქონდა პრეზერვატივი სტერილურობის უზრუნველსაყოფად) და განესაზღვრა საჭირო მიმართულება. მან ამის გაკეთება ვერ შეძლო. „თქვენ ხომ ექიმი თერაპეტი ხართ, ნუთუ არ შეგიძლიათ იპოვოთ შესავალი და აჩვენოთ სწორი მიმართულება?“ — ავადმყოფზე რა თქმა უნდა, შემიძლია, მაგრამ საკუთარს არასოდეს შევხებივარ“... როცა მას აჩვენეს სწორი მიმართულება და რამდენჯერმე თვითონვე აპოვინეს ის, ქალმა წამოიძახა „ის ხომ სულ სხვა მიმართულებით მიდიოდა“. ცოლ-ქმარმა იმავე საღამოს დაიწყეს სქესობრივი ცხოვრება.

იმპოტენცია, ვირგოგამიის ფორმა აღინიშნა შემთხვევათა 21,2% და გამოწვეული იყო ქმრის სასქესო ფუნქციის მოშლით. შემთხვევათა უდიდეს უმრავლესობაში ეს დარღვევები პირველად იჩენდა თავს მხოლოდ ცოლთან პირველი სქესობრივი აქტის დროს. ის წარმოადგენდა ან ლოდინის ნევროზის, ან საქმრობის პერიოდში ეაკულაციის (ფრუსტრაციის) გარეშე ხშირი სქესობრივი აგზნების შედეგს ანდა გამოწვეული იყო აუცილებლობით მოულოდნელად გადაედო სქესობრივი სიახლოვე ცოლის მენსტრუაციის დაწყების გამო. მხოლოდ იშვიათ შემთხვევაში იყო მიზეზი *ejaculatio an te portas*, ფიმოზი და ა. შ. ვირგოგამიის ეს ფორმა ადვილად იკურნებოდა 2-4 კვირაში შემთხვევათა 86%.

ვირგოგამიის დროს ცოლ-ქმარს შორის იქმნება განსაკუთრებული ურთიერთპიროვნული დამოკიდებულება, რაც განსაზღვრავს ქორწინების საოცარ სტაბილურობას. საერთო წუხილი და სიყვარული, დანაშაულისა და შეცოდების გრძნობა განამტკიცებს ქორწინებას. ზოგჯერ ამ შემთხვევაში მამაკაცის მხრიდან ცოლისადმი ერთგულება აიხსნებოდა შიშით, რომ ის

სხვა ქალთან ვერ ჩაატარებდა სქესობრივ აქტს, ცოლის მხრიდან კი — „მხილებული“ არ ყოფილიყო მისი ქალწულობა.

ფსიქოგენური გენიტალგია

გენიტალგია (ლათ. *genitus* — სასქესო, *algia* — ტკივილი) ეწოდება ტკივილის შეგრძნებებს სასქესო ორგანოებში. ის შეიძლება იყოს როგორც სომატოგენური, ასევე ფსიქოგენური წარმოშობისა. პირველ შემთხვევაში მათი მიზეზი უფრო ხშირად არის სასქესო ორგანოების ანთებითი პროცესები ან ტრავმები, მეორე შემთხვევაში — ფსიქიკური ფაქტორები.

გენიტალგიის სქესობრივ აქტთან კავშირის მიხედვით ტ. ე. აგარკოვა (1986) გამოყოფს: „ლოდინის“ გენიტალგიას, ფრიკციული პერიოდის გენიტალგიას, ფრუსტრაციულ გენიტალგიას და კოპულაციური ციკლის გარეშე გენიტალგიას. იგი აღნიშნავს, რომ ტკივილითი შეგრძნება უფრო ხშირად თავს იჩენს სქესობრივი აქტის შემდეგ, თუ ის ორგანოებში არ დამთავრდა, უფრო იშვიათად ინტროიტუსის ან ფრიკციის დროს.

ფსიქოგენური გენიტალგიები ხშირად გვხვდება ვაგინიზმის და კოიტოფობიის დროს; ამ შემთხვევაში ავადმყოფები უჩივიან ძლიერ ტკივილს გარე სასქესო ორგანოებზე მსუბუქი შეხების დროსაც კი და მით უმეტეს საშოსში თითის შეყვანის ცდისას. მაგრამ ყურადღებას თუ არ მივაქცევთ ამ ჩივილებს და მაინც მკვეთრად შევხებით მათ გენიტალურ მიდამოს, ავადმყოფები აღნიშნავენ, რომ მათ კი არ ტკივათ, არამედ ეშინიათ. ამ შემთხვევაში ტკივილი შეიძლება გავაქროთ.

ფსიქოგენური გენიტალგიები შეიძლება ისტერიული ნევროზის გამოვლინებაც მივაკუთვნოთ; ისტერიული გენიტალგიისათვის დამახასიათებელია სხვადასხვაგვარი ტკივილი—მღრღნელი, მკრელი, გამჭოლი, ჩხვლეტითი, „სხეულის ხმლით გაჭრის მსგავსი“, ასევე პარესთეზია (ჭიანჭველების სიარულისმაგვარი, ქავილი და ა. შ.). ტკივილი უფრო ხშირად ლოკალიზდება საშოს მიდამოში და მუცლის ქვემო ნაწილში, უფრო იშვიათად—გარე სასქესო ორგანოების მიდამოში. ჩვეულებრივ თავს იჩენს სქესობრივ აქტთან დაკავშირებით, მის დასაწყისში ან დასასრულს და შეიძლება თან ახლდეს გულისრევის, „მთელი სხეულის მოწყვეტის“ შეგრძნება, კვნესა და ექსპრესიული მო-

ძრაობები. ავადმყოფები ყოველნაირად გაურბიან სქესობრივ კონტაქტებს ან სრულიად უარს ამბობენ მასზე. ისტერიულ გენიტალგიას საფუძვლად უდევს „ავადმყოფობაში ჩაფვლის“, „პირობითი სიამოვნების ან ტკივილის სიმპტომის სასურველობის“ მექანიზმი. ამ შემთხვევაში ტკივილს თვით-შთაგონების ხასიათი აქვს და მოწოდებულია ავადმყოფი დაიხსნას სქესობრივი ცხოვრებისაგან, რაც აუტანელი გახდა ან იმის გამო, რომ არ იწვევს სქესობრივ კმაყოფილებას ან იმის გამო, რომ არ სურს განიცადოს სქესობრივი შეგრძნებები მამაკაცისაგან, რომელიც შეეზიზღა (მაგალითად, მთვრალი ან უხეში ქმარი). ამასთან, ჩვეულებრივ თანაარსებობენ ურთიერთსაწინააღმდეგო ტენდენციები: ერთი მხრივ, სურვილი—თავი დაიხსნას სქესობრივი სიახლოვისაგან, მეორე მხრავ—ოჯახის შენარჩუნების სურვილი—შვილების ხათრით ან საზოგადოებრივი აზრის გამო. ავადმყოფები უფრო ხშირად თვლიან, რომ ტკივილი აიძულებთ მათ, უარი თქვან სქესობრივ ცხოვრებაზე და არ იაზრებენ, რომ სინამდვილეში სქესობრივი ცხოვრების სურვილის დაკარგვა არის მიზეზი მათში ტკივილის წარმოქმნისა. დამახასიათებელია შემდეგი დავკვირება.

ავადმყოფი რ. 32 წლის. 10 წლის გათხოვილია, ჰყავს ორი შვილი, 6 და 8 წლის. ბოლო ორი წელი სქესობრივად აქტის და მისი დამთავრების შემდეგ გრძნობს მკრელ ტკივილს საშოს მიღამოში, მღრღნელ ტკივილს გავის არეში, გამკოლ ტკივილს, რომელიც პოდის მცირე მენჯიდან და გადაეცემა კუჭთან, ზოგჯერ თითქოს ცუდად არის, გული მისდის. ბოლო თვეებში სქესობრივი ცხოვრება თითქმის შეწყვიტა. ქმრისა და შვილების მიმართ გაღიზიანებულია. ქმარი ყურადღებიანია, მზრუნველი. ცოლი დიდად აფასებს მას, როგორც მეგობარს და შვილების მამას.

გათხოვების პირველ წლებში სქესობრივად ცივი იყო, სქესობრივი სიახლოვისადმი გულგრილი. მეორე შვილზე მშობიარობის შემდეგ ძილში რამდენჯერმე განიცადა ორგაზმი. სამი წლის წინ ხანმოკლე სქესობრივი ურთიერთობა ჰქონდა სხვა მამაკაცთან, რომელთანაც განიცადა სქესობრივი კმაყოფილება. სქესობრივი ცხოვრება ქმართან ამის შემდეგაც არ მთავრდებოდა ორგაზმით, მაგრამ იწვევდა ფრუსტრაციის მდგომარეობას, რასაც მოყვებოდა მღრღნელი ტკივილი გავის არეში. სქესობრივი აქტის დასაწყისში სასქესო ორგანოები არ სველდებოდა და ფრაქცია მტკივნეული იყო. შემდგომში ტკივილი ძლიერდებოდა და ხდებოდა ირადირება. ქმარი როგორც სექსუალური პარტნიორი, ეზიზნება. უნდოდა მისი მიტოვება, მაგრამ ეს ნაბიჯი ვერ გადადგა. შვილებ-

ბის და ქმრის მაღალმორალური ღირსებების გამო. უშვებს, რომ შეიძლება ქმარმა მიატოვოს, რადგან მისი დაეხდებოდა არღვევს ოჯახურ ცხოვრებას.

ფსიქოთერაპიის პროცესში განუმარტეს, რომ მისი ტკივილი დაკავშირებულია ფსიქომატრავმირებელ სიტუაციასთან, გაუცნობიერებელ სურვილში, თავი აარიდოს სქესობრივ ცხოვრებას, რომელიც მისთვის უსიამოვნო გახდა, გაწყვიტოს ურთიერთობა ქმართან, პრაოცილება გაუკეთოს მის წასვლას, მორალური პასუხისმგებლობა მას დააკისროს ოჯახის დანგრევაში. ანალიზი გაუკეთდა მათი ოჯახური ცხოვრების ინტიმურ მხარეს და მიეთითა ქმართან სქესობრივი პარმონიის მიღწევის შესაძლებლობა. ხასი გაესვა მასთან დამოკიდებულების ფსიქოლოგიური გარდაქმნის მნიშვნელობას და ეროტიკული განწყობის წარმოქმნას მის მიმართ. ჩაუტარდა პიპნოთერაპიის 4 სეანსი ტკივილის მოხსნისა და სქესობრივი დაკმაყოფილების შთაგონებით. ქმარს დაენიშნა თიორიდაზინის (სონაპაკსის) ორკვირიანი კურსი იმისათვის, რომ მისთვის შეენატებინა უნარი უფრო დიდხანს ჩაეტარებინა სქესობრივი აქტი. პიპნოზის სამი სეანსის შემდეგ პირველად განიცადა კმაყოფილება ქმართან. გენიტალგია შეწყდა. ქმართან სქესობრივი ცხოვრება მოწესრიგდა.

ამ შემთხვევაში ისტერიული გენიტალგია განვითარდა ფსიქომატრავმირებელი სიტუაციის გავლენით და მოიხსნა, როცა ეს სიტუაცია გაქრა.

ზოგჯერ კლიმაქსურ პერიოდში აღინიშნება სქესობრივი ლტოლვის გაძლიერება, რასაც თან ახლავს პერიოდულად სისხლის მიღენა სასქესო ორგანოებში და მისგან გამოწვეული პარესთეზიები. თუ გაძლიერებული სქესობრივი ლტოლვა სქესობრივი ცხოვრებით ან მასტურბაციით არ განიტვირთა და მოხდა მისი ჩახშობა, ამან შეიძლება გამოიწვიოს პარესთეზიის გაძლიერება და სასქესო ორგანოების მიდამოებში ქავილის შეგრძნება. ეს უკანასკნელი შემდგომში ვითარდება სქესობრივ აგზნებასთან გარკვეულ კავშირში (ნერვული ქავილი).

ფსიქოგენური გენიტალგიები უნდა განვასხვაოთ შიზოფრენიის ნევროზული ფორმის სინესტოპათიურ-იპოქონდრიული სინდრომისაგან. ამ უკანასკნელისათვის გარდა ალგიისა, დამახასიათებელია უჩვეულო შეგრძნებების გაჩენა სასქესო ორგანოების მიდამოში (სენესტოპათიები), მაგალითად, „საშოში ბუმტუკების გასკდომის“, „საშოს კედლების შეწებებისა და გახსნის“, „საშვილოსნოს გაბერვის“ შეგრძნებები, დისმორფოფობიები (მაგალითად, „მარცხენა სასქესო ბაგე

უფრო გათხელდა“... გაჩნდა განსაკუთრებული სუნი, რომელსაც სხვები ვერ გრძნობენ“) და ა. შ.

გენიტალგიის შემთხვევაში ძალიან დიდი მნიშვნელობა აქვს ავადმყოფის გულდასმით გამოკვლევას სომატური გენეზის დაავადების გამოსარიცხავად.

მაგალითად, მოგვინათა ავადმყოფმა გ. 26 წლის. ჩივილებით ამის შესახებ, რომ უკანასკნელი ორი წელია არ შეუძლია სქესობრივი ცხოვრება სქესობრივი აქტის დროს ტკივილის გამო. სასქესო ორგანოებზე უმნიშვნელო შეხებაც კი შაშის გრძნობას იწვევდა. აქამდე 5 წელი იცხოვრა კმართან ნორმალური სქესობრივი ცხოვრებით. ჰყავს 3 შვილი. გამოითქვა ვარაუდი დაავადების ფსიქოგენურ გენეზზე. გულდასმითი გენეოლოგიური გამოკვლევით დადგინდა ანაბოთი პროცესი საშოში, რაც წარმოადგენდა ტკივილის შეგრძნების მიზეზს. ძირითადი დაავადების განკურნების შემდეგ ტკივილი მოიხსნა.

სქესობრივი ცხოვრების დასაწყისში ტკივილის ერთ-ერთი მიზეზი შეიძლება იყოს არასრული დეფლორაცია, რასაც თან ახლავს უმნიშვნელო სისხლდენა და მსუბუქი ტკივილი, ასევე შემთხვევები, როცა საქალწულე აპკი კი არ ჩაიხვევა, არამედ მხოლოდ გაიჭიმება. სამედიცინო დეფლორაცია საქალწულე აპკის სრული დარღვევით კარგ თერაპიულ ეფექტს იძლევა.

სქესობრივი აქტის დასაწყისში ტკივილი ხშირად დაკავშირებულია ქალის არასრულ წინასწარ ფსიქოეროტიკულ მომზადებულობასთან და ასევე ვაგინიზმის მსუბუქ მოვლენებთან, რაც საშოს შესავლის შევიწროებას იწვევს.

ჰომოსექსუალიზმი და ტრანსვესტიზმი

ტერმინი „ჰომოსექსუალიზმი“ (ბერძნ. homoios — მსგავსი, ერთნაირი და ლათ. sexus — სქესი) პირველად მოგვაწოდა უნგრელმა ექიმმა ბენკერტმა 1869 წ. იმავე სქესის პიროვნებისადმი სქესობრივი ლტოლვის მიმართულობის აღსანიშნავად. ამ დროიდანვე ბისექსუალური უწოდეს პიროვნებას, რომელიც რეაგირებს როგორც იმავე სქესიდან, ასევე საწინააღმდეგო სქესიდან მომდინარე გამღიზიანებელზე, ხოლო ჰეტეროსექსუალური — ისეთ პიროვნებას, რომელსაც ლტოლვა გააჩნია მხოლოდ საწინააღმდეგო სქესისადმი. 1923 წ. ზ. ფროიდმა გვიჩინა იმავე სქესისადმი სქესობრივი ლტოლვის მიმა-

რომელობისადმი გვეწოდებიანა ინვერსია და გაგვეჩია პირები, რომელთათვისაც სექსუალური ობიექტი შეიძლება იყოს მხოლოდ მისივე მსგავსი სქესი, და მეორე მხრივ ამფოგენონინვერსირებულნი, ე. ი. როგორც ჰომო—ასევე ჰეტეროსექსუალურნი.

ჰომოსექსუალიზმის მოვლენები დიდი ხნიდანაა ცნობილი. მას შესახებ პირველად მოხსენებულა ძველევგვიპტურ პაპირკებში (ჩვ. წ. ა. 2500 წ.), რომლის მიხედვითაც ღმერთები—ფეტი და ჰორუსი ჰომოსექსუალურ ურთიერთობაში იმყოფებოდნენ. როგორც მამაკაცთა, ასევე ქალთა ჰომოსექსუალიზმი გვხვდებოდა აფრიკის, აზიის, ამერიკის პირველყოფილ ადამიანთა შორის. შესაძლებელია, ეს ნეანდერტალელთა შორისაც ყოფილიყო. ჰომოსექსუალური ურთიერთობა ძალიან გავრცელებული იყო ძველ ინდოეთში, ბაბილონში, ეგვიპტეში, საბერძნეთში, რომში და ეგრეთ წოდებულ მაღალი კლასის საზოგადოებაში აშკარა წახალისებასაც კი მიმართავდნენ. ძველ საბერძნეთში მამაკაცთა ჰომოსექსუალიზმს ურანიზმი უწოდეს (ქალღმერთი ურანიას სახელი, რომელიც იშვა არა ქალისაგან, არამედ მამაკაცისაგან — ღმერთი ურანისაგან. და თითქოს მისგანვე წარმოიქმნენ ურინიგები). ქალთა ჰომოსექსუალიზმს ეწოდება ლესბიური სიყვარული (amor lesbicus), ანუ საფიზმი (sapphismus) ძველი ბერძენი პოეტი ქალის საფოს სახელი, რომელიც კუნძულ ლესბოსზე ცხოვრობდა და თითქოს ეს ლტოლვა გააჩნდა. მას აგრეთვე ტრიბადიას უწოდებდნენ ბერძნული სიტყვისაგან „ტრიბეინ“, რაც ნიშნავს „ხახუნს“ და მიუთითებს სქესობრივი ლტოლვის დაკმაყოფილებისათვის გამოსაყენებელ მეთოდზე.

პედერასტიას (ბერძნ. paderastia — ბიჭების სიყვარული), ანუ მამათმავლობას უწოდებენ მამაკაცთა ჰომოსექსუალიზმის ფორმას, როცა სქესობრივი აქტი ხდება per anum.

გასული საუკუნის ბოლოს მამაკაცთა ჰომოსექსუალიზმი: ფართოდ იყო გავრცელებული აღმოსავლეთში, სადაც ყმაწვილი — ბაჩები ღიად მიმართავდნენ ჰომოსექსუალური ლტოლვის დაკმაყოფილებას. ახლანდელ დროში ა. კინსეის (1935) მიხედვით აშშ-ში, ჰომოსექსუალურნი არიან მამაკაცთა 4% და ქალთა 3%, ამასთან 45 წლისათვის ქალთა 13% სხვადასხვა დროს განუცდიათ ორგანიზმში ჰომოსექსუალური ურთიერთობის დროს. კ. დევის (1960) მიხედვით, ინგლისში ქალთა 27%

ცხოვრებაში თუნდაც ერთხელ ჩაუტარებია ჰომოსექსუალური აქტი და მათგან 6% ნამდვილი ჰომოსექსუალისტი გამხდარა. ჩვენი მონაცემებით, როგორც მამაკაცთა, ასევე ქალთა ჰომოსექსუალიზმი გვხვდება შემთხვევათა დაახლოებით 1-2%-ში. ის სქესობრივი ფსიქოპათოლოგიის ყველაზე ხშირი ფორმაა.

უნდა გავარჩიოთ ჰომოსექსუალიზმი, როგორც პათოლოგიური სწრაფვა მისივე სქესის პირებთან, ე. ი. როგორც ინვერსია, ჰომოსექსუალური ქცევისაგან, რაც დაკავშირებული არ არის პათოლოგიასთან. იმდენად, რამდენადაც ადამიანის ლტოლვა ცნობიერების კონტროლს ექვემდებარება, ზოგჯერ ინვერსიის დროსაც კი ჰომოსექსუალური ქცევა შეიძლება არ განვითარდეს. მაგალითად, ინვერსიული სქესობრივი ლტოლვის ქალმა შეიძლება აიძულოს საკუთარი თავი გათხოვდეს, გახდეს ცოლი და დედა ე. ი. იცხოვროს პეტეროსექსუალურად. ამავე დროს ჰომოსექსუალურმა ქცევამ შეიძლება თავი იჩინოს ჯანმრთელ პეტეროსექსუალურ ადამიანშიც იძულების, ანგარების, მიზაძვის, ცთუნების შედეგად. ზ. ფროიდი გთავაზობს ასეთ პირებს შემთხვევით ინვერსირებულნი ვუწოდოთ. რ. კრაფტ-ებინგი ასეთ შემთხვევებს ფსევდოჰომოსექსუალიზმს მიაკუთვნებდა. ინგლისურ და ამერიკულ ლიტერატურაში სულ უფრო და უფრო ხშირად გამოითქმის მოსაზრება, რომ ჰომოსექსუალიზმი უბრალოდ ნორმის ვარიანტს წარმოადგენს და ამიტომ საჭირო არ არის მათი მკურნალობის გზების ძიება. ამ თვალსაზრისს ჩვენ ვერ დავეთანხმებით. ჩვენ ბუნებრივად ვერ მივიჩნევთ, როცა ადამიანი სქესობრივ ლტოლვას განიცდის მისივე სქესის ადამიანის მიმართ, ხოლო ზიზღს — მისი საწინააღმდეგო სქესის პირთა მიმართ. ყველა ადამიანი რომ ჰომოსექსუალისტი გახდეს, ადამიანის მოდგმა არსებობას შეწყვეტდა.

ჰომოსექსუალიზმის პრობლემას არა მხოლოდ ბიოლოგიური და სამედიცინო, არამედ სოციალური და იურიდიული ასპექტებიც აქვს. მხოლოდ ბოლო 30 წლის მანძილზე მას მიეძღვნა 1200-ზე მეტი პუბლიკაცია ინგლისურ-ამერიკულ და 500 — გერმანულ ლიტერატურაში და, მიუხედავად ამისა, ბევრი რამ ისევ გაურკვეველი რჩება. ჩვენ მხოლოდ მათ სამედიცინო ასპექტებზე შევჩერდებით.

ჰომოსექსუალიზმის თეორიები. ადამიანი მდებარებით

სქესს ეკუთვნის თუ მამრობითს ამის განსაზღვრა თითქოს ძნელი არ არის, სამი წლის ბავშვსაც კი შეუძლია, მაგრამ ეს ყოველთვის ადვილი არ არის პათოლოგიის დროს.

სქესობრივი ფორმირების პროცესი მთელ რიგ ეტაპებს გაივლის. მაგალითად, პირველადვე, კვერცხუჯრედის სპერმატოზოიდთან შეერთებისას ფორმდება გენეტიკური სქესი. გენეტიკური სქესი განსაზღვრავს გონადურ სქესს (ბერძ. gone + aden — სასქესო ჯირკვალი), ანუ ქეშმარიტ სქესს. ხდება ქალის ან მამაკაცის სასქესო ჯირკვლების ფორმირება. იმასთან დაკავშირებით, ეს ჯირკვლები გამოიმუშავენ მამაკაცის თუ ქალის სასქესო უჯრედებს (გამეტებს), ე. ი. სპერმატოზოიდებს თუ კვერცხუჯრედს, იქმნება მამრობითი ან მდედრობითი გამეტური სქესი. მამაკაცის (ანდროგენები) ან ქალის (ესტროგენები) სასქესო ჰორმონები რომელთაც სასქესო ჯირკვლები გამოიმუშავენს, განსაზღვრავს ჰორმონულ სქესს. ეს უკანასკნელი კი ჩვეულებრივ განსაზღვრავს მოქალაქეობრივ სქესს, რომელიც დაბადებისას დგინდება, რაც, თავის მხრივ, ზეგავლენას ახდენს სქესობრივი აღზრდის მიმართულებაზე (ტანსაცმლის შერჩევა, ქცევის ნორმები) და აუტოიდენტიფიკაციის ჩამოყალიბებაზე ე. ი. საკუთარი სქესობრივი კუთვნილების შეგრძნებაზე (მამაკაცისა თუ ქალისა). ამ უკანასკნელს, ჩვენი აზრით, უმჯობესია ვუწოდოთ სუბიექტური სქესი, შესაძლებელია დისოციაცია ბიოლოგიურ მოქალაქეობრივ და სუბიექტურ სქესს შორის. მაგალითად, ბიოლოგიური და მოქალაქეობრივი სქესი შეიძლება იყოს მდედრობითი, ხოლო სუბიექტური — მამრობითი.

განსაკუთრებით მკვეთრად ჩნდება ეს ტრანსსექსუალიზმის შემთხვევაში. ჰ. ვენიამინი (1954) გვთავაზობს, ტრანსსექსუალისტები ვუწოდოთ პირებს, რომლებიც არა თუ გრძნობენ საწინააღმდეგო სქესისადმი თავიანთ კუთვნილებას, არამედ დაყინებით ისწრაფიან, შეცვალონ იგი ქირურგიული გზით. ტრანსსექსუალისტთა სქესობრივი ლტოლვა მიმართულია თავისივე სქესის პირთა მიმართ, მაგრამ ტრანსსექსუალიზმის მოვლენები შეიძლება იმ შემთხვევაშიც იყოს გამოხატული, როცა სექსუალური ლტოლვა არ არსებობს, მაგალითად, სკოლამდელ ასაკში. ტრანსსექსუალისტები წარმოადგენენ ჰომო-

სექსუალიზმისა და ტრანსვესტიზმის თანდაყოლილი ფორმის ყველაზე მკვეთრად გამოხატულ „პართულ“ ჯგუფს.

ჰომოსექსუალიზმის მიზეზი დღემდე არ არის სრულყოფილად გარკვეული. ამ მოვლენის წარმოქმნის შესახებ სხვადასხვა თეორიასწრისი შეიძლება ჩამოყალიბდეს შემდეგ თეორიებად, როგორცაა გენეტიკური, ნევროგენული, ენდოკრინული, ნეიროენდოკრინული, მუცელშიგა, ფსიქონაალიზური, კონდიციონალური.

გენეტიკური თეორია. ამ თეორიის მიმდევართა აზრით, სქესობრივი ღტოლვის მიმართულობა როგორც ცხოველებში, ასევე ადამიანებში გენეტიკურად არის გაპირობებული. ჰომოსექსუალიზმის გენეზში მემკვიდრეობითი ფაქტორების როლის სასარგებლოდ ბიუთითებს ერთკვერცხიან ტყუბებზე დაკვრვება, ე. ი. პირებზე რომელთაც ერთნაირი გენური სტრუქტურა აქვთ და გარეგნულად ძალიან გვანან ერთმანეთს. აღმოჩნდა, რომ, თუ ჰომოსექსუალიზმი აღენიშნება ერთკვერცხიან ერთ-ერთ ტყუბის ცალს, მაშინ როგორც წესი, ის მეორესაც აღმოაჩნდება (მ. პირსფელდი, 1922, ი. ზანდერსი, 1934; დ. ჰაბელი, 1950; დ. ვესტი, 1953. და სხვ.). ფ. ი. კალმანმა (1954) შეისწავლა 85 წყვილი ტყუბი — 40 წყვილი ერთკვერცხიანი და 45 წყვილი სხვადასხვაკვერცხიანი, რომელთაგან იქნებ ერთ-ერთ ტყუბის ცალს აღმოჩნდა ჰომოსექსუალიზმი. ერთკვერცხიანი ტყუბების ორმოცივე წყვილში ჰომოსექსუალისტი აღმოჩნდა ორივე ტყუბის ცალი. მუზუნდავად ამისა, სხვადასხვაკვერცხიან ტყუბებში, ზემოაღნიშნული ავტორის მონაცემებით, თითქმის 3-ჯერ უფრო ხშირი იყო ჰომოსექსუალიზმი, ვიდრე ა. კინსის მიერ შესწავლილი ქვეყნის მამაკაცთა საზოგადოებაში. ვ. ბრაუტერგანის (1964) მსხედვით, ერთკვერცხიან ტყუბებში აღინიშნება არასრული კონკორდასტულობა ჰომოსექსუალიზმის მხრივ. ლ. პოსტონის (1968) მსხედვით — თუმცა არასრული, მაგრამ უფრო მაღალი, ვიდრე სხვადასხვაკვერცხიან ტყუბებში. მ. პირსფელდის (1922) მონაცემების მიხედვით, ჰომოსექსუალიზმი ერთი ოჯახის რასადენიმე წევრში გვსვდება შემთხვევათა 23,2%, პ. რიოშკის მიხედვით — 25%, ჩვენი და ე. მ. ღერევიცკაიას მონაცემებით — შემთხვევათა 14,6%.

ნევროგენული თეორია. პროგრამები, რომლებიც განსაზ-

დერავენ სქესობრივი ლტოლვის მიმართულობას, ე. ი. სქესობრივი ობიექტის არჩევას, ასევე სასქესო ჭირკვლების ფუნქციის მარეგულირებელ ცერებრულ მექანიზმებს, დიდად აინის დაკავშირებული ლიმბური სისტემის მოქმედებაზე, საფეთქლის და ჰიპოთალამურ მიდამოებზე. ბუნებრივია, რომ ამ მიდამოების დაზიანება, კერძოდ, როგორც ზემოთ იყო მითითებული, ქალის და მამაკაცის სქესობრივი ქცევის მადიფერენცირებელი პროცესის მოშლა შეიძლება წარმოადგენდეს ერთ-ერთ მიზეზს, რაც იწვევს სქესობრივი ლტოლვის ინვერსიას. ნევროგენული თეორიის თანახმად, ჰომოსექსუალიზმის ძირითად მიზეზს წარმოადგენს ცერებრული დაზიანებანი. ამ თეორიის სასარგებლოდ მიუთითებს ჰომოსექსუალიზმის განვითარების შემთხვევები ადრე ჰეტეროსექსუალურ პირებში, რომლებიც დაავადდნენ ენცეფალიტით და განუვითარდათ პარკინსონიზმი, ასევე თავის ქალის მძიმე ტრავმა, რომელსაც თან ახლდა თავის ქალას ფუძის მოტენილობა ან საფეთქლის წალის ორმხრივი დაზიანება. ი. ჰიგინსმა გ. მალმა, ი. დელგადომ, პ. ჰამილტონმა (1956) ფსიქომოტორული გულყრებით მიმდინარე ეპილევსიით დაავადებულს გადაუწერეს ელექტროდები შუბლისა და საფეთქლის მიდამოში. ტვინის ზოგიერთი უბნის ელექტროდენით გაღიზიანებისას ავადმყოფს ეჩვენებოდა, რომ თვითონ ქალი იყო და უჩნდებოდა ქალური ეროტიკული ფანტაზიები.

ჩვენი და ე. მ. დერევისკაიას მონაცემებით, აქტიური ჰომოსექსუალისტი ქალების ანამნეზში იშვიათად როდი გვხვდება თავის ტვინის გადატანილი ტრავმა და ინფექციური დაავადებები თავის ტვინის ზოგადი სიმპტომებით. მაგალითად, გამოკვლეულ ჰომოსექსუალურ ქალთა 58% ელექტროენცეფალოგრამაზე აღმოაჩნდა ტვინის პათოლოგიური აქტიურობა — ნელი რიტმი, ამასთან, უფრო ხშირად ტეტა-რიტმი, უმოაგრესად ტვინის წინა ცენტრალურ უბნებში, რაც, ზოგიერთი ფიზიოლოგის აზრით, კორტიკოთალამოჰიპოთალამური გზების (არასაკმაო მომწიფებასა) და III პარკუჭის მიდამოში ღრმა სტრუქტურების დისფუნქციაზე მიუთითებს. დ. ზილფერმანი, ვ. რ. როზანოვი (1945) 56 მამაკაცი-პასიური ჰომოსექსუალისტიდან 50%-ში ენცეფალოგრამაზე აღნიშნავენ პა-

ბოლოგიურ ცვლილებებს — სინქრონულ დელტა-რიტმს წებლის განშტოებებში.

ჰომოსექსუალიზმის განვითარება შეიძლება გამოიწვიოს, აგრეთვე, ნერვული სისტემის ტოქსიკურმა დაზიანებამ. მაგალითად, კოკაინით ქრონიკული ინტოქსიკაციისას ადრე ჰეტეროსექსუალურ პირებში თავს იჩენს ჰომოსექსუალიზმის მოვლენები, რომლებიც ჩვეულებრივ ქრება კოკაინის მიღების შეწყვეტის შემდეგ.

ყველა ეს მონაცემი იმაზე მიუთითებს, რომ ზოგიერთი ტერაპიული მექანიზმის მოშლამ შეიძლება ჰომოსექსუალიზმის პროვოცირება გამოიწვიოს.

ენდოკრინული თეორიის მიხედვით, ჰომოსექსუალიზმს საფუძვლად უდევს ენდოკრინული დარღვევები. არსებობს ერთეული შემთხვევები, რომლებიც იმაზე მიუთითებს, რომ მომწიფებულ ასაკშიც კი თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის მკვეთრმა ჰიპერფუნქციამ, რომლის დროსაც ქალებში გამოიყოფა მამაკაცის სასქესო ჰორმონები, შეიძლება გამოიწვიოს ჰომოსექსუალიზმი. მაგალითად, ლ. კ. ბროსტერი (1953) 26 ქალიდან, რომლებიც მამაკაცს დაემსგავსნენ თირკმელზედა ჯირკვლის ქერქის სიმსივნის გამო, 8 შემთხვევაში აღნიშნავენ ჰომოსექსუალიზმის მოვლენებს. ეს მოვლენები გაქრა სიმსივნის ოპერაციული მკურნალობის შემდეგ. ანალოგიური მოვლენები აღნიშნა ზ. ფროიდმა (1963) ქალებში, რომლებიც სარძეო ჯირკვლის კიბოს გამო მკურნალობდნენ მამაკაცის სასქესო ჰორმონების დიდი დოზებით. მათ აღენიშნებოდათ კლიტორის მნიშვნელოვანი გადიდება და ზოგჯერ თავს იჩენდა ჰომოსექსუალური ტენდენციები. მაგრამ ადრენოგენიტალური სინდრომის დროს გოგონებს თუმცა უვითარდებათ მამაკაცური ტენდენციები და საკუთარი თავის მამრობითი სქესისადმი კუთვნილების შეგრძნება, მაგრამ სექსუალურ ობიექტად მაინც მამაკაცებს ირჩევენ. შესაძლებელია, ამავე დროს დიდ როლს ასრულებს აღზრდისას წამოქრილი განწყობები.

ბ. დოერის და სხვ. (1973) მიხედვით, ტესტოსტერონის შემცველობა 32 ჰომოსექსუალისთვისა და 46 იმავე ასაკის ჯანმრთელი მამაკაცის სათესლე სითხეში ერთნაირია. მაგრამ ესტრადიოლის შემცველობა ჰომოსექსუალისტებში აშკარად სჭარბობდა ჯანმრთელ მამაკაცებში მის დონეს. ავტორები ვარაუდო-

ბენ, რომ ესტრადიოლის შემცველობის მაღალი დონე შეიძლება ერთ-ერთი ბიოლოგიური საფუძველი იყოს მამაკაცებში ჰომოსექსუალური ქცევისა.

აეტორისა და მისი თანამშრომლების ე. ი. დერევენსკაიას და ა. ს. გრინშპუნის მიერ ჩატარდა 22 ჰომოსექსუალისტი ქალის (13 აქტიურის და 9 პასიურის) ენდოკრინოლოგიური გამოკვლევა. საკონტროლო ჯგუფად ავიყვანეთ ანალოგიურ პირობებში მყოფი, იმავე ასაკის ჯანმრთელი ჰეტეროსექსუალური ქალი. გამოკვლეულ ქალებს რაიმე გამონათული ენდოკრინული სინდრომი არ აღმოაჩნდათ. ყველას გამოვამკვლიეთ სადღეღამისო შარდში 17-კეტოსტეროიდების შემცველობა. ვითვალისწინებდით რა, რომ თირკმელზედა ჯირკვლის ჰიპერფუნქციის დროს შარდში მკვეთრად დიდდება 17-კეტოსტეროიდების შემცველობა, ვვარაუდობდით, აღმოგვეჩინა მათი შემცველობის გადიდება ჰომოსექსუალისტი ქალებში. ეს მიუთითებდა, მათში მამაკაცის სასქესო ჰორმონების ჰარბი რაოდენობით არსებობაზე, მაგრამ ვარაუდი არ გამართლდა.

ჰომოსექსუალისტი ქალთა უდიდეს უმრავლესობაში რაიმე ენდოკრინული დარღვევა არ აღინიშნება. ჰომოსექსუალისტი მამაკაცთა შარდში ვერ პოულობენ ქალის სასქესო ჰორმონების შემცველობის მომატებას. ფოლიკულის დიდი დოზების შეყვანა მამაკაცებში არ იწვევს ჰომოსექსუალიზმს. ჰომოსექსუალისტი მამაკაცებში მამაკაცის სასქესო ჰორმონების დიდი რაოდენობით შეყვანა ჩვეულებრივ მხოლოდ უძლიერებს მათ სქესობრივ ლტოლვას და ზეგავლენას არ ახდენს მათ ჰომოსექსუალურ მიმართულობაზე. ამრიგად, თუმცა ენდოკრინული ფაქტორები კრიტიკულ პერიოდში ზეგავლენას ახდენს მამაკაცისა და ქალის დიენცეფალური ცენტრების დიფერენცირებაზე და ამით სქესობრივი ლტოლვის მამართულობაზე, მაგრამ სიმწიფის ასაკში უმრავლეს შემთხვევაში რაიმე მნიშვნელოვან როლს არ ასრულებს ჰომოსექსუალიზმის გენეზში.

გამოთქმულია ვარაუდები იმის შესახებ, რომ ანტიგენურმა კომპლექსმა (რ. გულმანი, 1983), ასევე ენზიმებისა და ნეიტროტრანსმიტერების სისტემაში დარღვევებმა შეიძლება

ხელი შეუწყოს ჰომოსექსუალიზმის განვითარებას (ნ. ნაყ-
ლუსკი, ფ. ნაფტოლინი, 1981).

მუცელშიგა გენეზის ჰომოსექსუალიზმის ნეიროენდოკრი-
ნული თეორია. ამ თეორიის მიხედვით, ჰომოსექსუალიზმი
წარმოადგენს მუცელშიგა ნეიროენდოკრინული დაავადე-
ბის შედეგს (გ. დიორნერი, 1972; მ. მაკულოხი, ი. ვედინგ-
ტონი, 1981). ის წარმოიქმნება ნაყოფის ჰიპოთალამურ სფე-
როში, სქესობრივი ქცევის ცენტრების დიფერენცირების
მოშლის შედეგად, რაც ხდება კრიტიკულ პერიოდში (ალბათ,
მუცელშიგა ცხოვრების IV-VI თვეებში) ენდოკრინული ზე-
მოქმედების გავლენით. ამასთან, ჰომოსექსუალიზმი უვითარ-
დება გენეტიკურად მამრობით სქესს, რომელსაც აქვს მა-
მაკაცის სასქესო ჯირკვლები და ამ დროს ნაყოფს არასაკმაო
რაოდენობით აღმოაჩნდება ანდროგენები, ხოლო გენეტიკუ-
რად მდედრობით სქესს — თუ ზედმეტი რაოდენობით აღმო-
აჩნდა ანდროგენები ან ესტროგენები.

ამრიგად, მამაკაცის ჰომოსექსუალიზმს საფუძვლად
უდევს ნაყოფისათვის მამაკაცის ჰორმონების უკმარისობა,
ქალის ჰომოსექსუალიზმს — მამაკაცის ან ქალის სასქესო
ჰორმონების ჭარბი რაოდენობა სქესობრივი ქცევის ცენტრე-
ბას დიფერენცირების კრიტიკული პერიოდის დროს. მაგრამ
როგორც შემდგომში დავინახავთ, ჰომოსექსუალიზმის ყველა
შემთხვევა როდი ექვემდებარება ამ თეორიას.

ფსიქოანალიზური თეორია. ს. ფროიდის მიხედვით, აღრე-
ულ ასაკში ბავშვები, როგორც ეს პირველყოფილ ადამიანებ-
ში იყო, თავისუფალნი არიან სქესობრივი ობიექტის არჩევა-
ში. ეს უკანასკნელი შეიძლება მიეკუთვნებოდეს როგორც მა-
სივე, ასევე საწინააღმდეგო სქესს. სქესობრივი ობიექტის სა-
ბოლოო არჩევაში გადამწყვეტი მომენტი ღვება მხოლოდ სქე-
სობრივი მომწიფების შემდეგ და ბევრ გაუთვალისწინებელ
ფაქტორსეა დამოკიდებული.

მამაკაცის ჰომოსექსუალიზმის განვითარებაში, ზოგიერთი
ფსიქოანალიტიკოსის აზრით, დიდ როლს ასრულებს ის, რომ
თითქოს ჰომოსექსუალისტი ბავშვობაში ხანმოკლედ ზედმე-
ტად იყო მიჯაჭვული დედასთან. ამ ფიქსაციის დაძლევისას ის
საკუთარ თავს აიგივებს დედასთან და თვით თავის თავს კი
ირჩევს სექსუალურ ობიექტად.

ამრიგად, ნარცისიზმისაგან გამომდინარე, იგი ეძებს მოზარდი ასაკის ვაჟებს, რომლებიც თვითონ მას ჰგვანან და უნდა ისევე უყვარდეს, როგორც თვითონ უყვარდა საკუთარ დედას, ს. ფროიდის მიხედვით, ზიზლის გრძნობა, რომელიც ჰეტეროსექსუალისტებს გააჩნიათ ჰომოსექსუალიზმის მიმართ, აიხსნება არა მისი არაბუნებრივობით, არამედ იმით, რომ ისინი თავის თავში იხშობენ ფარულ ჰომოსექსუალურ ტენდენციებს, რიგი ფსიქოანალიტიკოსები ჰომოსექსუალიზმს განიხილავენ, როგორც სექსუალური განვითარების შეკავების შედეგს ადრეული ბავშვობის საფეხურზე, რის გამოც არ ხდება ობიექტის ჰეტეროსექსუალური არჩევა. შულცის (1934) მიხედვით, მამაკაცის ჰომოსექსუალიზმის განვითარებას იწვევს „ავი, გულცივი დედა“ რბილი ხასიათის მამის გვერდით.

ქალის ჰომოსექსუალიზმის გენეზს ს. ფროიდი და მისი სკოლა ნაკლებ ყურადღებას უთმობდნენ. ს. ფროიდმა (1913) აღწერა ქალის ჰომოსექსუალიზმის ერთი შემთხვევა და საბოლოოდ იმ დასკვნამდე მივიდა, რომ მას საფუძვლად უდევს თანდაყოლილი მიზეზები. ო. ფენიჩელის (1954) მიხედვით, ჰომოსექსუალისტ ქალებს მკვეთრად აქვთ გამოხატული ინდენტიფიკაცია მამასთან (სურვილი ფლობდეს penis-ს) ან აქვთ ნარცისული ტენდენციები. იდენტიფიკაციისა და ადრეული ასაკის ბავშვთა მსგავსი განცდების როლი ჰომოსექსუალიზმის გენეზში ჩვენ არადაამაჯერებლად მიგვაჩნია.

კონდიციონური (პირობითრეფლექსური) თეორია. ამ თეორიის მიმდევრები ჰომოსექსუალიზმის ყველა ფორმას განიხილავენ როგორც შეძენილს, რომლებიც განვითარდა არაკეთილსასურველი გარეშე ზემოქმედების ზეგავლენით.

„სრულიად უდავოა, წერდა პ. ბ. განუშკინი (1933), რომ, როგორც წესი, ადამიანთა უმრავლესობაში სქესობრივ მომწიფებამდე სქესობრივი ლტოლვა მეტად არამდგრადია, განსაკუთრებით მიზნისა და ლტოლვის ობიექტის მხრივ. შემთხვევითი შთაბეჭდილებები, მოხიბლვა ამხანაგების მხრივ და ბოლოს პირდაპირ ცდუნება ხანშესული ჰომოსექსუალისტების მიერ უფიქსირებს ჯერ კიდევ ახალგაზრდა, სქესობრივად გამოუცდელ, ნაკლებად მტკიცე ხასიათის მქონე ფსიქოპათურ ახალგაზრდის სქესობრივი ლტოლვის დაკმაყოფილების იმ ფორმას, რომელშიც გამოსცადა თავისი პირველი, ყველაზე უფ-

რო გამოკვეთილი სქესობრივი განცდები. განმეორება წარმოქმნის ჩვევას, ხოლო სხვა ჰომოსექსუალისტებთან ურთიერთობა და გაკიცხვის შიში, იმის გამო, რომ საზოგადოება ამგვარ დამოკიდებულებას იჩენს ჰომოსექსუალისტის მიმართ, იწვევს ცალმხრივ სექტანტურ განწყობას სხვა სქესის პიროვნებათა მიმართ. ამის პარალელურად ნორმალური სქესობრივი გრძნობის ელემენტები თანდათან ატროფირდება და კვდება...”

იმავე სქესის პირებისადმი სქესობრივი ლტოლვის პათოლოგიურ ფიქსაციას შეიძლება ხელი შეუწყოს ადრეულმა სქესობრივმა აგზნებადობამ და ძალიან მყარი პირობითრეფლექსური კავშირების გაჩენისადმი მიდრეკილებამ ერთგვარადი შეთავსების დროსაც კი. ამრიგად, ცხოვრებაში პირველად იმავე სქესის ადამიანისაგან გამოწვეულმა ორგაზმის განცდამ შეიძლება მიგვიყვანოს სქესობრივი ლტოლვის ინვერსიამდე.

რაც უფრო ადრე ჩამოყალიბდება გაუკულმართება, მით უფრო მყარია პათოლოგიური ლტოლვა (ა. ბ. სმუღევიჩი, 1983). მაგალითად, თუ ცდუნება 9 წლამდეა ჩადენილი (ე. ი. სწორი ჰეტეროსექსუალური ორიენტაციის ჩამოყალიბებამდე) ახალგაზრდები იძენენ განსაკუთრებულ ჰომოსექსუალურ ტენდენციებს. 9-დან 14 წლამდე პერიოდში შეცდენისას შეიძლება ჩამოყალიბდეს როგორც „წმინდა“ ჰომოსექსუალისტი, ასევე ბისექსუალისტი. პირები, რომლებიც შეცდენენ 14 წლის შემდეგ, ე. ი. ჰეტეროსექსუალური ორიენტაციის ჩამოყალიბების შემდეგ, როგორც წესი, ბისექსუალისტები ხდებიან. საწინააღმდეგო სქესის პირებთან ურთიერთობის მიუღწევლობის შემთხვევაში სქესობრივი ლტოლვის უკვე განსაზღვრული ჰეტეროსექსუალური მიმართულობის პირებში თავისთავად არ ხდება ინვერსია, ისინი მიმართავენ მასტურბაციას. მაგრამ ბავშვთა ან მოზარდთა ასაკში სქესობრივი ლტოლვის მიმართულობის ნაკლები სიმყარის, არასაკმაო დიფერენცირებულობის შემთხვევაში ლტოლვის ჩამოყალიბება შეიძლება სხვაგვარად წარიმართოს. საწინააღმდეგო სქესის პირებთან ურთიერთობის წართმევამ მათთან კონტაქტის გაძლიერებამ, მაგალითად, აღზრდაში ზედმეტი სიმკაცრის ან საკუთარ სექსუალურ ძალებში დაურწმუნებლობის გამო, შეიძლება ხელი შეუწყოს სქესობრივი ლტოლვის ინვერსიას.

სქესობრივი ლტოლვის მიმართულობის ფორმირებაზე შე-

იძლება დიდი ზეგავლენა მოახდინოს პიროვნების ჩამოყალიბების პროცესში წარმოქმნილმა შეხედულებებმა და დამოკიდებულებამ. მაგალითად, პერმაფროდიტიზმისა და ინტერსექსუალურობის შემთხვევაში სქესობრივი ლტოლვა ჩვეულებრივ მიმართული ხდება ამა თუ იმ საწინააღმდეგო სქესის პირებისაკენ, იმასთან დაკავშირებით, თუ ბიჭად იზრდებოდა ადამიანი თუ გოგოდ.

თანდაყოლილ ან შეძენილ ხასიათობრივ თავისებურებებს თავისთავად გადამწყვეტი მნიშვნელობა არა აქვს სქესობრივი ობიექტის არჩევაში. პერვერსია, მათ შორის ჰომოსექსუალიზმი, შეიძლება განუვითარდეთ როგორც ფსიქოპათიურ, ასევე არაფსიქოპათიურ პიროვნებებს და დაკავშირებული არ არის ფსიქოპათიის რაიმე გარკვეულ ფორმასთან (ეგრეთ წოდებულ სქესობრივ ფსიქოპათიასთან — *psychopathia sexualis*). როგორც კროსკულტურალურმა გამოკვლევებმა დაგვანახა (ი. კარიერი, 1980, ი. კონი, 1985), ჰომოსექსუალიზმის წარმოქმნა და სიხშირე უმთავრესად კულტურულ ზეგავლენაზეა დამოკიდებული.

ზემომოყვანილი თეორიები აშუქებს მთელ რიგ ფაქტორებს, რომლებიც გავლენას ახდენს ჰომოსექსუალური მიმართულობის ჩამოყალიბებაზე, მაგრამ ამასთან არ არის გათვალისწინებული ჰომოსექსუალიზმის კლინიკური ფორმები, რომელთაც სხვადასხვა გენეზი აქვთ. ჰომოსექსუალიზმის გენეზზე ჩვენს თვალსაზრისს გამოვთქვამთ მისი კლინიკის განხილვის შემდეგ.

ჰომოსექსუალიზმის კლინიკური ფორმები. XX ს. ბოლოდან ხდება მამაკაცთა ჰომოსექსუალიზმის აქტიური და პასიური ფორმების გამიჯვნა იმის საფუძველზე, მამაკაცის (აქტიური) როლს ასრულებს ჰომოსექსუალისტი სქესობრივი ურთიერთობის დროს, თუ ქალის (პასიურ). როლების ეს დაყოფა აშკარად გამოიკვეთება პედერასტიის შემთხვევაში.

ურთიერთმასტურბაციის, ორალურ-გენიტალური კონტაქტებისას და თეძოებს შორის კოიტუსის შემთხვევაში ძნელი დასადგენი გახდა ესა თუ ის ჰომოსექსუალისტი მამაკაცის როლს ასრულებს თუ ქალისას. გარდა ამისა, სურდათ რა, ერთმანეთისათვის მიენიჭებინათ სიამოვნება, პარტნიორები ზოგჯერ როლებს ცვლიდნენ.

ქალთა ჰომოსექსუალიზმის ფორმათა გამოჩენა საერთოდ არ მომხდარა, რადგან როგორც ჩანს, თვლიდნენ, რომ მამაკაცთაგან განსხვავებით, ორივე ქალი ერთნაირ როლს ასრულებდა ჰომოსექსუალურ აქტში.

ავტორის მიერ მის თანამშრომელ ე. მ. დერევინსკაიასთან ერთად გამოკვლეულ იქნა 96 ქალი-ჰომოსექსუალისტი. მათი უმრავლესობა სასკელს იხდიდა სისხლის სამართლის დანაშაულის გამო. გამოკვლეულთაგან 9, 30 წლამდე ასაკისა იყო, 70 — 30-დან 40 წლამდე, 17—40 წელზე მეტის. ჩატარებულმა გამოკვლევებმა დაგვანახა, რომ მამაკაცთა მსგავსად აქაც შეიძლება გამოიყოს ქალთა ჰომოსექსუალიზმის ორი ფორმა—აქტიური და პასიური. გამოჩენის კრიტერიუმად შეიძლება მიღებულ იქნეს ჰომოსექსუალისტის სექსუალური აუტოიდენტიფიკაცია — ამა თუ იმ სქესისადმი კუთვნილების შეგრძნება — სუბიექტური სქესი. ამასთან აქტიურ ფორმას უნდა მიეკუთვნოს ჰომოსექსუალისტი, რომელიც თავს მამაკაცად თვლის, პასიურს, რომელიც თავის თავს მდედრობითი სქესის კუთვნილებად შეიგრძნობს. გამოკვლეულ ქალთა შორის ჰომოსექსუალიზმის აქტიური ფორმა აღინიშნებოდა 57, პასიური — 39 შემთხვევაში.

ქალის ჰომოსექსუალიზმის აქტიური ფორმა. აქტიური ჰომოსექსუალისტებისათვის დამახასიათებელია ის, რომ ისინი როგორც სექსუალურ, ასევე არასექსუალურ დამოკიდებულებაში ახდენენ მამაკაცის ქცევების იმიტირებას, ზოგჯერ გადაჭარბებულადაც. ისინი აღნიშნავენ, რომ თავს მამაკაცად გრძნობენ და სქესობრივი ლტოლვა გააჩნიათ მხოლოდ ქალთა მიმართ. მამაკაცები მათში სქესობრივ აგსნებას არ იწვევენ და აღიქვამენ მხოლოდ როგორც ამხანაგებს. მამაკაცის აღერსზე უბრალოდ გაფიქრებაც კი, რომ არაფერი ეთქვათ სქესობრივ სიახლოვეზე, მათში უსიამოვნებას იწვევს.

გარეგნულად აქტიური ჰომოსექსუალისტების 60%-ში გამოკვეთილი იყო ესა თუ ის მამაკაცის მსგავსი იერი — ძლიერ განვითარებული კუნთები, ვიწრო მენჯი, უხეში სახის ნაკვთები, ფართო მხრები, მამაკაცისებური სიარული, მოუხეშავი მოძრაობები, დაბალი უხეში ხმა, ბოქვენზე თმიანობა მამაკაცის ტიპისა. ამავე დროს ყოველ მათგანს ნორმალურად ჰქონდა განვითარებული სარძეო ჯირკვლები. აქტიურ

ჰომოსექსუალისტთა უმრავლესობას (32-ს 57-დან) ახალგაზრდობიდანვე ბიჭურად ჰქონდა შეკრეპილი თმა — მოკლედ. აქტიურ ჰომოსექსუალისტთა თითქმის ნახევარი ტრანსვესტური იყო, ე. ი. ატარებდა მამაკაცის ტანსაცმელს. ყველა აქტიური ჰომოსექსუალისტი უარყოფითად ეკიდებოდა ქალურ მორთულობებს — ბეჭდებს, საყურეებს, სამაჯურებს, გულსაბნევეებს. მხოლოდ ერთი ატარებდა გულზე ბრელოქს მისი პარტნიორი ქალის სურათით. აქტიურ ჰომოსექსუალისტთა დაახლოებით 40% ტანის აღნაგობითა და გარეგნული იერით არაფრით არ განსხვავდებოდა ჰეტეროსექსუალური ქალებისაგან.

უნდა აღინიშნოს, რომ მამაკაცისმაგვარი სომატური და ფსიქიკური გამოვლინებანი ზოგჯერ ჯანმრთელ ჰეტეროსექსუალურ ქალებსაც აღენიშნებოდათ, ასე რომ, თავისთავად ისინი არ გამოგვადგებიან ჰომოსექსუალიზმის სადიაგნოზოდ, თუმცა აქტიურ ჰომოსექსუალისტებში ისინი უფრო ხშირად გვხვდებიან, ვიდრე ჰეტეროსექსუალურ ქალებში.

აქტიური ჰომოსექსუალისტი ქალების უმრავლესობა (57-დან 35) აღნიშნავდა, რომ ბავშვობის ასაკიდანვე გააჩნდათ ბიჭებისათვის დამახასიათებელი თვისებები — აღიოდნენ ხეებზე, ისროდნენ შურდულს, ქვებს, თამაშობდნენ ფეხბურთს, ჰოკეის, ომობანას, შეეძლოთ ჩხუბი. ამავე დროს არასოდეს არ უყვარდათ თოჯინებით თამაში, ნაწნავეების, ბაფთების ტარება. სიამოვნებით იცვამდნენ მამაკაცის ტანსაცმელს. აქტიურ ჰომოსექსუალისტთა 2/3 სქესობრივი გრძნობა გაუჩინდათ ადრე — სქესობრივ მომწიფებამდე. ის თავს იჩენდა ქალიშვილის ან ქალის შეყვარებაში. ჩნდებოდა გაურკვეველი ლტოლვა მასთან სიახლოვისადმი, მისი ხვევნა-კოცნისადმი. ისინი სიყვარულს ეფიცებოდნენ ერთმანეთს, წერილებს წერდნენ. ბავშვური ან ახალგაზრდული სიყვარული ბიჭებისადმი უკიდურესად იშვიათად აღინიშნებოდა.

ჩვენ მიერ გამოკვლეულ აქტიურ ჰომოსექსუალისტებს მენსტრუაცია დაეწყოთ 12-15 წ. ასაკში 41%, 16 წ. — 12%, 17 წ. და უფრო გვიან — 47%. ამრიგად, მათგან ნახევარზე მეტს მენსტრუაციის დაწყების დრო ნორმალური ჰქონდა. მნიშვნელოვან ნაწილს ის დაეწყო დაგვიანებით. გამოკვლეულთა თითქმის ნახევარს ის შედარებით მცირე ჰქონდა.

აქტიურ ჰომოსექსუალისტთა უმრავლესობა იღნიშნავს, რ.მ მენსტრუაციას და სარძეო ჯირკვლების განვითარებას იგი აღიქვამდა როგორც რაღაც უსიამოვნოს.

აქტიურ ჰომოსექსუალისტთა ნახევარზე მეტი მიმართავდა მასტურბაციას პუბერტატულ, ანუ სქესობრივი მომწიფების ასაკში. ზოგიერთნი ლოგინში იწვნენ უფროს გოგონებთან და ისინი ასწავლიდნენ მათ ურთიერთმასტურბაციას. ჰომოსექსუალური აქტივობა უმრავლეს შემთხვევაში იწყებოდა ხანგრძლივი მასტურბაციის ან იმის შემდეგ, რაც ქალიშვილები გებულობდნენ სქესობრივი ცხოვრების ინტიმური მხარის შესახებ. თავიანთ სექსუალურ აქტივობას ისინი ხშირად მიმართავდნენ შედარებით ახალგაზრდა უფრო იშვიათად — თავიანთი ასაკის ქალიშვილების ან ქალების მიმართ. ამასთან, სქესობრივ დაინტერესებას პირველ ხანებში არ ამხელდნენ. იქცეოდნენ როგორც გულითადი, ყურადღებიანი მეგობრები. ცდილობდნენ ყველაფერში დახმარებოდნენ, ხშირად ასაჩუქრებდნენ. თანდათან მოიპოვებდნენ რა, ნდობასა და სიმპათიას, სულ უფრო და უფრო მეტ სინაზეს იჩენდნენ და თანდათან აღწევდნენ ალერსის უფლებას, რის შემდეგაც გადადიოდნენ სექსუალურ მოქმედებებზე. მხოლოდ მცირე მათგანი იწყებდა ჰომოსექსუალურ აქტივობას განსაკუთრებული მომზადების გარეშე. ისინი ისწრაფოდნენ, რაღაც არ უნდა დაჯდომოდათ, გამოეწვიათ ორგანიზმის განცდა პარტნიორში. ამასთან, ზოგჯერ დიდ ხელოვნებასაც აღწევდნენ. მრავალი მათგანი ცდილობდა, წინასწარ გამოეწვია პარტნიორში ფსიქოეროტიკული განწყობა. შემდეგ გადადიოდნენ სბეულის ზოგად ალერსზე და ცდილობდნენ გამოეველინებინათ ეროგენული ზონები. შემდგომ, ამ ზონების ადგილმდებარეობის თავისებურებების მიხედვით, გარკვეულ ქალებთან მიმართავდნენ კლიტორის სტიმულაციას ხელით ან პირით, ზოგიერთთან კი — საშოს მანუალურ სტიმულაციას. ამ უკანასკნელს საერთოდ იშვიათად მიმართავდნენ. პარტნიორთან სქესობრივი კონტაქტი 20-30 წუთი ან უფრო ხანგრძლივადაც გრძელდებოდა და მისი ტემპერამენტის მიხედვით მეორდებოდა მრავალჯერ, მანამ, სანამ პარტნიორს არ წარმოექმნებოდა პროსტრაციის მდგომარეობა. პარტნიორი ქალის სასქესო ორგანოების გაღიზიანებასთან ერთად ატარებდნენ საკუ-

თარი სასქესო ორგანოების ფრიქციას მათ თეძობზე და, ამ-
რივად, პარტნიორთან ერთად აღწევდნენ ორგაზმს. იშვიათად
პარტნიორს უფლებას აძლევდნენ თავისთვის გამოეწვია ორ-
გაზში სასქესო ორგანოებზე მანიპულაციების გზით. აქტიურ
ჰომოსექსუალისტთა უმრავლესობას აღენიშნებოდა ერთეუ-
ლი პიკისებური ორგაზმი 1-3-ჯერ ღამეში.

აქტიურ ჰომოსექსუალისტებს არც ისე იშვიათად აღენიშ-
ნებოდათ ამა თუ იმ ხარისხის სადისტური მიდრეკილებები.
საერთოდ პარტნიორთან სექსუალურ დამოკიდებულებაში
დამახასიათებელი იყო უთანაბრობა. პარტნიორთა სექსუა-
ლურ ურთიერთობაში ჰომოსექსუალური „ოჯახის“ ფორმი-
რებისას აქტიურ ჰომოსექსუალისტთა უმრავლესობა ასევე
ცდილობდა მამაკაცის — ოჯახის უფროსის ქცევების იმიტი-
რებას. ისინი მოითხოვდნენ მათი სურვილებისადმი უსიტყვო
მორჩილებას, თვითვე განაგებდნენ ფულებს. ტრადიციულად
ჭაღისათვის განკუთვნილ სამუშაოს (სადილის მომზადება,
რეცეპვა, კერვა) არ ასრულებდნენ, მას მთლიანად „ცოლებს
აძირებდნენ. ტრადიციულად მამაკაცის სამუშაოებს სიამოვნე-
ბით ასრულებდნენ, ზოგჯერ დიდ ოსტატობასაც ავლენდნენ
ამ სფეროში. თითქმის ყველა აქტიურ ჰომოსექსუალისტ
ქალს მოსწონდა, როცა მისი პარტნიორი მისართავეებს ატა-
რებდა, იცვამდა დეკოლტირებულ კაბებს, ქალურად გამოი-
ყურებოდა. ბევრი მათგანი ძალიან ეჭვიანი იყო, ამასთან ეჭ-
ვიანობდნენ როგორც ქალების, ასევე მამაკაცების მიმართ.
ეჭვიანობის გამო ზოგიერთი, თავს ესხმოდა მის „მეტოქე-
ებს“, აგრესიულობას იჩენდა (ზოგჯერ სხეულის მძიმე დაზი-
ანებასაც კი აყენებდნენ).

გარდა აღზრდის გავლენისა, სქესობრივი ქცევისათვის
მნიშვნელობა აქვს თანდაყოლილ კოდსა და პროგრამას. ერთ-
ერთი მათგანია სწრაფვა დაახლოებისაკენ, საწინააღმდეგო სქე-
სის დაუფლებისაკენ, სქესობრივი აგრესიის ინსტინქტი. ეს ინს-
ტინქტი წამყვანია ცხოველთა სქესობრივი ქცევის ფორმირე-
ბაში, მაგრამ შეიძლება როლი შეასრულოს ადამიანის ლტოლ-
ვის განვითარებაშიც. ჰეტეროსექსუალური ქალებისაგან გან-
სხვავებით, აქტიურ ჰომოსექსუალისტ ქალებს სწორედ
ძლიერი სქესობრივი აგრესია ახასიათებთ. ისინი დიდი დაჟი-

ნებით და ჯიუტად სდევნენ ქალს, რომელიც მოეწონებოდა, ზოგჯერ დაშინებასა და ძალადობასაც კი მიმართავენ.

მაგალითად, გ. 34 წ. ადრე მილიციის ლეიტენანტი ქალი. თერაპიულ საავადმყოფოში შეუყვარდა მისი მეურნალი ექიმი თ. 26 წლის ქალი, რომელსაც ჰყავდა ქმარი და ორი შვილი. საავადმყოფოდან გამოწერის შემდეგ დაეწყო მას დევნა, ყოველდღე ელოდებოდა სახლთან, მიუხედავად იმის პროტესტისა, აცილებდა სამსახურში, უგზავნიდა ყვავილებს და სუნამოებს, აშინებდა თავის მოკვლით ან ემუქრებოდა ქმრის მოკვლით, თუ ის არ დათანხმდებოდა მასთან „შეხვედრებზე“. მიიღო რა კატეგორიული უარი, მივიდა მასთან ოჯახში. ქმარმა (ქანღონით სავსე 1 მ. 85 სმ სიმაღლის მამაკაცმა) უარი უთხრა ცოლის დამახეზებაზე. გ. — მ ხელი კრა მას, შეიკრა ოთახში და გამოითხოვა „სასაუბროდ“; ემუდარებოდა ს. — ს ყოფილიყო მასთან, ემუქრებოდა მას და მის ქმარსაც. საკირო გახდა სახელმწიფო ორგანოების ჩარევა, რათა დაეცვათ ოჯახი მოძალადისაგან.

იყო შემთხვევა, რომ ჰომოსექსუალისტმა ქალმა მოიპოვა ნდობა ქალიშვილისა, რომელიც მას მოსწონდა. დარჩა მასთან ღამის გასათევად და, მიუხედავად მისი წინააღმდეგობისა, ხელით გააუპატიურა ქალიშვილი. სხვა შემთხვევაში ჰომოსექსუალისტმა დანის მუქარით მიადწია სქესობრივ ურთიერთობას.

მაგრამ უმრავლეს შემთხვევაში აქტიური ჰომოსექსუალისტები პარტნიორებს პოულობდნენ ძალადობის გარეშე.

ხასიათით ჩვენ მიერ შესწავლილ ჰომოსექსუალისტ ქალთა 60% იყო სთენიური, გაბედული, ჯიუტი, ინიციატიური, 40% იყო ამავე დროს უშიშარი, უხეში, 10% გამოირჩეოდა სიმკაცრით, 14% — ცრუნი და ეგოისტური და მხოლოდ 20% იყო კეთილი და გულდია.

თუმცა ყველა აქტიური ჰომოსექსუალისტი აღნიშნავდა, რომ სქესობრივი ლტოლვა მამაკაცისადმი არასოდეს ჰქონია, მათ უმრავლესობას ოდესღაც სქესობრივი კავშირი მაინც ჰქონია მამაკაცთან. ამასთან, გამოკითხულთა 3/4 აღნიშნავდა, რომ ჰეტეროსექსუალურ ცხოვრებაში მათ სქესობრივი დამყოფალება არ განუცდიათ და სქესობრივი აქტი არ სიამოვნებდათ. არც ერთ მათგანს სქესობრივი ცხოვრება არ დაუწყია გაუპატიურების შედეგად. მოვიყვანთ დამახასიათებელ შემთხვევას.

ავადმყოფი ვ. 47 წლის. მამა ჰყავდა ქრთნიული ალკოჰოლიკი, დედა-წყნარი, პატიოსანი ქალი. მამიდა მამაკაცისმავარი, ხშირად დადიოდა მამაკაცის ტანსაცმელში, გაუხიზვარი.

ბავშვობაში ჩანმრთელი იყო. დაამთავრა 4 კლასი, შემდეგ სწავლა აღარ მოიხურვა. მუშაობდა მეწაღედ. სასჯელი მოიხადა ქურდობის გამო. ბავშვობაში თამაში უყვარდა მხოლოდ ბიჭებთან, კარგად შეეძლო ჩხუბი, ქვებას სროლა, ხეებზე ძრომა. 13 წლის ასაკში ჩაიყვანა მამაკაცის ტანსაცმელი და ამ დროიდან ქალის კაბა აღარ უტარებია. მენსტრუაცია აქვს 14 წლიდან, ზომიერი, უმტკივნეულო, 3-4 დღე. სქესობრივი ცხოვრების შესახებ აღრე გაიგო ამხანაგებისაგან. აღნიშნავს, რომ არასდროს ორნავი ლტოლვა არ ჰქონია მამრობითი სქესისადმი, მას მხოლოდ ქალები იზიდავდნენ. 14-15 წლის ასაკში შეუყვარდა ამხანაგი გოგობი. ერთ-ერთ მათგანთან ჰქონდა ურთიერთმანუალური სტიმულაცია. 19 წ. ჰქონდა შემთხვევითი სქესობრივი კავშირი მამაკაცთან, მაგრამ, უსიამოვნო შეკრძნების გარდა, არაფერი განუცდია.

20 წლიდან აქვს ჰომოსექსუალური კავშირები ქალებთან. ერთ-ერთ პარტნიორთან კავშირის ხანგრძლივობა იყო 4 წელი. ერთ ქალიშვილს ხელით დაურღვია ქალწულობა. ამტკიცებს, რომ მამაკაცთან სქესობრივი სიახლოვის აზრიც კი ზიზღს იწვევს. თავის პარტნიორებთან უხეშია, მომთხონი. ოჯახურ საქმეებს არ ასრულებს, ის მთლიანად „ცოლისთვის“ აქვს მიწოდებული. ერთსელ ურჩობის გამო გალახა პარტნიორი. ხასიათით გაბედულია, ადვილად აგზნებადი, შურისმაძიებელი, თამამი. მაღალი შრომისუნარიანობის.

აღნაგობა მამაკაცისებური. ტანდებობა და სიარული მამაკაცური, გოუქნელი მოძრაობები. სარძეო ჯირკვლები, გარეგანი და შინაგანი სასქესო ორგანოები ნორმალურად განვითარებული, ნევროლოგიური სფერო თავისებურებების გარეშე. ჰომოსექსუალიზმის გამო მკურნალობაზე უარს ამბობს, რამეთუ თავის მდგომარეობას ბუნებრივად თვლის.

მოყვანილ შემთხვევაში ჰომოსექსუალიზმის გამოვლინება განუვითარდა ფსიქოპათიურ პიროვნებას აგზნებადთა ჯგუფიდან. ოჯახში, როგორც ჩანს, ჰქონდა ჰომოსექსუალიზმის შთამომავლობითი დატვირთვა მამის მხრიდან. თავის მხრივ, ბავშვობის ასაკიდანვე ყურადღებას იქცევს რამდენიმე დამახასიათებელი თავისებურება, რომელიც ნიშანდობლივია ბიჭებისათვის, ასევე მამაკაცისმაგვარი აღნაგობა და მოტორიკა. სქესობრივი ლტოლვის მიმართულობამ იმავე სქესის პირებისაკენ თავი იჩინა მოზარდობის ასაკში. მამაკაცთან შემთხვევით სქესობრივ კავშირს არ ახლდა სქესობრივი დაკმაყოფილება და არ გამოუწვევია ჰომოსექსუალური მიმართულობის სქესობრივი ლტოლვის შესუსტება, პირიქით, ხელი შეუწყო მის განმტკიცებას. თანდათან განვითარდა უარყოფითი განწყობა საზოგადოებისა და მათ ზნეობრივ მოთხოვნათა მიმართ. აქტიური ფორმის ქალთა ჰომოსექსუალიზმის და ტრანსვესტიზმის გენეზში მოცემულ შემთხვევაში ძირითად როლს, როგორც

ჩანს, ასრულებდა სქესობრივი ლტოლვის მიმართულობის თანდაყოლილი ანომალია. სიტუაციურ ფაქტორებს მხოლოდ მეორეხარისხოვანი მნიშვნელობა აქვს, თუმცა ხელს უწყობს ინვერსიის ფიქსაციას.

ჰომოსექსუალიზმის მოვლენები შეიძლება გვხვდებოდეს ქალებში, რომელთაც ხასიათში არ აღენიშნებათ ფსიქოპათიური თვისებები. მაგალითად ექიმი ქალი აქტიური, ენერგიული, კეთილი, გაწონასწორებული ხასიათის, ორი ათეული წლის მანძილზე ჰომოსექსუალურ ურთიერთობაში იმყოფებოდა თავის პარტნიორთან. მას არ უყვარდა კოსმეტიკა. ქალურ საშვალებს არ ატარებდა, მაგრამ გარეგნობასა და მანერებში მამაკაციური თვისებები არ აღენიშნებოდა.

ზოგჯერ აქტიური ჰომოსექსუალისტი-ტრანსვესტიტული ქალები ცდილობენ დაფარონ თავიანთი ქალური სქესი და თავს მამაკაცად წარმოიდგენენ.

მაგალითად, ჩენი დაკვირვების ქვეშ იმყოფებოდა 35 წლის ქალი. ის თავს ზუღამ მამაკაცად გრძნობდა, მრავალი წლის მანძილზე ჰორმონებით რეგისტრირებაში იმყოფებოდა ქალთან, ე. ი. შექმნილი იყო ჰომოსექსუალური ოჯახი. როგორც სექსუალურ მოქმედებაში, ასევე ოჯახურ ცხოვრებაში ა. ქმრის როლში იყო. მამაკაცები (როგორც თანაშრამლები, ასევე გარშემომყოფნი) მას მამაკაცად თვლიდნენ. თვით ის გარეგნული იერით, ტანსაცმლით, ხასიათობრივი თავისებურებებით, პროფესიული საქმიანობით (მტვირთავი, დარაჯი) მამაკაცს ჰგავდა. ამისგან განსხვავებით, მისი პარტნიორი ქალი („ცოლი“) თავისი გარეგნობით, მანერებით, ჩაცმულობით, არაფრით განსხვავდებოდა ჩვეულებრივი ქალისაგან.

ქალის ჰომოსექსუალიზმის პასიური ფორმა. ამ ფორმას ახასიათებს, ის, რომ ამ დროს ჰომოსექსუალისტი ქალები არა მხოლოდ სექსუალურ, არამედ არასექსუალურ დამოკიდებულებებშიც ქალის როლს ასრულებენ. თავისი თავის ქალთან იდენტიფიცირებას ახდენენ. გარეგნულად არაფრით არ განსხვავდებიან მისი წრის ქალებისაგან. ნაზი, ქალური სახის ნაკვთები აქვთ. მეორადი სასქესო ნიშნები კარგად აქვთ განვითარებული. ბევრ მათგანს აქვს გრძელი თმა, ნაწნავი, მოღუერი ვარცხნილობა. ჩვენ მიერ გამოკვლეული 39-ვე ჰომოსექსუალისტი ქალი მხოლოდ ქალურად იცვამდა (ტრანსვესტიზმის შემთხვევები არ აღინიშნებოდა) და აქტიურთაგან განსხვავებით, უყვარდათ ბეჭდები, საყურეები, სამაჭურები, გულსაბნევეები, ისვამდნენ პომადას, იქნიდნენ წარბებს და ა. შ.

უმრავლესობა რბილი, გულდია, მშვიდი ხასიათისა იყო, ადვილად ეჭკუოდნენ სხვისი გავლენის ქვეშ და ადვილი იყო მათთვის შთაგონება. 39-დან 8-ს მკვეთრად ჰქონდა გამოკვეთილი ისეთი თვისებები, როგორცაა თეატრალურობა, დემონსტრაციულობა. თითქმის ყველა პასიურ. ჰომოსექსუალისტს ჰქონდა პროფესია (მკერავი, მდივან-მემანქანე, მეღდა) ან ნეიტრალური სპეციალობა.

პასიური ჰომოსექსუალისტები ისევე ვითარდებოდნენ, როგორც ჩვეულებრივი გოგონები. უყვარდათ თოჯინები, ზელსაქმე, იზომებდნენ კაბებსა და ტანსაცმელს, თამაშობდნენ გოგონებთან, ხშირად ბიჭებიც უყვარდებოდათ. მენსტრუაცია დროულად ეწყებოდათ (39-დან 24 შემთხვევაში — 12—15 წლის ასაკში და მხოლოდ 5-ს დაეწყო 17 წლის და უფრო გვიან. ე. ი. დაგვიანებით). 39 ჰომოსექსუალისტი ქალიდან 36 ადრე სხვადასხვა დროს ცხოვრობდა სქესობრივი ცხოვრებით, ამასთან მათგან ნახევარი განათხოვარი იყო, ზოგიერთებს შვილებიც ჰყავდა, მაგრამ არც ერთ მათგანს ბედნიერი ცხოვრება არ ჰქონია. მათი უმრავლესობა ჰეტეროსექსუალურ ცხოვრებაში სქესობრივ კმაყოფილებას არ განიცდიდა. ზოგიერთებს ზოგჯერ განუცდია სასიამოვნო სქესობრივი შეგრძნებები. ადრე ზოგიერთი მათგანი მასტურბაციასაც მიმართავდა (აქტიურ ჰომოსექსუალისტთაგან განსხვავებით).

ჰომოსექსუალური ურთიერთობა ყოველმა მათგანმა მხოლოდ მაშინ დაიწყო, როცა არ ცხოვრობდა ჰეტეროსექსუალური სქესობრივი ცხოვრებით ანდა კმაყოფილი არ იყო იჯახური დამოკიდებულებით. ბევრი მათგანი განიცდიდა მარტოობას, სინაზის, ალერსის და ახალი მეგობრის მოთხოვნილებას. ყოველი მათგანი თავის მომავალ ჰომოსექსუალურ პარტნორში ხედავდა ყურადღებიან, ალერსიან, ერთგულ და ნოსიყვარულე ამხანაგს, ზოგჯერ კი ძლიერ ადამიანს, რომელსაც შეიძლება დაეყრდნო. მაგრამ მალე ურთიერთობაში სულ უფრო და უფრო იჩენდა თავს ეროტიკული სიყვარული და სინაზისა და ალერსის პირველდაწყებითი გამოვლინებანი თანდათან გადაიზრდებოდა ჰომოსექსუალურ აქტებში. პასიური ჰომოსექსუალისტი ქალების უმრავლესობა ცხოვრებაში პირველად განიცდიდა ძლიერ ორგაზმს ჰომოსექსუალური ზემოქმედების შედეგად, უმრავლესობა უფრო ძლიერ

რად — ვიდრე მამაკაცებთან სქესობრივი კავშირის დროს. მათ სიყვარულის გრძნობა უჩინდებოდათ თავიანთი პარტნიორის მიმართ, რომელიც შემდეგ გადაიზრდებოდა სქესობრივ სიყვარულში. იქმნებოდა ჰომოსექსუალური წყვილი, რომელშიც ერთ-ერთი პარტნიორი ასრულებდა „ქმრის“ (ლიდერის), მეორე „ცოლის“ როლს. ძალიან იშვიათი იყო შემთხვევები, როცა სქესობრივი სიახლოვის დროს პერიოდულად ჰომოსექსუალისტები „ცოლი“ რამდენიმე ხნით თავის თავზე იღებდა აქტიურ („მამაკაცურ“) როლს, მაგრამ ლიდერობა „ოჯახში“ მაინც აქტიურ ჰომოსექსუალისტს რჩებოდა. ჰომოსექსუალისტები წყვილები ზოგჯერ მრავალი წლის მანძილზე ინარჩუნებდნენ თავიანთ დამოკიდებულებას და ნიღბავდნენ მას შეგობრობით. პარტნიორთან უსიამოვნებას ზოგჯერ უაღრესად მტკივნეულად განაცდიან.

ჩვენი დაკვირვების ობიექტი იყო ახალგაზრდა ქალი 28 წლის. ბავშვობაში და მოზარდობაში სქესობრივად ნორმალურად ვითარდებოდა. ჰქონდა პეტროსექსუალური მიმართულება, საკმაოდ ძლიერ სქესობრივ ლტოლვას განიცდიდა. თავს ყოველთვის ქალად გრძნობდა. მაგრამ მამაკაცებთან სქესობრივი ცხოვრების დროს გათხოვებამდე და გათხოვების შემდეგ ქმართან აღუვადურ სექსუალურ სტიმულაციას არ დებულობდა (იყო სქესობრივი აცხებადობის კლიტორული ტიპი), რჩებოდა ფრუსტრაციის მდგომარეობაში, სქესობრივად დაუწყალოვებელი. ამასთან დაკავშირებით თავს იჩენდა უარყოფითი დამოკიდებულება სქესობრივი ცხოვრების მიმართ. ქმარი არ უყვარდა როგორც შეგობარი მისი უხეშობისა და ლოთობის გამო. ურთიერთობა გახიზრებით დამთავრდა. მარტობას განიცდიდა. სწორედ ამ დროს გახდა აქტიური ჰომოსექსუალისტის მოხიზრის ობიექტი, რომელიც მის მიმართ სიძნობს, ყურადღებას იჩენდა. მასთან სქესობრივი სიახლოვის დროს პირველად განიცადა უძლიერესი ორგაზმი. თანდათან წარსთქმნა სქესობრივი სიყვარული. შეიქმნა ჰომოსექსუალური წყვილი, რომელშიც ხ. „ცოლის“ როლს ასრულებდა. სქესობრივი ლტოლვის პეტროსექსუალური მიმართულება შეიცვალა ჰომოსექსუალური განწყობით. პარტნიორთან გასორებამ მძიმე ვახცდები, სევრობელი დეპრესია გამოიწვია. ფსიქო-ფიზიკისა და მამაკაცებთან მიაი სქესობრივი ცხოვრების წარუარებლობის მიზეზების განმარტებამ შესაძლებელი გახდა სქესობრივი ლტოლვა პეტროსექსუალურად წარმართულიყო. სქესობრივმა ცხოვრებამ მამაკაცთან, რომელმაც შეძლო დაეკაყოფილებინა იგი სქესობრივად, გამოიწვია ამ მიმართულობის განმტკაცება. ამრიგად, პასიურა ფორმა ჰომოსექსუალისტში მოკეპულ შემთხვევაში მთლიანად იყო სიტყვაციით გაპირობებული და უკუგანეითარებადი აღმოჩნდა.

ზოგჯერ თუ პიროვნება აქტიურად ისწრაფვის ჰომოსექს-

სუალიზმის დაძლევისაკენ, შესაძლებელია ნორმალურ ჰეტეროსექსუალურ ცხოვრებაზე გადასვლა.

ავადმყოფი ვ. 38 წლის, მამაკაცისებური სომატური და ფსიქიკური თავისებურებებით, ჰომოსექსუალიზმი აღენიშნა 18—23 წლის ასაკში და აქტიური ჰომოსექსუალური ურთიერთობა ჰქონდა რიგრიგობით სამ პარტნიორთან. შემდეგ ახლობლების შთაგონებით და ფსიქოთერაპიული ზემოქმედებით დაიწყო ჰეტეროსექსუალური სქესობრივი ცხოვრება, გათხოვდა. ქმართან სქესობრივმა ცხოვრებამ პირველ ხანებში არ აგრძნობინა სქესობრივი კმაყოფილება მიუხედავად ქმრის კარგი სქესობრივი მონაცემებისა. ოჯახში გასდა ლიდერი. სქესობრივ სფეროში მოაპოვა რეცესივა, წარმოიდგინა, რომ ქმარია, ის კი მისი პარტნიორი ქალი, დაეწყო ორგანზმის განცდა. ჰყავს 6 წლის ბიჭი. ოჯახში კარგი დამოკიდებულება აქვთ. 3 კვირის განმავლობაში ჰქონდა ჰომოსექსუალური კავშირი ქმრის გამგზავრების შემდეგ, დაბრუნებიდან ეი კვლავ აღსდგა ნორმალური სქესობრივი ცხოვრება.

აქტიური (თანდაყოლილი) ფორმის ქალთა. ჰომოსექსუალიზმის მოვლენები, რომელიც მოზარდობის ასაკშიც კი არის გამოვლინებული, შეიძლება გაქრეს გარემოს კეთილსასურველი ზემოქმედებისა და მათი დაძლევისაკენ პიროვნების აქტიური მიმართვის შედეგად.

ჰომოსექსუალური განწყობა პასიურ ჰომოსექსუალისტებს გაცილებით სუსტი აქვთ, ვიდრე აქტიურს. კეთილსასურველ სიტუაციაში მოზვედრისას ისინი ხშირად გადადიან ჰეტეროსექსუალურ ცხოვრებაზე, მით უმეტეს, თუ შენარჩუნებული აქვთ დედობის გრძნობა. თუ ქმარს უნარი ექნება მიანიჭოს მას სქესობრივი კმაყოფილება (შესაბამისი ზონების სტიმულაციით), მაშინ ნორმალურ სქესობრივ ცხოვრებაზე გადასვლა შეიძლება მყარი იყოს. უნდა აღინიშნოს, რომ ფრიგიდული ქალები ჰომოსექსუალისტთა შორის ჩვენ არც ერთხელ არ შეგვხვედრია. ისინი ალბათ არც არიან, რადგან ფრიგიდული ხასიათის ქალები არ ავლენენ ჰომოსექსუალურ აქტივობას. ჰომოსექსუალური ცდუნებები ჩვეულებრივ უშედეგოა, თუ მოზარდობის პერიოდში პიროვნებას ჩამოუყალიბდება ჰეტეროსექსუალური ცხოვრების განწყობა და აქვს ეთიკური და ზნეობრივი წარმოდგენები, რომ ერთი და იმავე სქესის ადამიანების სქესობრივი ურთიერთობები არ დაიშვება, ასევე გამოხატული აქვს დედობის გრძნობა. დამახასიათებელია შემდეგი დაკვირვება.

რ. 28 წლის. 18 წლის ასაკში ალკოჰოლური სიმთვრალის დროს უხე-

შად გააუპატიურა ახალგაზრდა კაცმა, რომელიც ქეიფიდან სახლში აცილებდა. ამას მძიმედ განიცდიდა. შემდეგში ორჯერ ჰქონდა ხანმოკლე ჰეპატიტი ახალგაზრდა კაცებთან, რომლის დროსაც სქესობრივი დაკმაყოფილება არ მიუღია, რჩებოდა ფრუსტრაციის მდგომარეობაში. პირველი სქესობრივი აქტი საერთოდ უსიამოვნო გახდა. ერთხელ ახალგაზრდა ქალთან ერთად ეწინა ლოგინში, რომელიც ესიმათიურებოდა. ამ ქალმა გენიტალურ სფეროში ალერსის გზით ცხოვრებაში პირველად ავრძინებინა ძლიერი ორგაზმი. შემდეგ დევნა დაუწყო რ-ს. აღწევდა ქალის ინტიმურ სიახლოვეს. რ. კატეგორიულად გაუბოძდა ამ სიახლოვეს მორალური თვალსაზრისით, მაგრამ ამ დროიდან დაიწყო მასტურბირება. 2 წლის შემდეგ შეხვდა მამაკაცს, რომელიც შეუყვარდა და ცოლად გაყვა. ჰყავს ორი შვილი. ძალიან უყვარს ქმარი და მის ქორწინებას ბედნიერად თვლის.

რ. ქალურია, რბილი ხასიათის, გულთბილი, ემოციურად დაბლური.

მოყვანილ შემთხვევაში ჰომოსექსუალური ლტოლვა (პასიურ ფორმაში) არ წარმოიქმნა, მიუხედავად იმისა, რომ მამაკაცთან სქესობრივ ცხოვრებას ახლდა ფსიქიკური ტრავმა და სქესობრივი დაკმაყოფილება არ მოჰყოლია. ორგაზმი პირველად გამოწვეულ იქნა ქალის მიერ, მაგრამ ეთიკურმა და ზნეობრივმა წარმოდგენებმა ხელი შეუშალა ჰომოსექსუალური დამოკიდებულების ჩამოყალიბებას. და ყველაფერი განვითარდა ნორმალური სქესობრივი ცხოვრების გზით.

დასასრულ ხასგასმით უნდა აღინიშნოს, რომ როგორც მამაკაცებში, ასევე ქალებში ჰომოსექსუალიზმის ეტიოლოგიის, პათოგენეზის, კლინიკის შესწავლა და თერაპია ადრე მიმდინარეობდა კლინიკური ფორმების გაუთვალისწინებლად. მაგალითად, მითითებულია, რომ ჰომოსექსუალისტ მამაკაცებს აღენიშნებათ იმპოტენცია. აქ არ მიუთითებდნენ, რომ ეს აქტიურთათვის არის დამახასიათებელი თუ პასიურთათვის, თუმცა აშკარაა, რომ აქტიურ ჰომოსექსუალისტებს — პედერასტებს არ შეეძლოთ ჩაეტარებინათ თავიანთი აქტი სუსტი პოტენციის გამო. მემკვიდრეობითობის, სხეულის აღნაგობის, მეორადი სასქესო ნიშნების განვითარების აღწერისას არ ითვალისწინებდნენ მამაკაცის ჰომოსექსუალიზმის ფორმებს.

მამაკაცი ჰომოსექსუალისტების გამოკვლევისას აქტიური ფორმისათვის მიგვეყუთვნებინა ისინი თუ პასიურისათვის, კრიტერიუმად გვქონდა მიღებული მამაკაცის სქესობრივი როლი. აღმოჩნდა, რომ აქტიური ჰომოსექსუალისტები თავი-

ანთი აგებულებით, ხასიათობრივი თავისებურებებით, ინტერესებით და ქცევის საერთო მანერებით, არ განირჩევიან ჯანმრთელი, პეტეროსექსუალური მამაკაცებისაგან. ქალისმაგვარი სხეულის აგებულება, ქცევის მანერები, ასევე სწრაფვა საწინააღმდეგო სქესის ტანსაცმლის ტარებისადმი მხოლოდ პასიური ჰომოსექსუალისტებისათვისაა დამახასიათებელი (ა. მ. სვიადოშჩი, ვ. ვ. ანტონოვი, 1972).

ზემოაღნიშნული იმაზე მიუთითებს, რომ როგორც ქალის, ისე მამაკაცის ჰომოსექსუალიზმის აქტიური თუ პასიური ფორმები განსხვავებულია. ქალის აქტიური და მამაკაცის პასიური ფორმის ჰომოსექსუალიზმს უმრავლეს შემთხვევაში საფუძვლად უდევს ფსიქოსექსუალური განვითარების გამოხატული დევიაცია. ამის სასარგებლოდ მიუთითებს საწინააღმდეგო სქესის სომატური და ფსიქიკური თვისებების სიმრავლე, რომელიც ამ ჯგუფის ავადმყოფებს ბავშვობის ასაკიდანვე აღმოაჩნდათ. ინვერსიის ასეთი ფორმები შეიძლება გამოწვეულ იქნეს როგორც გენეტიკურად, ასევე ეგზოგენურად გაპირობებული ნაყოფის სასქესო ცენტრების დიფერენცირების დარღვევებით კრიტიკულ პერიოდში. ასეთივე მდგომარეობა შეიძლება გამოიწვიოს დედისათვის ან ნაყოფისათვის სასქესო ჰორმონების პროდუცირებამ, დედისათვის სასქესო ჰორმონების შეყვანამ ორსულობის პერიოდში. ასევე ის შეიძლება შედეგი იყოს პლაცენტის მიერ ჰონადოტროპინების ან სასქესო ჰორმონების პათოლოგიური სეკრეციისა, როცა არსებობს ჰიპოთალამუსის მგრძნობელობის მემკვიდრეობით გაპირობებული ან შექნილი დაქვეითება (გ. დიორნერი, 1972).

საინტერესოა აღინიშნოს, რომ ა. ერჰადტის, ჯ. მონის (1968) მონაცემებით, გოგონებს, რომელთა დედები ორსულობის პერიოდში მათი შენარჩუნებისათვის ლებულობდნენ მამაკაცის ჰორმონებს, გასაოცრად ხშირად აღენიშნებოდათ „ბიჭური“ ქცევები, ე. ი. სწორედ ის ზემომოყვანილი ხასიათობრივი თავისებურებები, რაც ჩვენ აღმოვაჩინეთ აქტიურ ჰომოსექსუალისტებში.

ძალიან იშვიათად გვხვდება ინვერსია, რომელიც შექნილია სრულ ასაკში თავის ტვინის ორგანული დაზიანებით, ენდოკრინული და სხვა დარღვევებით. სიტუაციური ფაქტორები გადაწყვეტ როლს ასრულებს ქალის აქტიური და მა-

მაკაცის პასიური ფორმის ჰომოსექსუალიზმის განვითარებაში.

პასიური ფორმის ქალის ჰომოსექსუალიზმის გენეზში, ბირიქით, როლს არ ასრულებს სქესობრივი ლტოლვის თანდაყოლილი თავისებურებები, ასევე ცერებრული და ენდოკრინული მოშლილობები. მას საფუძვლად უდევს მყარი პირობითი რეფლექსური კავშირები ორგანიზმის განცდასა და ქალის მიერ ამ განცდის გამოწვევას შორის. ამასთან, რეგულარული ჰომოსექსუალური ურთიერთობის ჩამოყალიბებას ხელს უწყობს მარტობისაგან თავის დაღწევის ცდა, მეგობრის შეძენის სურვილი და ა. შ. როგორც აღნიშნული იყო, ბევრ ჯანმრთელ ქალს მამაკაცთან სქესობრივი აქტისადმი ლტოლვა უჩნდება მხოლოდ მას შემდეგ, როცა იწყებს ორგანიზმის განცდას. ამასთან დაკავშირებით, ქალს, რომელიც მამაკაცთან სქესობრივი ურთიერთობისას არ განიცდის სქესობრივ დაკმაყოფილებას, შეიძლება ხელი შეუწყოს ქალისადმი სქესობრივი ლტოლვის ფიქსაციაჰ, თუკი ის შეძლებს მის დაკმაყოფილებას. ამას შეიძლება ხელი შეუწყოს აგრეთვე ძალიან მყარი პირობითრეფლექსური კავშირების შექმნისადმი ღიძმა მიდრეკილებამ.

ამრიგად, შეიძლება ითქვას, რომ აქტიურ ჰომოსექსუალისტებად ჩვეულებრივ იზადებიან (უფრო ზუსტად იზადებიან მხოლოდ ჰომოსექსუალიზმის აქტიური ფორმისადმი მიდრეკილებით, ხოლო პასიურება — სდებიან. ქალის ჰომოსექსუალიზმის პასიური ფორმის ანალოგს წარმოადგენს მამაკაცის აქტიური ფორმა, მაგრამ ამ ფორმის გენეზი უფრო რთულია. მას, ისევე როგორც ქალის ჰომოსექსუალიზმის პასიურ ფორმას, საფუძვლად უდევს პირველი ძლიერი სქესობრივი განცდების ფიქსაცია, ამ განცდების გამომწვევ მიხედვით სქესის პირისადმი. ამას შეიძლება ხელი შეუწყოს კიდევ ორმა ფაქტორმა (ა. მ. სვიადოშჩი, ვ. ვ. ანტონოვი, 1972).

1. ბევრ ბიჭს 7-მ-დან 15-16 წლამდე პერიოდში აღენიშნება სექსუალური ლტოლვის არადიფერენცირებული მინარტულობა (მოზარდთა ჰიპერსექსუალურობის პერიოდი — ა. მოლის (1968) მიხედვით). ამ დროს სქესობრივი აგზნება არც თუ ისე იშვიათად თავს იჩენს სრულიად სხვადასხვა ზემოქმედების გავლენით, მავალითად, ამხანაგთან ჭიდაობის დროს

კუნთოვანი დაძაბულობისას, ავტომობილით, მატარებლით მგზავრობისას, ტკივილის შეგრძნებისას, შიშის დროს და ა. შ. ამ ასაკში ხშირად აღინიშნება აგრეთვე როგორც ჰეტეროსექსუალური, ასევე ჰომოსექსუალური ხასიათის თამაშები. ეს გამოიხატება სხვის სასქესო ორგანოებზე ხელით შეხებაში, მათ ურთიერთაგზნებაში და ა. შ. იმდენად, რამდენადაც ამ ასაკში სქესობრივი ლტოლვის მიმართულობას არა აქვს მკაცრად გამოხატული ჰეტეროსექსუალური ხასიათი, შეიძლება ადვილად წარმოიქმნას და დაფიქსირდეს მისი ჰომოსექსუალური მიმართულობა.

2. ბევრს არა აქვს მამაკაცისათვის დამახასიათებელი თანდაყოლილი სქესობრივი აგზნების რეაქცია ქალის შიშველი სასქესო ორგანოების შეხებისას. ამ მოვლენებს ჩვენ ხშირად აღვნიშნავდით როგორც აქტიურ, ასევე პასიურ მამაკაც ჰომოსექსუალისტებში.

ასე რომ, ჰომოსექსუალიზმის თანდაყოლილი ფორმისათვის (აქტიურის ქალებში და პასიურის მამაკაცებში) დამახასიათებელია სიმპტომების შემდეგი ტრიადა (ა. მ. სვიადოშჩი, 1974).

1. საკუთარი თავის საწინააღმდეგო სქესისადმი მიკუთვნების შეგრძნება (სექსუალური აუტოიდენტიფიკაციის დარღვევა) და, ამასთან დაკავშირებით, სწრაფვა საწინააღმდეგო სქესის პირადი ფიგურირებისა და მისი ტანსაცმლის ტარებისადმი (ტრანსვესტიზმი).

2. ბავშვობის ასაკიდანვე საწინააღმდეგო სქესის ამა თუ იმ სომატურ და დამახასიათებელ თავისებურებათა ქონა.

3. სქესობრივი ლტოლვის მიმართულობა მისივე სქესის პირებისადმი (სქესობრივი ლტოლვის ინვერსია).

ჰომოსექსუალიზმის რეაქციულად (სიტუაციურად) განპირობებული ფორმისათვის (აქტიურ მამაკაცებში და პასიურ ქალებში) დამახასიათებელია ტრიადის მხოლოდ მესამე ფორმა პირველი ორის გარეშე.

ტრანსვესტიზმი (ბერძნ. vestis — ტანსაცმელი) — სწრაფვა საწინააღმდეგო სქესის პირის ტანსაცმლის ტარებისა და მის როლში ფიგურირებისადმი. ტრანსვენტიზმს დიდი ხანია გამოხსნა საზოგადოება. მაგალითად, იუდეველთა რელიგიაში (მოსეს მე-5 წიგნი 22,5) ცოდვად ითვლებოდა მამაკაცისათ-

წინ ქალის და ქალისათვის მამაკაცის ტანსაცმლის ტარება. ქანა დ' არკის სხვა ბრალდებათა სორის ფიგურირებდა ისიც, რომ ის მამაკაცის კოსტიუმს ატარებდა.

ტრანსვესტიზმს საფუძვლად უდევს სექსუალური აუტორიტენტიფიკაციის დარღვევა, ე. ი. საკუთარი თავის შეგრძნება საწინააღმდეგო სქესის კუთვნილებად, რაც განსაკუთრებით მკვეთრადაა გამოვლენილი ტრანსსექსუალიზმის დროს, აქედან — სწრაფვა საწინააღმდეგო სქესის პირთა როლში ყოფნისადმი და მათი ტანსაცმლის ტარება. ის უფრო ხშირად შეხამებულია სქესობრივი ლტოლვის ინვერსიასთან და განიხილება ჰომოსექსუალიზმის ფარგლებში. ტრანსვესტიზმი შეიძლება დამოუკიდებლადაც არსებობდეს იმ პირებში, რომლებიც არ არიან ჰომოსექსუალისტები და ნორმალურ სქესობრივ ცხოვრებას ეწევიან. მაგრამ ამ შემთხვევაშიც ჩვეულებრივ ბავშვობიდანვე აღინიშნება საწინააღმდეგო სქესის ესა თუ ის ხასიათობრივი თავისებურებები, რომელიც ჩვენ მოვიყვანეთ ჰომოსექსუალიზმის თანდაყოლილი ფორმების აღწერისას.

ჩვენ დაკვირვებას ვაწარმოებდით 46 წლის ავადმყოფზე. 24 წელი იყო ცოლიანი. ცხოვრობდა ნორმალური სქესობრივი ცხოვრებით, ჰყავდა ორი მოზრდილი შვილი. გარეგნობაში შეიმჩნეოდა სხეულის ქალისმაკვარი აღნაგობა (ფართო თეძოები), მაგრამ მამაკაცის სასქესო ორგანოები კარგად ჰქონდა განვითარებული, ჰერმაფროდიტიზმის რაიმე ნიშნების გარეშე. თავის თავს თვლიდა მდებრობითი სქესის კუთვნილებად. მოზარდობის ასაკში ეს შეგრძნება მკვეთრად გაძლიერდა, სულ უფრო ხშირად უჩნდებოდა სურვილი ეტარებინა ქალის ტანსაცმელი და თავი ქალად წარმოედგინა. სქესობრივი ლტოლვა მამაკაცებისადმი არასოდეს არ ჰქონია, ქალიშვილები იწვევდნენ სქესობრივ ლტოლვას, განსაკუთრებით ადაგზნებდა ქალის შიშველი სხეულის დანახვა და მასთან შეხება. სქესობრივი ცხოვრება დაიწყო 17 წლის ასაკში 3 წლით მასზე უფროს ქალიშვილთან. ინსტიტუტის დამთავრების შემდეგ გაწვეულ იქნა ჯარში. წარმატებები ჰქონდა სამსახურში. ყოველ მოსახერხებელ შემთხვევაში გარშემომყოფთაგან ფარულად იცვამდა ქალის კაბებს. ჯარიდან დემობილიზაციის შემდეგ თითქმის მუდამ ატარებდა მას სახლში. შეი-

ლის ცოლმა პროტესტი განაცხადა იმის გამო, რომ ის ატარებდა ქალის კაბას, ქარგავდა, იატაკს გვიდა, ამზადებდა საჭმელს. მაშინ კაცმა მიმართა განცხადებით მილიციის ორგანოებს, რომელშიც თხოვდა, რომ ოფიციალურად ეღიარებინათ იგი ქალად, რათა თავისუფლად შეძლებოდა ქალის ტანსაცმლის ტარება. ფსიქიკური დაავადების ნიშნები არ აღმოაჩნდა.

ჩვენ ვფიქრობთ, რომ ტრანსვესტიზმის მსგავსი შემთხვევები წარმოადგენს თანდაყოლილ მდგომარეობას—ტრანსსექსუალიზმის გამოვლინებას. მას, ისევე როგორც ჰომოსექსუალიზმის თანდაყოლილ ფორმებს, ალბათ, საფუძვლად უდევს მადიფერენცირებელი სასქესო ცენტრების მოშლა დიენცეფალურ სფეროში. ეს დარღვევები შეიძლება იყოს ნაკლებად გამოხატული, ვიდრე ჰომოსექსუალიზმის თანდაყოლილ ფორმების დროს, რასთან დაკავშირებითაც სქესობრივი ლტოლვის მიმართულობა საწინააღმდეგო სქესის პირთადმი შენარჩუნებულია.

ქალებში ტრანსვესტიზმი შედარებით იშვიათად გვხვდება, ვიდრე მამაკაცებში და ჩვეულებრივ სქესობრივი ლტოლვის ჰომოსექსუალურ მიმართულობასთან არის შეხამებული.

ფ ე ტ ი შ ი ზ ი მ ი

ტრანსვესტიზმისაგან უნდა განვასხვავოთ საწინააღმდეგო სქესის ტანსაცმლის (საცვლების) ფეტიზიზმი. ამ დროს არ არის საწინააღმდეგო სქესისადმი საკუთარი თავის მიკუთვნების შეგრძნება. საცვალი გამოიყენება მხოლოდ როგორც ფეტიში სქესობრივი აქტის ან მასტურბაციის დროს და ზოგჯერ მხოლოდ შემდგომში შეიძლება გაჩნდეს მისი უფრო ხანგრძლივად ტარების სურვილი.

ფეტიზმს (ფრანგული *fetiché* — სათაყვანო ობიექტი) უწოდებენ საგანს, რომელიც მორწმუნე ადამიანების წარმოდგენაში შემკულია ზებუნებრივი, მაგიური ძალით. ამასთან დაკავშირებით, ფეტიზიზმით აღნიშნავენ სქესობრივი ფსიქოპათოლოგიის ფორმას, რომლის დროსაც სქესობრივი აგზნება ვითარდება მხოლოდ არაადეკვატური ფიზიოლოგიური გამღიზიანებლით — ფეტიშით.

ფეტიშად უფრო ხშირად მიჩნეულია უსულო საგნები, მაგალითად, მოკრილი ნაწნავი, ქალის საცვალი (ბიუსტჰალტერი, წინდები), ფეხსაცმელი, ცხვირსახოცი, უკან გაკრილი ლაბადა, მაგრამ აუცილებლად ნახმარი ან თუნდაც მოზომებული საწინააღმდეგო სქესის პირის მიერ. ამასთან, უფრო ხშირად ასეთი ნივთები არ უნდა ეკუთვნოდეს ახლო ნათესავებს ან პირებს, რომელთანაც ფეტიშისტი ცხოვრობს სქესობრივად. სწორედ აქედან მომდინარეობს ზოგჯერ სწრაფვა, შეუმჩნეველად წაართვას ეს ნივთები უცნობ პირებს ან მოიპაროს მაღაზიიდან მაშინვე, როგორც კი მას მოიზომებენ (მაგალითად, ტუფლი). ამრიგად, ფეტიში წარმოადგენს იმ პირის სიმბოლოს, რომელსაც ის ეკუთვნოდა. რადგან ახლო ნათესავები ჩვეულებრივ არ წარმოადგენენ სქესობრივ ლტოლვის ამგზნებს, ამიტომ მათ ნივთებს ფეტიშის თვისებები არ გააჩნია. ფეტიშად ასევე შეიძლება იქცეს სურათი ან სტატუეტი, გარკვეული სუნი, მაგალითად, მორეზინებულ ლაბადის (მაკინტოშის) სუნი, ასევე ხმა (ხმის ტემბრი და ა. შ.).

მოპოვებულ ფეტიშს ჩვეულებრივ იღებენ სასქესო ორგანოებზე ან უმზერენ. ის იწვევს სქესობრივ ავზნებას, რაც უფრო ხშირად კმაყოფილდება მასტურბაციის გზით, იშვიათად ნორმალური სქესობრივი კავშირით.

აღამიანი ქუჩაში ასობით სხვა აღამიანს ხელება. მათი უდიდესი უმრავლესობა აღიქმება როგორც სექსუალურად განურჩეველი ობიექტები და მხოლოდ ერთეულები იქცევენ ყურადღებას, იწვევენ სექსუალურ რეაქციას. ეს რეაქცია თავს იჩენს არა როგორც ყველა ელემენტის ცალსახა და თანაბარზომიერი ზემოქმედების შედეგი, რომლიდანაც ხდება აღამიანის, როგორც მთლიანის აღქმა, არამედ ობიექტის რაიმე ცალკეული, უფრო გამოხატული თვისების გავლენით. ერთისთვის ეს არის კარგი აღნაგობის ტანი, მეორესთვის — სახის გარკვეული ნაკვთები ან ფეხის ფორმა, მესამესთვის — ტუალეტის თავისებურებანი. ქალის სხეულის სიმსუქნე ან თმის ღია ფერი შეიძლება მიმზიდველი იყოს ერთისთვის და გავლენას არ ახდენდეს მეორეზე. გემოვნება ყალიბდება ინდივიდუალური განვითარების პროცესში, ამასთან, მასზე ძლიერ გავლენას ახდენს საზოგადოებრივი აზრი. მაგალითად,

ქველ ჩინეთში მიმზიდველობის ძალა დიდად იყო დამოკიდებული ქალის ფეხის სიდიდეზე. იმპერატორი ტა-კის (1100 წ.) დროიდან გოგონას ფეხზე აცმევდნენ სპეციალურ ყალიბს, რაც ხელს უშლიდა მის ზრდას. ქალის სილამაზის იდეალი უკანასკნელი ასწლეულის მანძილზეც კი ევროპის ქვეყნებში მნიშვნელოვნად შეიცვალა; გვხვდებიან ადამიანები, რომლებიც ადამიანის გარკვეულ თვისებას ან მისი სხეულის ამა თუ იმ ნაწილის თავისებურებას უდიდეს მნიშვნელობას ანიჭებენ. ამასთან, სხვა თავისებურებები შეიძლება არც იყოს მიღებული მხედველობაში. ზოგიერთი ავტორი მსგავს შემთხვევებს ფეტიშიზმს (ხელის, ფეხის და ა. შ. ფეტიში) აკუთვნებს. ამ შემთხვევაში ნორმასა და პათოლოგიას შორის ზღვარი გაურკვეველია.

ფეტიშიზმი განსაკუთრებით აღინიშნება მამაკაცებში, ძალიან იშვიათად — ქალებში.

ჩვენი დაკვირვების ობიექტი იყო ქალიშვილი, რომელსაც აკვიატებული ჰქონდა გაწითლების შიში. 9 წლის ასაკში მან ერთხელ განიცადა სასიამოვნო სექსუალური აგზნება თედოების კუნთების შეკუმშვითა და მოდუნებით. პერიოდულად იმეორებდა ამ მოქმედებას. 15 წლის ასაკში ძალიან შეუყვარდა ახალგაზრდა ვაჟი. მასთან ერთად იყო ერმიტაჟში. ისინი შეჩერდნენ ანტონიო კანოვას სკულპტურასთან „ამურის კოცნა“. ვაჟმა მაგრად მოუჭირა ხელი და მიეკრო მას. ისინი უხმოდ იდგნენ. მან დაიწყო თედოების შეკუმშვა და მოდუნება, ამ დროს პირველად განიცადა ორგაზმი. სახეზე აღმური მოედო, შერცხვა და გაიფიქრა, რომ სხვებმაც შენიშნეს მისი გაწითლება. მალე იძულებული შეიქნა ვაჟს დაშორებოდა. ერთხელ მან იშოვა ამ სკულპტურის ფოტოსურათი და საღამოს დაუწყო თვალიერება. კვლავ გაუჩნდა ძლიერი სქესობრივი აგზნება, რაც თედოების შეკუმშვითა და მოდუნებით მიიყვანა ორგაზმამდე. ამ დროიდან ჩამოუყალიბდა აკვიატებული მასტურბაცია, რის დაწყებამდეც უცქერს ამ სურათს, რომელიც მის სექსუალურ ფეტიშად იქცა. ამ დროიდანვე გაუჩნდა გაწითლების შიში.

ხასიათით მოუსვენარი, ეჭვიანი, მორცხვი, მოვალეობის მაღალი გრძნობით.

როგორც ჩანს, მოცემულ შემთხვევაში ფეტიშიზმს საფუ-

ძვლად უდევს ქალიშვილში პირობითრეფლექსური კავშირის შექმნა ძლიერ სქესობრივ აგზნებასა და სკულპტურის („ამერიკის კონცა“) მზერას შორის. გაწითლების მოლოდინი განაპირობებდა შიშს, რომ გარშემომყოფნი სახეზე ამოიკითხავდნენ მის სქესობრივ ლტოლვას და იმას, თუ როგორ იკმაყოფილებს სურვილს. ფეტიშიზმსა და აკვიატებული მდგომარეობის ნევროზს შორის კავშირი აქ აშკარადაა გამოხატული.

ფსიქოანალიტიკოსთა აზრით, ფეტიში მუდამ გამოხატავს ამა თუ იმ გაუცნობიერებელ სექსუალურ ობიექტს. უფრო ხშირად მამაკაცებისათვის თითქოს ამას წარმოადგენს დედის სხეულის ნაწილები (ბეწვეული, როგორც სიმბოლო ბოქვენზე თმინობისა და ა. შ.), ქალებისათვის კი საგნები, რომლებიც მამაკაცის სასქესო ორგანოების სიმბოლიზებას ახდენენ. ს. ფროიდი თვლიდა, რომ ფეხებისა და თმის ფეტიშიზმს საფუძვლად უდევს დათრგუნვილი ლტოლვა შეცვლილი (თუ განდევნილი) კოპროფილური განცდების ობიექტებისადმი (ფეხებს და თმას ჩვეულებრივ სპეციფიკური სუნი აქვს). ამისგან განსხვავებით, ჩვენ ვვარაუდობთ, რომ ფეტიშიზმს, ისევე როგორც სქესობრივი ლტოლვის სხვა ანომალიას, საფუძვლად უდევს პათოლოგიურად მყარი პირობითი კავშირების შექმნა ბავშვობის ან მოზარდობის ასაკში სექსუალური განცდების დროს.

მაინც გაუგებარია, ფეტიშიზმი რატომ გვხვდება უფრო ხშირად მამაკაცებში. შეიძლება ეს იმიტ აიხსნას, რომ ქალები, როგორც აღვნიშნეთ, სექსუალურად გაცილებით იშვიათად რეაგირებენ მხედველობით გაღიზიანებაზე, ვიდრე მამაკაცები.

მუაიერიზმი და მასკოზინიონიზმი

ვუაიერიზმი (ფრანგ. voyeur — მაყურებელი), ვიზიონიზმი (ლათ. visionis — შეხედვა), ანუ სკოპოფილია (ლათ. scope — დათვალიერება) — არის ლტოლვა სქესობრივი აქტის ან შიშველი სასქესო ორგანოების ყურებისადმი. ქალის შიშველი სასქესო ორგანოების დანახვა მამაკაცისათვის წარმოადგენს „ძირითად გაღიზიანებელს“, რომელიც იწვევს სქესობრივ აგზნებას უპირობო რეფლექსური გზით,

ე. ი. გენეტიკური პროგრამის საფუძველზე. მაგრამ მის წარმოსაქმნელად აუცილებელია სქესობრივი აგზნებადობის საკმაოდ მაღალი დონე. ქალებისათვის შიშველი სასქესო ორგანოების დანახვაზე მსგავსი რეაქცია დამახასიათებელი არ არის. აღენიშნება მხოლოდ ზოგიერთ მათგანს, რომელიც უკვე ეწეოდა სქესობრივ ცხოვრებას და მისგან კმაყოფილებას ღებულობდა, ე. ი. წარმოადგენს შეძენილ რეაქციას. ბევრ ქალს და ქალიშვილს მამაკაცის სასქესო ორგანოების დანახვა არ სიამოვნებს და პირიქით, ამუხრუჭებს მათ სქესობრივ აგზნებას.

ბუნებოვრივი შერჩევის თვალსაზრისით, მამაკაცები, რომლებიც სქესობრივი პარტნიორის დანახვაზე ადვილად აღიზნებოდნენ, დიდ სექსუალურ აქტივობას იჩენდნენ და ხშირად იძლეოდნენ მემკვიდრეობას, ვიდრე ისინი, რომელთაც ასეთი აგზნების უნარი არ გააჩნდათ.

სქესობრივ ურთიერთობაში, ქალის პასიური როლის გათვალისწინებით, მისთვის ამ თვისებას, მემკვიდრეობის გაგრძელების თვალსაზრისით, დიდი მნიშვნელობა არა აქვს. როგორც ჩანს, ამიტომაც, რომ მამაკაცებს, როგორც წესი, დადებითი სექსუალური რეაქცია აქვთ ქალის შიშველი სასქესო ორგანოების დანახვაზე, ქალებს კი ანალოგიური რეაქცია ხშირად არ გააჩნიათ. ალბათ ამიტომაც, რომ ვუაიერიზმი ქალებში გაცილებით უფრო იშვიათია, ვიდრე მამაკაცებში.

ბავშვობის ასაკში სწრაფვა, თვალი შეავლონ საწინააღმდეგო სქესის პირთა სასქესო ორგანოებს და ინტიმურ მოქმედებებს, წარმოადგენს სქესობრივი ცნობისმოყვარეობის გამოვლინებას — ფსიქოსექსუალური განვითარების კანონზომიერ ეტაპს. მაგალითად, დ. ნ. ისაევისა და ვ. ე. კოგანის (1985) მონაცემებით, ინტიმური მოქმედებების დანახვის სურვილი აღენიშნება სკოლამდელი ასაკის ბავშვთა 25% და ადრეული სასკოლო ასაკის ბავშვთა 39% (39% ბიჭი და 6% გოგო), გაშიშვლების ცდა მოსწავლეთა მხოლოდ 5%. ურთიერთგაშიშვლებით თამაშობებს აღნიშნავენ მოსწავლეთა მშობლები 50%-ში.

ვუაიერიზმს საფუძველად უდევს ბავშვთა ან მოზარდთა ასაკში დაფიქსირებული პირობით-რეფლექსური კავშირი სქესობ-

რევ აგზნებასა და შიშველი სასქესო ორგანოების ან სქესობრივი აქტის დანახვას შორის. პირობითრეფლექსურ კავშირებს ორმხრივი გამტარობა აქვს (ა. მ. სვიადოშჩი, 1965). ამასთან დაკავშირებით, სქესობრივი აგზნების დროს უპირობო რეფლექსური გზით ცოცხლდება ის წარმოდგენები, რომლებიც ასოციაციურად დაკავშირებულია სქესობრივ აგზნებასთან, ისე როგორც შიმშილის გრძნობის დროს თვალნათლივ წარმოგვიდგება საკვების სახეები.

ტექნიკური ინსტიტუტის V კურსის სტუდენტმა, ახალგაზრდა ვაჟმა, რომელიც არ ცხოვრობდა სქესობრივად, მოგიყვა, რომ იგი დრო და დრო განიცდიდა ძლიერ, დაუოკებელ ლტოლვას ქალის შიშველი სასქესო ორგანოების დანახვისადმი, ეს ლტოლვა გაუჩნდა 13 წლის ასაკში, როცა ის ტუალეტის ქუჭრუტანიდან უთვალთვალებდა ქალს. ამან მასში გააოიწვია ძლიერი სქესობრივი აგზნება, მან ჩაატარა ონანისტური აქტი. მას შემდეგ სქესობრივი აგზნებისას წარმოდგენს ქალის სასქესო ორგანოებს და ახდენს მასტურბაციას. 18—19 წლებში გაუძლიერდა ქალის სასქესო ორგანოების დანახვისადმი ლტოლვა და დაიწყო სერელებას კეთება საზოგადოებრივ საპირფარეოებში, რათა ეთვალთვალა ქალებისათვის და თან ჩაეტარებინა მასტურბაცია. ცდილობდა დაეძლია ეს ლტოლვა და ზოგჯერ აღწევდა კიდევ მიზანს, მაგრამ უფრო ხშირად ის იმდენად ძლიერი იყო, რომ ქალაქგარეთაც კი გადიოდა, რათა ეპოვა შესაფერისი საზოგადოებრივი ტუალეტი.

ჰიპნოთერაპიამ და აუტოგენურმა ვარჯიშმა შესაძლებელი გახდა შესუსტებულიყო ეს ლტოლვა და დაეწყო ნორმალური სქესობრივი ცხოვრება. ქალის შიშველი სასქესო ორგანოების დანახვა სქესობრივი აგზნების ძლიერ სტიმულად დარჩა.

მოყვანილ შემთხვევაში ვუაიერიზმის მოვლენები განვითარდა პირობითრეფლექსური კავშირების მექანიზმით. ამ კავშირების ფიქსაციას ხელს უწყობდა გარკვეული ხასიათობრივი თვისებები — ერთი სახის საქმიანობიდან მეორეზე გადასვლის გაძნელება, მოუსვენარი, ექვიანი, მალალი, სინდისიერების პიროვნება. ამ კავშირის დასუსტება შესაძლებელი გახდა ჰიპნოზური შთაგონებისა და აუტოგენური ვარჯიშის შეხამებით.

ჩენი დაკვირვების ობიექტი იყო ავადმყოფი, რომელსაც ლტოლვა ჰქონდა სქესობრივი აქტის მჭერისადმი. იგი სამხრეთის საკურორტო ქალაქში ცხოვრობდა და დიდხანს დაეხეტებოდა პარკის მცურებულ ადგილებში ან პლაჟზე, რათა დაენახა ჩახუტებული წყვილი. ასეთი წყვილის დანახვაზე, მათი შემდგომი სიახლოვის წარმოდგენა მასში იწვევდა ძლიერ სქესობრივ აგზნებას, საკმარისი იყო ოდნავ მოხრილიყო და შეეკუმშა თქოები, რომ განეცადა ორგანოში.

10 წლის ასაკში ერთხელ, ღამით გაღვიძდა და მოწმე გახდა მისი მშობლების სქესობრივი აქტისა, რომლებსაც იმავე ოთახში ეძინათ. ამ დროიდან თავს იმპიხარებდა და ელოდა მომენტს, როდის ჩაატარებდნენ მშობლები სქესობრივ აქტს. მალე დაიწყო მასტურბირება თეძოების შეკუმშვით. 16 წლიდან არაერთი სქესობრივი კავშირი ჰქონდა მამაკაცებთან. სქესობრივ კმაყოფილებას ვერ გრძნობდა, რჩებოდა ფრუსტრაციის მდგომარეობაში. 19 წლისა საღამოს პარკში შემთხვევით წააწყდა წყვილს და სქესობრივი აქტის მოწმე გახდა. ამან ძლიერი სქესობრივი აგზნება გამოიწვია. რამდენიმე ნაბიჯით გვერდზე გავიდა, შეკუმშა თეძოები და განიცადა ორგაზმი. ამ დროიდან ლტოლვა გაუჩნდა სქესობრივი აქტის ყურებასადმი. ბოლო ორი წელია არარეგულარულ სქესობრივ ცხოვრებას ეწევა ცოლიან მამაკაცთან. სქესობრივ კმაყოფილებას ვერ გრძნობს.

ფსიქოანალიზური პოზიციიდან შეიძლებოდა გამოგვეთქვა მოსაზრება იმის შესახებ, რომ გოგონას ჰქონდა ფარული სქესობრივი ლტოლვა მამისადმი (ელექტრას კომპლექსი) დედასთან საკუთარი თავის იდენტიფიკაციით და რომ ეს დათრგუნვილი ლტოლვა გახდა ანორგაზმიისა და ვუაიერიზმის მიზეზი. მაგრამ ჩვენ ვერ ვხედავთ საკმარის საფუძველს ასეთი გაგებისათვის. ვუაიერიზმის მიზეზი ამ შემთხვევაში ადვილად აიხსნება პირობითრეფლექსური კავშირით სქესობრივ აგზნებასა (ორგაზმსა) და მშობელთა სქესობრივი აქტის აღქმას შორის. ეს კავშირი გაცოცხლდა და გაძლიერდა 19 წლის ასაკში, მაღალი სქესობრივი აგზნების პერიოდში.

ვუაიერიზმის ერთგვარად საწინააღმდეგო მდგომარეობაა ექსპიბიციონიზმი, ლათ. exhibitum — გამოჩენა, ჩვენება [Zasegnech., 1877] — ლტოლვა საწინააღმდეგო სქესის წარმომადგენელთათვის საკუთარი სასქესო ორგანოების ჩვენებით მიღებული სქესობრივი დაკმაყოფილებისადმი.

ჩვენ მიზანშეწონილად მიგვაჩნია ერთმანეთისაგან განვასხვავოთ ექსპიბიციონიზმი როგორც სქესობრივი ფსიქოპათოლოგიის ფორმა გაშიშვლებისაგან, რომელიც დაკავშირებული არ არის სქესობრივი ლტოლვის პათოლოგიასთან. მაგალითად, ალკოჰოლური სიმთვრალის დროს საქციელი ქალისა, რომელმაც აკრძალულ ზონაზე გაიარა, ხოლო დარაჯის აკრძალვის საპასუხოდ ლანძღვა-გინებით შემოიძარცვა ტანსაცმელი და შიშველი ადგილი მიუშვირა, აჰა, მესროლეო, რა თქმა უნდა, არ ჩაითვლება ექსპიბიციონიზმად.

„ნეიროლექტიკურ ერამდე“ ფსიქიატრიული საავადმყოფოს მშფოთვარე ქალთა განყოფილებაში იშვიათი არ იყო შე-

მთხვევა, როცა ქალები ფსიქომოტორული აგზნების მდგომარეობაში შიშვლდებოდნენ და დემონსტრირებას უკეთებდნენ თავიანთ სასქესო ორგანოებს, რასაც თან აყოლებდნენ ცინიკურ ფრაზებს. მაგრამ ამ შემთხვევაში ავადმყოფის ქცევის წინა პლანზე გამოდიოდა სწრაფვა, დაემცირებინა მოსაუბრე და არა ის, რომ მიეღო სქესობრივი კმაყოფილება სხეულის გაშიშვლებული ნაწილების ჩვენებით. მაშასადამე, ეს შემთხვევები არ შეიძლება მივაკუთვნოთ ექსპიბიციონიზმს, როგორც სქესობრივი ფსიქოპათოლოგიის ფორმას. უკანასკნელს არ განეკუთვნება აგრეთვე ენცეფალიტით და სხვა ორგანული ფსიქოზით დაავადებულთა ძალადობრივი ქმედება, აგრეთვე ბინდისებრი და განსაკუთრებული მდგომარეობები ეპილეფსიით დაავადებულებში, რომლის დროსაც შიშვლდებიან.

უვლიერისმისაგან განსხვავებით, ექსპიბიციონიზმის შემთხვევები ხშირია ფსიქიატრთა მხედველობის არეში, რადგან ავადმყოფები არღვევენ წესრიგს და იგზავნებიან სასამართლოსამელიცინო ექსპერტიზაზე. ი. არხამბაუს (1971) მონაცემებით, საფრანგეთის დეპარტამენტში ინდრ ნა ლუარემ 5 წლის მანძილზე ამ მიზეზით ექსპერტიზაზე გაგზავნა 92 ადამიანი. საშუალო ასაკი 34 წელი, ცოლიანი — 32, მათ შორის შვილიანი — 26. რეციდივი 50%. შემთხვევათა 1/3-ში (ჩვენი დაანგარიშებით — ა. ს.) ექსპიბიციონური აქტები ტარდებოდა 14 წ. ნაკლები ასაკის ბავშვების წინაშე. ჰ. რენერტის (1965) მიხედვით, ქალთა დაახლოებით 1/3 ოდესღაც მოწმე იყო ასეთი აქტებისა.

ექსპიბიციონიზმი ძირითადად გვხვდება მამაკაცებში, იშვიათად ქალებში. ექსპიბიციონისტები მოულოდნელად გამოჩნდებიან გაშიშვლებულნი და შეშინებულ ქალებს უჩვენებენ თავიანთ ერეგირებულ სასქესო ასოს. ეს მათში ძლიერ სქესობრივ აგზნებას იწვევს და ხდება ეაკულაცია (ზოგჯერ რამდენიმე მასტურბაციული მოძრაობის შემდეგ). ისინი უფრო ხშირად შიშვლდებიან გოგონების წინაშე და ცდილობენ თავიანთი მოქმედება ისე შეასრულონ, რომ არ დააკავონ. მაგალითად, ჩვენთან ექსპერტიზაზე გამოგზავნილი ერთ-ერთი ექპიბიციონისტი პარკში მოულოდნელად გამოხტებოდა ბუჩქებიდან, როცა 1-2 ქალი ან გოგონა მოდიოდა და მაშინვე გაუჩინარდებოდა. მეორე ავადმყოფი ასევე მოულოდნელად გამოჩნდე-

ბოლა ხოლმე სახლებიან სადარბაზოებში, მესამე — გინეკოლოგიური საავადმყოფოს პირდაპირ მდებარე მშენებარე სახლის ფანჯრის კრილში. ის თავის სასქესო ორგანოებს მაშინ აჩვენებდა, როცა ქალები ღია ფანჯრებთან იდგნენ. ერთ-ერთი მათგანი დებილი იყო, ორი დანარჩენი — ცოლიანი კაცი ფსიქოზის ნიშნების გარეშე, ამასთან, ერთი მოუსვენაოი, ექვიანი ხასიათისა. ადრე ის ზოგჯერ წარმოიდგენდა ქალიშვილს და ატარებდა მასტურბაციულ აქტებს, შემდეგ მისი ჩატარება დაიწყო მაშინ, როცა შორიდან ხედავდა ქალიშვილს და, ბოლოს, სურვილი გაუჩნდა ეჩვენებინა თავისი სასქესო ორგანოები, რის შემდეგაც იწყებდა მასტურბირებას.

ჩვენ მოგვმართა მეცნიერმუშაკმა, 50 წ. 20-ზე სეტი სამეცნიერო ნაშრომის ავტორმა. გვთხოვა გამოგვეყენებინა ჰიპნოზით მკურნალობა, რათა გავვეყენა ექსპიზიციონიზმისაგან. სიბაღლე 1 მ 80 სმ, სსეულის მასა 25 კგ, ათლეტური აგებულების, სასქესო ორგანოები დიდი, კარგად განვითარებული. გარეგნობა და მანერები მამაკაცური.

მასტურბაცია დაიწყო 5-7 წლისამ და განაგრძობს 2-3-დან 5-6-ჯერ კვირამდე. საშუალო დროს ზოგჯერ გადის ტუალეტში, რათა ჩატაროს მასტურბაციული აქტი. 26 წელია ცოლიანია, ჰყავს 24 წ. ვაჟიშვილი. ცოლთან სქესობრივად ცხოვრობს 3-4-ჯერ კვირამდე. სურვილი აქვთ უფრო სწრაფად, მაგრამ ცოლი ძალიან იღლება და უარს ამბობს უფრო ხშირ საახლოვეზე. სქესობრივი აქტის ხანგრძლივობა 10 წუთი, მასტურბაციისას — ორგანოში 3-4 წუთში. ცოლისათვის არასოდეს უღალატნია, ეშინოდა ვი თუ სხვა ქალთან სიახლოვისას ერეკტია არ ჰქონოდა. ხასიათით ექვიანია, ფიცრი, პირდაპირი, ადვილად გადადის ერთი სახის საქმიანობიდან მეორეზე, ალკოჰოლს თითქმის არ ეტანება, რადგან ის აქვეითებს სასქესო ფუნქციას.

24 წლისა ფრონტიდან ბრუნდებოდა საბარგო მატარებლით, სხვა მგზავრებთან ერთად ბუჩქებში შევიდა მოსამარდაუად. წარდვის პროცესში მის გვერდით სრულიად შემთხვევით აღმოჩნდა 30 წლის ახალგაზრდა ქალი, რომელმაც დაინახა მისი სასქესო ორგანოები. ამ დროს განუვითარდა სქესობრივი აგზნება და მან იქვე ჩატარა მასტურბაციული აქტი. ამ დროიდან მასში იფეთქა სურვილი გაშიშვლდეს დაანლოებით 30 წლის ასაკის ქალის წინაშე. ექსპიზიციონიზმისაღმდეგ ლტოლვა უძლიერდება, თუ უცებ ტრამვაიაში ან ქუჩაში დაინახა ახალგაზრდა ქალი, განსაკუთრებით მანქანაში. ბოლო 20 წლის მანძილზე ავღეში 3-4-ჯერ მიმართავს ექსპიზიციონერ აქტებს პარკებში ახალგაზრდა ქალების წინაშე, მოულოდნელად განმონდება ბუჩქებიდან, რის შემდეგაც იწყებს მასტურბაციას. შეწყუბუნდა ამ ლტოლვით, გვთხოვს დაკუთმაროთ. არაერთხელ დააკავა შილიციამ. ნეიროლეპტიკებით, კერძოდ ამინაზინის 100 მგ და მეტი დოზით მკურნალობის ცდამ ეფექტი არ გამოაღო. ვითარდებოდა სისუსტის,

ძილიანობის, მოდუნების გრძნობა. ნეიროლუპტიკების მიღების შეწყვეტის შემდეგ ექსპიბიციონიზმისადმი ლტოლვა კვლავ იჩენდა თავს.

ავადმყოფს დაენიშნა თიორიდაზინი (სინაპაქსი) 75 მგ დღე-ღამეში. ჩაუტარდა ჰიპნოზის 10 სესიი და პირობითრეფლექსური თერაპია აპომორფინით. შთაუწერავდნენ 30 წლის ქალებისადმი გულგრილობას და ზიზღს ექსპიბიციონისტური აქტებისადმი. აპომორფინის შეყვანის შემდეგ სთავაზობდნენ გამოეწვია ექსპიბიციონისტური წარმოდგენები. ეს უკანასკნელი ასოცირდებოდა აპომორფინით გამოწვეულ გულსრეცხვით და პირღებინებასთან. ამრიგად, მოხერხდა შეესუსტებინათ ექსპიბიციონურობისადმი ლტოლვა. შეასწავლეს აუტოგენური ვარჯიში. 6 თვის მანძილზე თვეში 1-2-ჯერ უტარდებოდა შემანარჩუნებელი თერაპიის სესიები. ექსპიბიციონისტურ აქტებს აღარ იტარებდა, თუმცა ზოგჯერ მასადმი ლტოლვა მაინც იჩენდა თავს.

ამ ავადმყოფის დაავადების გენეზში უდავოდ მნიშვნელობა ჰქონდა პირობითრეფლექსურ მექანიზმს — კავშირის წარმოქმნას ძლიერ სქესობრივ აგზნებასა და ახალგაზრდა ქალისათვის სასქესო ორგანოების ჩვენებას შორის. ამ დროიდან ჩაისახა ლტოლვა ექსპიბიციონიზმისადმი არა ქალიშვილების, არამედ ახალგაზრდა ქალების მიმართ. ჩვეულებრივ პათოლოგიურად მყარი სექსუალური კავშირები ისახება ბავშვობის ან მოზარდობის ასაკში. აქ კი ის წარმოიქმნა 24 წლის ახალგაზრდაში, ე. ი. ჩვეულებრივზე გაცილებით უფრო გვიან. როგორც ჩანს, ეს შეიძლება დაეუკავშიროთ მის მაღალ სქესობრივ აგზნებადობას. თერაპიული ეფექტის მიღწევა შეეძელით ჰიპნოზური შთაგონებისა და აპომორფინით პირობითრეფლექსური თერაპიის შეხამებით.

ცხოველთა სამყაროში, განსაკუთრებით მდედრობით სქესში, არსებობს საკუთარი თავის დემონსტრირების ინსტინქტი მამრობითი სქესის წარმომადგენლის ყურადღების მისაპყრობად, ასევე საკუთარი თავის უკუგების ინსტინქტი. შესაძლებელია, რომ ამ ინსტინქტების არსებობა უწყობს ხელს ექსპიბიციონიზმის განვითარებას. ქალებში მამაკაცებისაგან განსხვავებით, კ. ლეონჰარდის (1964) აზრით, საკუთარი თავის უკუგების ინსტინქტი რეალიზდება სქესობრივ ცხოვრებაში და ამიტომ არ მიდის ექსპიბიციონიზმამდე.

ა. კრონფელდისა (1921) და ე. კრეჩმერის (1927) მიხედვით, ექსპიბიციონიზმის, პედოფილიის, ფეტვიზმისა და სხვა პერვერსიების განვითარებისადმი განაწყობს სქესობრივი განვითარების შეფერხება ბავშვობის პერიოდში (ფსიქოსექსუალუ-

რბი ინფანტილიზმი). ამ ფონზე ეგზოგენური ფაქტორი განსაზღვრავს ამა თუ იმ ფორმის პერვერსიის განვითარებას.

ჩვენი აზრით, ბავშვებში ურთიერთგაშიშვლება და თავალიერება წარმოადგენს არა იმდენად სექსუალურობის, რამდენადაც ცნობისმოყვარეობის გამოვლინებას. ექსპიბიციონიზმისა და ვუაიერიზმის დროს ასეთი მოქმედებები მიმართულია სქესობრივი კმაყოფილების მისაღებად, ე. ი. სხვა ხასიათი აქვს. ამასთან დაკავშირებით, ძნელია მითითებული პერვერსიები მხოლოდ განვითარების შეფერხებით აიხსნას.

ფსიქოანალიტიკოსები თვლიან, რომ ექსპიბიციონიზმს საფუძვლად უდევს განცდები, რომლებიც განეკუთვნება „კასტრაციულ კომპლექსს“ (კასტრირებულად ყოფნის შიში). ექსპიბიციონისტი თითქოს ეუბნება ქალს: „დამიდასტურე, რომ მაქვს სასქესო ასო ან შეგეშინდა ჩემი ასოს დანახვისას, მაშასადამე მე აღარ უნდა მეშინოდეს, რომ მას დავკარგავ“. როცა ეშინიათ, რომ მათი სასქესო ორგანო საკმაო სიდიდის არ არის და ქალებს ვერ შეაშინებს, ურჩევნიათ გოგონებს აჩვენონ.

ჩვენ მიგვაჩნია, რომ ექსპიბიციონიზმის განვითარებაში და ობიექტის არჩევაში, ვისაც ექსპიბიციონისტი უჩვენებს თავს, წამყვანი როლი მიეკუთვნება სიტუაციურ ფაქტორებს, როგორც ეს გამოკვლევებიდან ჩანს.

მილიციის მუშაკმა ბულვარში გავლისას ბუჩქებში დაინახა, რომ კარგად ჩაცმულმა კაცმა გასწია პორტფელი, რომელიც მუხლბეზე ედო და თავისი ერეგირებული სასქესო ასო აჩვენა მის გვერდით მჯდომ ორ 7-8 წლის ასაკის გოგონას. ეს პიროვნება იქვე დააკავეს. გაირკვა, რომ ეს კაცი 3 თვის წინ განთავისუფლდა 5-წლიანი პატიმრობიდან ანალოგიური ქმედების გამო. საგამომძიებლო ორგანოებმა იგი გაგზავნეს ფსიქიატრიულ კლინიკაში სტაციონარულ ექსპერტიზაზე.

აღმოჩნდა, რომ ის მასწავლებელია, 32 წ. ცოლიანია, ჰყავს ორი ქალიშვილი. სასქესო ორგანოები დიდი ზომის აქვს, კარგად განვითარებული. ნორმალური სქესობრივი უნარი გააჩნია და ცოლთან ნორმალურ სქესობრივ ცხოვრებას ეწევა. ხასიათით რამდენადმე მოუხვენარი, ექვიანი, კეთილსინდისიერი და პედანტურია.

როცა 4-5 წლის იყო, ცხოვრობდა სოფელში და ხშირად დარბაზდა ტრუსების გარეშე. მისი დის 7-8 წლის ამხანაგები ხშირად ეთამაშებოდნენ მის სასქესო ორგანოებს, ბავშვებს უბამდნენ ასოზე. 15 წლისამ დაიწყო მასტურბირება წარმოიდგენდა რა, 7-8 წლის გოგონების შეხებას მის სასქესო ასოზე. შემდეგ გადავიდა ექსპიბიციონისტურ აქტებზე ამ ასაკის გოგონების წინაშე. ორგანოების განვითარებისათვის საკმარისი იყო გოგონ-

ნებისათვის ეჩვენებინა თავისი სასჯესო ასო, ზოგჯერ კი საჭირო ხდებოდა დამატებით მასტურბაცია.

მოცემულ შემთხვევაში გარკვევით ჩანს ბავშვობის ასაკში წარმოქმნილი პირობითრეფლექსური კავშირი სქესობრივ შეგარძნებებსა და 7-8 წლის გოგონების აღქმას შორის. როგორც ჩანს, წარმოქმნილი პირობითრეფლექსური კომპლექსივე დაედო საფუძვლად ექსპიბიციონიზმს. სექსუალური განცდების ფიქსაციას შეეძლო ხელი შეეწყო გარკვეული პიროვნების ჩამოყალიბებისათვის (ხასიათში ფსიქასტენიური თვისებების არსებობა), რომლისთვისაც დამახასიათებელია ძალიან მტკიცე პირობითრეფლექსური კავშირების ჩამოყალიბება.

იმდენად, რამდენადაც ავადმყოფთა ქცევა ჩვეულებრივ მიზანმიმართულ ხასიათს ატარებს, ექსპერტებს საფუძველი ეძლევათ ექსპიბიციონისტები მიიჩნიონ უნარის მქონედ, კონტროლი გაუწიონ საკუთარ საქციელს და უხელმძღვანელონ მას. ამიტომ ისინი შერაცხადად უნდა სცნონ. სასამართლოს მიერ მათი ქმედება კვალიფიცირებულ უნდა იქნეს როგორც „ბოროტი ხულიგნობა“. შეურაცხადად ჩაითვალოს მხოლოდ ფსიქოზით (შიზოფრენიით, მანიაკალურ-დეპრესიული ფსიქოზით და სხვ.) ან ფსიქიკური მოქმედების დროებითი დარღვევით ავადმყოფები.

მიზანმიმართული ხასიათი აქვს ნარკომანების მოქმედებასაც, როცა აბსტინენციის მდგომარეობაში იტაცებენ ნარკოტიკულ საშუალებებს. მაგრამ თვით „მიზანმიმართულობის“ ფაქტი ჯერ კიდევ არ იძლევა საფუძველს, ისინი ყველა შემთხვევაში ერთნაირად „შერაცხადად“ მივიჩნიოთ. დასკვნა გაიცემა აბსტინენციის სიმძიმის, პიროვნების თავისებურებების და ა. შ. გათვალისწინებით, რასთან დაკავშირებითაც ზოგჯერ მათ შეურაცხადად სცნობენ და სამედიცინო საშუალებებს უნიშნავენ.

ყურადღებას იქცევს ისიც, რომ ექსპიბიციონიზმის შემთხვევაში, თუმცა ბრალი კი ედებათ „ბოროტ ხულიგნობაში“, ამ პირებს მსგავსი რამ არ უმეღვანდებათ. ციხეში პატიმრობა ამ შემთხვევებში ხშირად ნაკლებეფექტურია (50% რეციდივი),

მაგალითად, ჩვენთვის ცნობილია, უწყინარი მექანიკოსი 30 წ. 8 წელია ცოლიანია. ჰყავს 7 წლის ბიჭი. ცოლთან ცხოვრობს ყოველდღიურად

სქესობრივი ცხოვრებით. 19 წლის ასაკში პირველად მიუსაჯეს 3 წელი ქალიშვილების წინაშე გაშიშვლებისათვის („ბოროტი ხულიგნობა“). განთავისუფლებიდან ერთი წლის შემდეგ კვლავ მიუსაჯეს 3 წელი ანალოგიური კმედების გამო. განთავისუფლებიდან ერთი წლის შემდეგ მესამეჯერ გაასამართლეს იმავე მიზეზით. სამივე შემთხვევაში შერაცხადად სცნეს. ექსპერტების მიერ დასმულია დიაგნოზი: „ფსიქოპათია სექსუალური პერვერსიით ექსპიზიციონიზმის ფორმაში“.

სამედიცინო დახმარება არც ერთხელ არ გაუწევიათ.

ჩვენ ვთვლით, რომ თუმცა უმრავლეს შემთხვევაში ექსპიზიციონისტურ აქტებს აკვიატებული ლტოლვის ხასიათი აქვს, რომლის დროსაც შენარჩუნებულია უნარი, ანგარიში გაუწიოს საკუთარ მოქმედებას და მართოს ის, მაგრამ ზოგჯერ ლტოლვა იმდენად ძლიერია, რომ ეს უნარი იკარგება და იმპულსური ლტოლვის ხასიათს იძენს. ამ ავადმყოფებს სამედიცინო ხასიათის დახმარება ესაჭიროებათ.

პედოფილია, გერონტოფილია, ინცესტოფილია, ჯოოფილია

პედოფილია გულისხმობს სქესობრივი ლტოლვის მიმართულობას ბავშვის ასაკის პირებისადმი, გერონტოფილია — მოხუცი ასაკის პირებისადმი (უფრო სწორად, მათზე ბევრად უფროსისადმი) და ინცესტოფილია — სისხლით ნათესავებზე.

პედოფილია მამაკაცებში იშვიათი არ არის. პედოფილების უმრავლესობა ან ხანში შესული მამაკაცები არიან ან დაბალი სქესობრივი პოტენციის მშიშარა, საკუთარ თავში დაურწმუნებელი მამაკაცები. როგორც მათი, ასევე სხვა მამაკაცების სქესობრივი ლტოლვის მიმართულობა გოგონებისადმი დაკავშირებულია საკუთარ თავში, საკუთარ სქესობრივ შესაძლებლობებში დაურწმუნებლობასთან, შიშთან, რომ მათ არ შეუძლიათ დიდი ქალის სქესობრივი მოთხოვნილების დაკმაყოფილება. ამ მოვლენების განვითარებას ხელს უწყობს ლიბიდოს შენარჩუნება პოტენციის დაქვეითებისას. ამასთან, პედოფილიური აქტები უფრო ხშირად გამოიხატება გოგონების „სქესობრივ განათლებაში“, მათ სქესობრივ ორგანოებზე შეხებით ან ექსპიზიციონირებით. სხვა ჯგუფს შეადგენენ პედოფილები, რომელთათვისაც ფეტიშის სახით ვლინდება ასაკობრივი კუთვნილება. პედოფილიის ეს ჯგუფი ფეტიშისმიის

მონათესავეა. ამ შემთხვევაში პედოფილიას საფუძვლად უდევს გოგონებთან დაკავშირებული სექსუალური განცდები, რომელიც უფრო ხშირად ბავშვთა ასაკში წარმოიქმნება.

პედოფილიის შემთხვევები ქალებში უკიდურესად იშვიათია. როგორც ჩანს, მამრობითი სქესის ბავშვი, მისი სუსტად განვითარებული სასქესო ორგანოებით, არ წარმოადგენს ქალის სქესობრივი ჟინის დაკმაყოფილების ობიექტს.

გასული საუკუნის ლიტერატურაში (რ. კრაფტ-ებინგი, 1987 და სხვ.) მოხსენიებულნი არიან გამზარდლები და მსახურები, რომლებიც გარყვნილ ცხოვრებას ეწეოდნენ ბიჭებთან. მოყვანილია ერთეული აღწერილობანი, რაც ეჭვს არ იწვევს იმაში, რომ ამ მოქმედებას ჩადიოდნენ ფსიქიკურად დაავადებული ქალები.

დ. ნ. ისაევისა და ვ. ე. კაგანის (1979) მონაცემებით, უფრო ხშირად გარყვნილი ქალების ობიექტი ხდებიან მოზარდი გოგონები, ხოლო ამ მოქმედებას ხჩადიან 30 წლის და უფროსი მამაკაცები. მოზარდებში ძირითადად ისინი არიან, რომლებმაც სექსუალურ და ემოციურ განვითარებაში ჩამორჩენილობის გამო ვერ შეძლეს კონტაქტი დაემყარებინათ თანატოლებთან. 30-წლიანებიდან ცოლიანები არიან, მაგრამ ვერ შეძლეს მოეწესრიგებინათ სექსუალური და სოციალური ურთიერთობები ცოლებთან. ხშირ შემთხვევებში გოგონებს აცდუნებენ მეგობრები ან ოჯახის წევრები.

პედოფილიისაგან განსხვავებით, გერონტოფილია უფრო ხშირია გოგონებში, ვიდრე ქალებში. ფსიქოანალიტიკოსების აზრით, გოგონების გერონტოფილიას საფუძვლად უდევს დათრგუნვილი ლტოლვა მამისადმი, ვაჟს — დედისადმი. ჩვენი მონაცემებით, გერონტოფილიას იწვევს ბავშვობის ან მოზარდობის ასაკში დაფიქსირებული სექსუალური განცდები.

გერონტოფილიის გენეზში გოგონებისათვის ასევე შეიძლება როლს ასრულებდეს ძიება მეგობარ-დამცველისა, რომელსაც შეუძლია საკუთარ თავზე იღოს მათზე ზრუნვა. ეს შედარებით ხშირად უმქლავნდებათ ინფანტილურ ქალიშვილებს, რომელთაც სუსტი სქესობრივი ლტოლვა გააჩნიათ და მამაკაცში სიყვარულს იმდენად არ ეძებენ, რამდენადაც მზრუნველ მამას. ზოგჯერ მოხუც მამაკაცებთან სქესობრივი ახლობლობა გაუჩნდებათ ახალგაზრდა ქალებს პირადი სექსუალური გამოცდილების საფუძველზე.

მაგალითად, გ. 26 წ. 17-დან 22 წლის ასაკში ურთიერთობა ჰქონდა თავისი ასაკის ახალგაზრდა ვაჟებთან. სქესობრივ კმაყოფილებას არღებულობდა, ფრიგიდული რჩებოდა. 23 წლის ასაკში ინტიმურ ურთიერთობაში შევიდა თავის უფროსთან (58 წ.), თუმცა მის მიმართ სქესობრივ ლტოლვას არ განიცდიდა და არც შეყვარებული იყო. მოულოდნე-

ლად მასთან პირველად განიცადა ძლიერი სქესობრივი კმაყოფილება. თანდათან განვითარდა სქესობრივი სიყვარული. 2 წლის შემდეგ იგი გაემგზავრა. ძალიან ენატრებოდა. ახლო ურთიერთობაში შევიდა ახალგაზრდა მამაკაცთან, მაგრამ ის ურუსტრაციის, დაუკმაყოფილებელ, მდგომარეობაში ტოვებდა. ამ დროიდან სქესობრივ ლტოლვას განიცდის მასზე ნევრად უფროსი მამაკაცების მიმართ.

მოყვანილ შემთხვევაში მოხუცი ასაკის პირებისადმი ლტოლვას ცხოვრებისეული გამოცდილების მქონე ადეკვატური პარტნიორის ძიების ხასიათი ჰქონდა.

ინცესტში (ლათ. incestus—უზნეობა) იგულისხმება სქესობრივი ცხოვრება სისხლით ნათესაებთან. ქორწინებისა და ოჯახის კოდექსის მე-18 მუხლის თანახმად (1971) „დაქორწინება არ დაიშვება პირდაპირი აღმავალი და დამავალი შტოს ნათესავებს შორის, ღვიძლ და აგრეთვე არაღვიძლ დასა და ძმას შორის; მშვილებელსა და ნაშვილებს შორის“.

სისხლით ნათესაებში ქორწინების აკრძალვა გვხვდება თითქმის ყველა ხალხში და ყველა კულტურაში.* სისხლით ნათესავთა ქორწინების მიმართ ასეთი დამოკიდებულება როგორც ჩანს, იმით არის ნაკარნახევი, რომ ახლო ნათესავებს, მაგალითად, მამასა და შვილს შორის სქესობრივი ცხოვრების დაშვება გამოიწვევდა ოჯახის წევრთა ურთიერთობის გაფუჭებას და ოჯახური ცხოვრების დეზორგანიზაციას. უნდა ითქვას, რომ სისხლით ნათესავთა შორის ქორწინება ჰიგიენური თვალსაზრისითაც არ არის სასურველი, რადგან დიდდება შთამომავლობაში იშვიათი რეცესიული ანომალიების გაჩენის შანსი.

მსუბუქი ეროტიკული შეფერილობა მამასა და ქალიშვილს, დედასა და ვაჟიშვილს, და-ძმას შორის გრძნობას რომ ახლავს, იშვიათი არ არის, მაგრამ მას საერთო არაფერი აქვს მათ შორის სქესობრივ კონტაქტთან. ინცესტი ძალიან იშვიათად აღინიშნება. ეს არა მხოლოდ მორალური აკრძალვით აიხსნება, არამედ იმითაც, რომ ადრეული ასაკიდან ხანგრძლივად ერთად ცხოვრება და ამ ადამიანებთან ურთიერთობაში წარმოქმნილი ჩვევა ხელს უშლის მათ შორის სქესობრივი ლტოლვის წარმოქმნას, სექსუალურ ობიექტად მათ არჩევას. ეს ამკარა ხდება, მაგალითად, სხვადასხვა ქორწინებიდან შექმნილი ბავშვების ურთიერთობაში, როცა ისინი ოჯახში ერთად იზრდებიან. და პირიქით, სქესობრივი ლტოლვა შეიძლება გაჩნდეს სისხლით ნათესავებს შორისაც კი თუ ისინი ცალცალკე იზრდებიან. მაგალითად, დიდ პოეტ ბაირონს შეუყვარდა თავისი და (ერთი სისხლის), რომელიც ნახა ბავშვობაში, ხოლო შემდეგ, როცა უკვე ახალგაზრდა ვაჟი იყო.

* გამოჩაყლის შეადგენს მხოლოდ ძველი ეგვიპტე, სადაც დასაშვებო იყო და-ძმისა და მამა-შვილის ქორწინება.

ლიტერატურაში ინცესტის შემთხვევები მოყვანილია ფსიქიკურად დაავადებულ ქალებში. არც ერთი სარწმუნო ცნობა სქესობრივი ცხოვრების შესახებ ფსიქიკურად ჯანმრთელ ვაჟიშვილსა და დედას შორის ჩვენთვის ცნობილი არ არის, თუმცა ინცესტის შესახებ ლიტერატურაში საკმაოდ ხშირადაა მოხსენიებული. ტრაგიკული ბედი ეწია ვაჟიშვილს ნინონ დელანკლოს. იგი იზრდებოდა მამასთან მარკიზ დე ჟერსისთან ინგლისში. 22 წლის იყო, როცა საფრანგეთში პირველად გაიციო ქალი და შეუყვარდა, არ იცოდა, რომ მისი დედა იყო. ვნებათაღელვის დროს, როცა სიყვარულს ეფიცებოდა და ცდილობდა დაუფლებოდა, მან მოულოდნელად გაიგო ჭეშმარიტება. შემფოთებულმა ქალმა ხელი კრა და შეჰყვირა — „მე დედა ვარ შენი!“ ახალგაზრდა ვაჟი გამოვარდა ეზოში, დაეცა მახვილზე და დედის ხელებში დალია სული. აი რამდენად ძლიერი მორალური ბარიერი არსებობს დედა-შვილის სქესობრივ დამოკიდებულებაში!

ეს მორალური საფუძველი დაედო ძველბერძნულ ლეგენდას მეფე ოიდიპოსის შესახებ, რომელმაც მოკლა თავისი მამა და იქორწინა დედაზე, ხოლო როცა სიმართლე გაიგო, საკუთარი თავის დასჯენს მიზნით, თვალები დაითხარა.

ზ. ფროიდის აზრით, ბავშვში 3-5 წლიდან იღვიძებს სქესობრივი ლტოლვა და მის საწყის ობიექტს წარმოადგენს საწინააღმდეგო სქესის მშობელი. შემდეგში ბავშვი გებულობს, რომ ეს დაუშვებელია, შეუძლებელია ამ ლტოლვის არსებობა, ისიც თრგუნავს მას, ჩნდება ეფექტურად დამუხტული კომპლექსი (ოიდიპოსის კომპლექსი). დათრგუნვის პროცესის მოშლამ ან მომდევნო განცდებმა, ზ. ფროიდის აზრით, შეიძლება ზეგავლენა მოახდინოს როგორც ნევროზის, ასევე პერვერსიის განვითარებაზე.

მამასა და ქალიშვილს შორის სქესობრივი ურთიერთობები გაცილებით უფრო ხშირია, ვიდრე ინცესტის შემთხვევები ოჯახის სხვა წევრებს შორის.

ჩვენი დაკვირვებით, ქალიშვილების მიმართ სექსუალურ აგრესიულობას უფრო ხშირად იჩენენ დეკლასირებული, ფსიქოპათიზებული: სუბიექტები, რომლებიც დიდი ხნის განშორების შემდეგ უბრუნდებიან ოჯახს. ისინი ფაქტობრივად არც იცნობდნენ თავიანთ ქალიშვილებს, რომლებიც მათ არყოფნაში გაიზარდნენ. ალკოჰოლური სიმთვრალის დროს ისინი ძალადობას იჩენდნენ მათზე და აიძულებდნენ სქესობრივ ცხოვრებას.

ბევრი ბავშვისა და მოზარდისათვის ინცესტის ცნება გაუგებარია, მაგრამ ისინი რეაგირებენ მხოლოდ სექსუალური ურთიერთობის ფაქტზე (ტკივილი და ა. შ.) და იმაზე, რომ

შეურაცხყოფა მიაყენა ახლობელმა ადამიანმა. ინტესტუოზური ურთიერთობები შეიძლება მძიმე ფსიქიკური ტრავმის წყაროდ იქცეს.

ზოოფილია, ანუ სოდომია* (ბიბლიური ქალაქის სოდომის სახელწოდების მიხედვით) ეწოდება სქესობრივ ლტოლვას ცხოველების მიმართ. ცხოველებთან ადამიანის სქესობრივმა კონტაქტმა ფართო ასახვა ჰპოვა მითოლოგიასა და ხელოვნებაში. ანტიკურ სამყაროში ასეთი დამოკიდებულების მიმართ მოთმინებას იჩენდნენ. რომის ლეგიონებთან ერეკებოდნენ თხისა და ცხვრის ჯოგს „არმიის სქესობრივი საჭიროებებისათვის“. ძველი იუდეველთა კანონების მიხედვით, ადამიანსა და ცხოველს შორის სქესობრივი კონტაქტის გამო კანონი სიკვდილიც დასჯას ითვალისწინებდა. შუასაუკუნეების ეპოქაში ცხოველთან სქესობრივი აქტის ჩატარებაში მხილებულს კოცონზე წვავდნენ მის ცხოველთან ერთად. თანამედროვე საზოგადოებაში ზოოფილია სისხლის სამართლით არ ისჯება, მაგრამ მორალური მოსაზრებებით განიკიცება.

ზოოფილია უფრო ხშირად გვხვდება დებილ ან ინტელექტუალურად შეზღუდულ მოზარდებში სოფლად (უფრო ხშირად მწყემსებში). ა. კინსეის (1953) მიხედვით, სქესობრივი კავშირი ცხოველთან ოდესღაც ჰქონიათ სოფლის მოზარდ ვაჟთა 17%, ქალთაგან კი 6000 გამოკითხულთა შორის მხოლოდ 26. ამასთან უფრო ხშირად ცხოველების მიერ ხდებოდა cunnilingus (ლათ. cunnus — ქალის გარეთა სასქესო ორგანოები + linga — ლოკვა).

ჩვეულებრივ ადამიანს არ უფიქრდება მყარი სქესობრივი ლტოლვა ცხოველის მიმართ და კონტაქტი წყდება ნორმალური სქესობრივი დაკმაყოფილების შესაძლებლობის მიღებისთანავე.

სადიზმი და მაზოხიზმი

სადიზმში იგულისხმება სქესობრივი კმაყოფილების მიღება პარტნიორთან უხეში დამოკიდებულებით, მაზოხიზმში კი, პირიქით, — ტანჯვით, რომელსაც პარტნიორი მას აყენებს. საინდისტი სიამოვნებას ლებულობს ტკივილის ან ტანჯვის მიყენებით, მაზოხისტი კი მისი მიღებით.

უნდა აღინიშნოს, რომ სქესობრივი აგზნების დონეზე მსუბუქი ტკივილის მიყენება (მაგალითად, კბენა) იშვიათად როდი გვხვდება ჯანმრთელ ადამიანებში, მაგრამ სქესობრივი სიამოვნების მიღება დაკავშირებული არ არის პარტნიორისათვის ტანჯვის მიყენებასთან.

* ზოგიერთი ავტორი ტერმინ „სოდომიაში“ გულისხმობს არა მხოლოდ ცხოველებთან ურთიერთობას, არამედ ჰომოსექსუალიზმსაც.

ტერმინი „სადიზმი“ და „მაზოხიზმი“ მწერლების სახელთანაა დაკავშირებული — მარკიზ დე სად და ზანერ-მაზოხი. პირველი მათგანი სასჯელს იხდიდა ციხეში 27 წლის მანძილზე სქესობრივი დანაშაულობების გამო, რაც დაკავშირებული იყო უხეშობისა და ძალადობის აქტებთან. ეს აქტები მან აღწერა თავის რომანებში*.

მეორე ცნობილი ავსტრიელი მწერალი მაზოხიზმით იყო შეპყრობილი და ეს მდგომარეობა აღწერა მის რომანებში. ა. ოლენბურგი (1902) გვთავაზობს სადიზმს ვუწოდოთ აქტიური, ხოლო მაზოხიზმს — პასიური ალგოლაგნია (ბერძ. algos — ტკივილი და lagnea ავხორცობა, ტკბობა).

ალგოლაგნიის სახესხვაობამ, რომლის დროსაც ტკივილით გაღიზიანებას აყენებენ მათრახის დარტყმით, ფლაგენალურობის სახელწოდება მიიღო (ლათ. flagellans — გამათრახებუ-ლი).

წამება, რომელსაც სადისტი აყენებს თავის მსხვერპლს, შეიძლება გამოწვეული იყოს, როგორც ფსიქიკური (აბუჩად აგდება, დაცივნა), ასევე ფიზიკური ზემოქმედებით. მეორე შემთხვევაში ჩვეულებრივ აყენებენ ტკივილით გამღიზიანებელს მსუბუქიდან მძიმემდე, რაც სხეულის მძიმე დაზიანებას იწვევს. მას აყენებენ სქესობრივი აქტის დაწყებამდე ან მისი მიმდინარეობის დროს. სადისტს ორგანოში შეიძლება განუვითარდეს მისი მსხვერპლის ტანჯვის უბრალო დანახვითაც კი, უფრო ხშირად ვითარდება სქესობრივი აქტის დროს ან იწვევენ მასტურბაციის გზით.

ლიტერატურიდან ცნობილი არიან სადისტები, რომლებიც სქესობრივ სიამოვნებას ღებულობდნენ ქალისათვის ნემსის ჩხვლეტით (მჩხვლეტავები) ან კიდევ, აიყვანდნენ მეძავ ქალებს, შებოქავდნენ და ამათრახებდნენ. ასევე მასწავლებლები და აღმზრდელები, რომლებიც უხეშად ექცეოდნენ ბავშვებს (შოლტავდნენ) სქესობრივი კმაყოფილების მიზნით.

სადისტურმა მიდრეკილებებმა შეიძლება თავისი ასახვა პოვოს არა მარტო მოქმედებებში, არამედ ფანტაზიაშიც.

მაგალითად, ჩვენი ავადმყოფი იყო ინეინერი, რომელმაც 12 წლის ასაკში დაინახა, მისმა მეზობელმა ქალმა როგორ ჩახადა ტრუსი მის 6 წლის გოგონას და გაუტყუა შიშველი დუნდულები. ამ სცენამ ბიჭში ძლიერი სქესობრივი აგზნება გამოიწვია. ამ დროიდან მან დაიწყო მასტურბაცია. წარმოიდგენდა, რომ მუხლებზე იწვევს გახდილ გოგონას, მის ფეხებს საკუთარ ფეხებს შუა იმწყვდევს, ერთი ხელით იჭერს მის

* სიცოცხლის ბოლო წლებში მარკიზ დე სადი ციხიდან ფსიქიატრიულ საავადმყოფოში გადაიყვანეს, თუმცა ფსიქოზის ნიშნები ვერ აღმოუჩინეს. დაიღუპა საავადმყოფოში 74 წ. ასაკში.

თავს (ე. ი. სრულიად უმწეო მდგომარეობაში აგდებს) და მეორე ხელით ურტყამს დუნდულებზე. თვითონ ხასიათით გაუბედავია, მორცხვი, საკუთარ ძალებში დაურწმუნებელი. დაქორწინდა 24 წ. ასაკში. ცოლთან ნორმალურ სქესობრივ ურთიერთობაში იყო და არავითარ სადისტურ მოქმედებებს არ სჩადიოდა. როცა ცოლისაგან შორს იყო, ერთთვის მივლინებაში, რამდენჯერმე ჩაატარა მასტურბაცია, წარმოიდგენდა რა გოგონას გატყეპვას.

სადისტური ფანტაზია მოცემულ შემთხვევაში წარმოიქმნა პირობითრეფლექსური კავშირის (იხ. ფეტიშიზმი) მექანიზმით. მის განმტკიცებას შეიძლება ხელი შეუწყოს საკუთარი არასრულფასოვნების — გაუბედაობის, მორცხვობის გრძნობის დაძლევა.

უნდა აღინიშნოს სადისტებისათვის დამახასიათებელი ერთი თავისებურება — სიამოვნების მიღება უმწეო მდგომარეობაში ჩავარდნილი მსხვერპლის წვალებით.

ზოგიერთი ავტორი სადიზმის გამოვლინებად მიიჩნევს ავხორცულ მკვლევლობებს (Zustmord — გერმანულ ავტორთა ტერმინოლოგიით). უკიდურესი ხარისხის სადიზმად განიხილავენ ნეკროფილიას — სქესობრივი ლტოლვა მკვდრებისადმი, რომლის დროსაც სქესობრივი აქტი (ან მასტურბაციის აქტი) ტარდება ამ მიზნით მოკლულ მსხვერპლთან. მაგრამ ნეკროფილია ყოველთვის არ არას დაკავშირებული ავხორცულ მკვლევლობასთან. ის ფეტიშიზმის მონათესავე გამოვლინებაც შეიძლება იყოს. ამ შემთხვევაში ის თავს იჩენს სექსუალური ლტოლვის სახით პირებთან, რომლებიც ბუნებრივი სიკვდილით გარდაიცვალნენ. ნეკროფილია უფრო ხშირად გვხვდება ფსიქიკურად დაავადებულებში.

ჰეტეროსექსუალურ ქალებში სადიზმის მოვლენები ძალიან იშვიათია, ხოლო ავხორცული მკვლევლობები და ნეკროფილია საერთოდ არ გვხვდება. მაგრამ აქტიურ ჰომოსექსუალისტ ქალებში, ა. მ. სვიადოშჩისა და ე. მ. დერევისკაიას დაკვირვებებით, სადისტური ტენდენციები იშვიათი როდია.

მაგალითად, ჩვენი დაკვირვების ქვეშ მყოფი ჰომოსექსუალისტი — ტრანსვესტიისტი ქალი 3 წლის მანძილზე ჰომოსექსუალურ ურთიერთობაში იყო ქალთან. სქესობრივ ცხოვრებაში აქტიურ, „მამაკაცის“ როლს ასრულებდა. პარტნიორს ხშირად სცემდა, დასცინოდა, შიშვლად აგდებდა გარეთ ყინვაში. მისი ტანჯვის დანახვისას ძლიერ სქესობრივ აგზნებას განიცდიდა და ატარებდა მასთან სექსუალურ მოქმედებებს.

ამ შემთხვევაში სადიზმის მოვლენები აღენიშნებოდა ჰომოსექსუალისტი ქალს, რომელსაც ჰქონდა ჩვეულებრივ კაცი-სათვის დამახასიათებელი თვისებები. გარდა ამისა, მის გარეგნობაში გამოსჭვივოდა მასკულინიზმის ნიშნები. ამრიგად, ეს დაკვირვება მოწმობს, რომ სადისტური მოვლენები ქალური ბუნებისთვისაც არის დამახასიათებელი.

სადიზმის გენეზი სხვადასხვაგვარი შეიძლება იყოს. ერთ შემთხვევაში მას საფუძვლად უდევს პირობითრეფლექსური კავშირების (უხეში მოქმედებებს ფეტიშიზმი) წარმოქმნა, მეორე შემთხვევაში ალბათ, როლს ასრულებს ან სქესობრივი აგრესიის ძველი ინსტინქტის განმუხრუქების მექანიზმი გამარჯვებულის გრძნობა დამარცხებულის მიმართ ან, პირიქით, საკუთარი არასრულფასოვნების გრძნობა, სქესობრივი ბატონობისადმი სწრაფვის დათრგუნვაში (გ. ს. ვასილჩენკო, ი. ლ. ბოტნევა და ვ. მ. მასლოვი (1983) სადიზმს განიხილავენ როგორც ჰიპერმასკულინობის გამოვლინებას.

სადისტურისაგან განსხვავებით, მაზოხისტური განწყობა უფრო ქალებისათვის არის ნიშანდობლივი, ვიდრე მამაკაცებისათვის. მთელი რიგი ავტორები ამას ხსნიან სქესობრივი სი-ახლოვის დროს ქალის უფრო პასიური როლით. სქესობრივი უკუგების, სქესობრივი მორჩილების ინსტინქტი სწორედ ქალებისთვისაა დამახასიათებელი. შთამომავლობის გაგრძელების თვალსაზრისით, ამ ინსტინქტით ბიოლოგიურად უფრო მომგებიან პირობებში იყვენენ ქალები, მამაკაცები კი — სქესობრივი აგრესიის უფრო გამოხატული ინსტინქტით.

მაზოხისტური ტენდენციების გენეზში ქალისათვის ერთ შემთხვევაში შეიძლება როლს ასრულებდეს სექსუალური მორჩილების, საკუთარი თავის უკუგების ინსტინქტის გამოვლინებები. ამ შემთხვევაში მაზოხისტური განცდების წინა პლანზე გამოდის უმწეობის, დათმობის, წინააღმდეგობის გაწევის უნარის უქონლობის გრძნობა.

ზოგიერთი მაზოხისტი კმაყოფილებას განიცდის, თუ შებოჭავენ, ზოგიერთებს სრული სქესობრივი მორჩილება სურთ — რომ საყვარელი ადამიანი ამცირებდეს, აიძულებდეს მის ფეხებთან ეგდოს.

სხვა შემთხვევაში უხეში მოქცევა, აბუჩად აგდება, ცემა მამაკაცურ ძალაზე, ვაჟკაცობაზე, ძალაუფლებაზე წარმოდგენასთანაა დაკავშირებული. ამიტომ, ისინი დადებითად აფასებენ ამ ქცევას და ავითარებენ მაზოხისტურ მიდრეკილებებს. მაგალითად, ერთი ჩვენი ნევროზით ავადმყოფი ოცნებობდა, ძალაუფლების მოყვარულ, უხეშ, ძლიერ მამაკაცზე, რომელიც განრისხებული გაარტყამდა, დააგდებდა იატაკზე, ის კი ამ დროს მუხლებზე მოეხვეოდა, მის ფეხებთან ეგდებოდა. მისი ქმარი იყო ფიზიკურად სუსტი, მორჩილი, იმპოტენტი.

ტკივილის გრძნობა შეიძლება გადაეცეს და გამოიწვიოს სქესობრივი აგზნება, ხორციელი სიამოვნებანი, თუ ამ დროს ტკივილი ძალიან ძლიერი არ არის. ჩვენ ვიცნობდით 5 წლის გოგონას, რომელსაც გატყეპვა, განსაკუთრებით ღუნდუღებზე მორტყმა სიამოვნებას გვრიდა. მშობლები როგორც კი

მიუხედავად, შეწყვიტეს ასეთი ფორმით დასჯა. ტკივილთან დაკავშირებული ხორციელი სიამოვნების ელემენტები აშკარად ჩანს სხვადასხვა რელიგიურ ფლაგილანტებშიც. ზოგიერთ ავტორს მოჰყავს დაკვირვებები მამაკაცებზე, რომელთაც ერექცია უვითარდებოდათ და სქესობრივი ცხოვრება მხოლოდ მაშინ შეეძლოთ, როცა საკმაოდ ძლიერი ტკივილით გაღიზიანებას ღებულობდნენ.

მაზოხიზმს საფუძვლად შეიძლება ედოს აგრეთვე პირობითრეფლექსური კავშირის წარმოქმნა ტკივილის გრძნობასა და ძლიერ სქესობრივ გაღიზიანებას შორის (ტკივილის ფიტიშისტები). ეს გარკვევით ჩანს დიდი ფრანგი ფილოსოფოსის ჟან ჟაკ რუსოს თვითდაკვირვებით. თავის „აღსარებაში“ რუსო ყვება, 8 წლის ბიჭი იყო, როცა პანსიონში ერთ-ერთი აღმზრდელი — 30 წლის მადმუაზელ ლამბერიე შეუყვარდა. მისმა გაჭაპრებამ, როცა უკვებ ვერ გასცა პასუხი კითხვაზე, და გაროზგვით დამუქრებამ, თუ კარგად არ იმეცადინებდა, მასში კმაყოფილების გრძნობა გამოიწვია. ერთხელ მან თვითონვე დასაჯა იგი. ტკივილთან და სირცხვილთან ერთად ბიჭუნამ იგრძნო, რომ ხორციელი სიამოვნებაც განიცადა და დაუძლეველი სურვილი გაუჩნდა კვლავ დაესაჯათ რაიმე მიზეზით. მალე იგი ისევ დასაჯეს როზგებით, მაგრამ აღმზრდელმა, როგორც ჩანს, შენიშნა დასჯის თავისებური ეფექტი და მოიშორა იგი. ამ დროიდან სწრაფვა გაუჩნდა საყვარელი ქალისაგან მიეღო როზგები და დამცირება. „ქალი მბრძანებლის ფეხქვეშ ვგდებულეყავი, მესრულებინა მისი ახირებები, ვედრებით მეთხოვა პატიება, ჩემთვის ეს უდიდესი სიამოვნება იყო.“

მოცემულ შემთხვევაში ტკივილის განცდისადმი ლტოლვის წარმოქმნაში (ალგოლაგნია) გარკვევით ჩანს დანტონისტიკური პირობითრეფლექსური კავშირის მექანიზმი ტკივილსა და ხორციელ ტკბობას შორის.

მაზოხიზმის მოვლენები ხშირად საღიზმის მოვლენებთანაა შეხამებული (სადო-მაზოხიზმი). მაგალითად, ერთი ჩვენი ავადმყოფი გონებაში წარმოიდგენდა, რომ წიკპლავს ბიჭს შიშველ დუნდულებზე (ბავშვობაში ამ სცენის დანახვამ მასში ძლიერი სქესობრივი აგზნება გამოიწვია), რომ მას როზგავს მამაკაცი, იგი ერთ დროს ნორმალური სქესობრივი ცხოვრებით ცხოვრობდა, მხოლოდ იშვიათად ეძლეოდა საღისტურ-მაზოხისტურ ფანტაზიებს.

შიზოფრენიით ავადმყოფებისათვის დამახასიათებელია რთული, დვარჯნილი საღისტური და მაზოხისტური ფანტაზიები. მაგალითად, ერთ ავადმყოფს წარმოედგინა, რომ იგი მკაცრი პატრონის მსახურია, რომელიც სხვა დამცირებათა გარდა, ღიზის თითებს ავლებდა ყურში, მიათრევდა და აძულებდა უნით ელოკა მისი ფეხები.

სქესობრივი ფუნქციის დარღვევის მკურნალობა

მკურნალობის ზოგადი პრინციპები

სქესობრივ სფეროში დარღვევების მკურნალობისას მთავარია დადგინდეს კონტაქტი ავადმყოფებთან, შეიქმნას გულწრფელობისა და ნდობის ატმოსფერო, რაც საშუალებას მოგვცემს გამოვლინდეს და განისაჯოს ადამიანური დამოკიდებულების ინტიმური მხარეები.

მკურნალობა სხვადასხვაგვარი იქნება დაავადების გამომწვევ მიზეზთა და თვით დაავადების გამოვლინებასთან დამოკიდებულებით, მაგალითად, ფსიქოგენური ანორგაზმიის დროს ჩვეულებრივ ძირითადი მეთოდია ფსიქოთერაპია, ენდოკრინული დარღვევებით გამოწვეული ანორგაზმიისას — ჰორმონული თერაპია. სხვადასხვაგვარად უნდა აიგოს თვით ფსიქოთერაპია ფობიური და ისტერიული ვაგინიზმის შემთხვევებში, თუმცა ორივე მდგომარეობა ფსიქიკური ფაქტორებითაა განპირობებული.

ექიმს, რომელიც სექსუალური დარღვევის მკურნალობას ეწევა, გარდა ღრმა სპეციალური ცოდნისა, უნდა გააჩნდეს უდიდესი ტაქტი, ცხოვრებისეული გამოცდილება, ავადმყოფებთან კონტაქტის დამყარების, მათი კეთილგანწყობისა და ნდობის მოპოვების უნარი. დამოკიდებულებას, რომელიც მყარდება ავადმყოფებსა და ექიმს შორის, ხშირ შემთხვევაში უდიდესი მნიშვნელობა აქვს მკურნალობის წარმატებით შედეგისათვის. რაც უფრო ავტორიტეტულია ექიმი, რაც უფრო დიდი უნარი აქვს ავადმყოფის მოსმენის, მისი კეთილგანწყობის დამსახურების, მისი განცდების გაგებისა და მასზე ლოგიკური და ემოციური ზემოქმედების მოხდენისა, მით უფრო მაღე იქნება მიღწეული შედეგი.

სქესობრივი ფუნქცია არის ფსიქოსექსუალური ფუნქცია, ამიტომ იმ შემთხვევაშიც კი, როცა მკურნალობას საფუძვლად უდევს ფარმაკოლოგიური საშუალებები, ავადმყოფის ფსიქიკაზე ზემოქმედებას ძალიან დიდი მნიშვნელობა აქვს. ადამიანის სქესობრივ ფუნქციაზე გავლენას ახდენს ეთიკური და ზნეობრივი წარმოდგენები და აგრეთვე დაავადებულის პიროვნული თავისებურებები. ეს გათვალისწინებული უნდა იყოს სამკურნალო ღონისძიებების შერჩევისას.

ანორგაზმიის მკურნალობისას პირველ რიგში გასარკვევია სასქესო ფუნქცია დაავადების გამოა დარღვეული თუ ორივე მეულლე სქესობრივად ჯანმრთელია, მაგრამ ცოლი სქესობრივ კმაყოფილებას ვერ ღებულობს დისგამიის გამო. უკანასკნელ შემთხვევაში აუცილებლად უნდა ვიცოდეთ არა მხოლოდ სულიერი მდგომარეობა ცოლ-ქმარს შორის, არამედ სქესობრივი ცხოვრების ინტიმური დეტალები, რამაც შეიძლება როლი შეასრულოს დისგამის წარმოქმნაში. მხოლოდ ამის შემდეგ შეიძლება მიეცეს რჩევა-დარიგება და მიმართულება მის დასაძლევად. გასათვალისწინებელია აგრეთვე ცოლ-ქმარის ინდივიდუალური თავისებურებები, კერძოდ სქესობრივი აგზნების ტიპი ქალისა და სქესობრივი კონტაქტის მისაღები ფორმის დიაპაზონი თითოეული მეუღლისათვის, ე. ი. რა ფორმები ჩაითვლება დასაშვებად, მისაღებად და მიუღებლად.

იმ შემთხვევაში, როცა ქმარი ცოლზე ადრე ამთავრებს სქესობრივ აქტს და ცოლი დაუკმაყოფილებელი რჩება, შეიძლება ლაპარაკი გარკვეულ მიზეზებზე, კერძოდ ხანგასმა, ხომ ხშირად ქალები სქესობრივ აქტს იწყებენ ნაკლებაგზნებულნი, ვიდრე მამაკაცები და წინასწარი მომზადება ესაჭიროებათ. შემდეგ, თუ საჭიროა, ურჩევენ გააფართოვონ ასეთი მომზადების მისაღები დიაპაზონი. ყურადღებას ამახვილებენ იმაზე, რომ, თუ ცოლ-ქმარს უყვარს ერთმანეთი, სიყვარულში ყველაფერი დასაშვებია, რაც სქესობრივ ჰარმონიამდე მიიყვანთ. შეიძლება მოვიყვანოთ ლიტერატურის მონაცემები მომზადებისათვის გამოყენებული სხვადასხვა მეტოდის შესახებ. უნდა აღინიშნოს, რომ ბევრ ქალს სქესობრივი სიახლოვის დაწყებამდე სჭირდება მთელ სხეულზე ალერსი, შემდეგ ალერსი, რომელიც უზრუნველყოფს კლიტორისა და მცირე ბაგეების მიდამოებში რიტმულ გაღიზიანებებს და მხოლოდ ამის შემდეგ არიან ისინი მზად სქესობრივი აქტისათვის. ასეთი მომზადება განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია კლიტორული ტიპის სქესობრივი აგზნებადობის ქალებისათვის. სქესობრივი აგზნების სხვა ტიპებისათვის კლიტორზე შეხება შეიძლება ინდიფერენტული ან უსიამოვნოც კი აღმოჩნდეს.

მომზადების ოპტიმალური ხანგრძლივობა ქალის ინდივიდუალურ თავისებურებებზეა დამოკიდებული. ზოგიერთი ქალისათვის ეს ათეული წამებია, ზოგიერთთათვის — წუთები (ჩვეულებრივ არაუმეტეს 10 — 15). რაც უფრო ტემპერამენტუანია ქალი, მით ნაკლები მომზადებაა საჭირო. ბევრი ქალი მამაკაცს აგრძნობინებს, როცა თავს უკვე საკმაოდ მომზადე-

ბულალ თელის, რათა ალერსიდან გადავიდეს სქესობრივ აქტივზე. ზედმეტად გახანგრძლივებულმა მომზადებამ შეძლება სქესობრივი მგრძობილობის დაკარგვა გამოიწვიოს. უნდა გავითვალისწინოთ, რომ ზოგიერთ ადვილად აგზნებად მამაკაცს სქესობრივი სიახლოვის წინ არ შეუძლია ქალის რამდენადმე დიდხანს ალერსი, რადგან ეს მას უფრო მეტად ალაგზნებს, ვიდრე ქალს, რასთან დაკავშირებითაც მას უნარი აღარ შესწევს საკმაოდ ხანგრძლივად ჩაატაროს სქესობრივი აქტი.

სქესობრივი აქტი ნორმალურად ითვლება იმისაგან დამოუკიდებლად, რა ხანგრძლივობით ან რა ფორმით ჩატარდა მისი მომზადება, ასევე რა ხარისხის სქესობრივი აგზნების გამოწვევა მოასწრო მან. ალერსი, რომელიც წინ უსწრებს მის დაწყებას, იწვევს არა მარტო ქალის ფსიქოეროტიკულ განწყობას, არამედ მისი სასქესო ორგანოების დასველებას, ხოლო ძლიერი სქესობრივი აგზნების წარმოქმნისას — ორგანოებრივ მანევრის გამოვლინებას ე. ი. სამოს გარეთა მესამედის შევიწროებას. ამის შედეგად როგორც მამაკაცები, ასევე ქალები უფრო ძლიერად შეიგრძობენ კონტაქტს ფრიქციის დროს.

ეროგენული ზონების განლაგება ქალებში ძალიან ინდივიდუალურია. ამიტომ სქესობრივი სიახლოვის დროს ორგანოების მიღწევისათვის შეიძლება მნიშვნელობა ჰქონდეს ოპტიმალური პოზიციის შერჩევას. სქესობრივი აქტის დროს სხვადასხვა მდებარეობისას ერთნაირი ზემოქმედება არ ხდება ქალის ეროგენულ ზონებზე. ამიტომ ზოგჯერ, როცა ქალი ვერ მიიღებს სქესობრივ კმაყოფილებას ერთი პოზიციისას, იწყებს მის გამოცდას სხვა პოზიციასში.

ევროპის ქვეყნებში ყველაზე გავრცელებულია პოზიცია, რომლის დროსაც ქალი წევს ზურგზე პირით პარტნიორისაკენ, მამაკაცი ზემოდან იმყოფება. ეს საშუალებას იძლევა სახეში უყურონ ერთმანეთს. გარდა ამისა, დიდი შესაძლებლობა იქმნება ურთიერთალერსისათვის. ქალის ფეხები ამ დროს შეიძლება იყოს სწორად ან მუხლებში მოხრილი და გულმკერდისაკენ მიზიდული. მეორე პოზიცია განსაკუთრებით ნაჩვენებია, როცა ქალს სიამოვნებს სასქესო ასოს ღრმად შეღწევა და ბოქვენის არეზე ზეწოლა, რომელსაც პარტნიორის სხეული ახდენს. ასეთი პოზიცია ხელს უწყობს ჩასახვას, მით უფრო, თუ ქალს მენჯის ქვემოთ უდევს პატარა ბალიში და სქესობრივი აქტის შემდეგ 10-15 წუთი რჩება ზურგზე დაწოლილი გულმკერდთან მიზიდული მუხლებით. მაგრამ რეკომენდებულია ასეთ პოზიციას არ მიმართონ, თუ სასქესო ასოს ღრმად შეღწევა მტკივნეულია ან სასურველი არ არის ორსულობასთან ან მშობიარობის შემდგომ პერიოდთან დაკავშირებით. მენჯბარძაყის სახსარში ფეხების ძალიან ძლიერად მოხრით და მენჯის აწევით შეიძლება მიღწეულ იქნეს მამაკაცის სასქესო ორგანოს ძლიერი ზეწოლა სამოს წინა კედლის გარე მესამედზე. ქალის გამართული ფეხების მდგომარეობაში უფრო მეტად ღიზიანდება კლიტორის მიდამო, თუმცა ამ დროს ის უშუა-

ლოდ არც ეხება მამაკაცის სასქესო ორგანოს. ქალს, რომელსაც ეს მი-
დამოები ძალიან მგრძობიარე აქვს, ხოლო ღრმა უბნები ნაკლებმგრძ-
ობიარე, გაკიმული ფეხებით პოზიცია შეიძლება უფრო სიამოვნებდეს,
ამ პოზიციაში მამაკაცის სასქესო ორგანო ადვილად ჩერდება საშოში,
რასთან დაკავშირებითაც ის ნაჩვენებია ასევე არასრული ერექციის
დროს.

პოზიციები, რომლის დროსაც ქალი მამაკაცის ზემოთ იმყოფება,
საშუალებას აძლევს ქალს თვითვე არეგულიროს საშოში მამაკაცის სას-
ქესო ორგანოს შედწევის სიღრმე და ფრიქციის რიტმი, აგრეთვე მიმარ-
თოს იგი საშოს იმ უბნისაკენ, რომელიც მას უფრო მგრძობიარე აქვს.
მამაკაცის ზედმეტი სიმსუქნის დროს, რაც ხელს უშლის სქესობრივ სი-
ახლოვეს, ასევე ორსულობისა და მშობიარობის შემდგომ პერიოდში ქა-
ლისათვის ეს პოზიცია შეიძლება ოპტიმალური იყოს.

გვერდითი პოზიცია მამაკაცს უადვილებს ეაკულაციის დაწყების სის-
წრაფის კონტროლს, ქალს საშუალებას აძლევს უფრო თავისუფლად და
აქტიურად მონაწილეობდეს სქესობრივ აქტში, უფრო მეტად, ვიდრე
ზემოაღნიშნული პოზიციები, უზრუნველყოფს მამაკაცის სასქესო ორგა-
ნოს კონტაქტს კლიტორთან.

აღმოსავლეთში ფართოდ გამოიყენება პოზიციები, რომლის დროსაც
მამაკაცი იმყოფება ქალის უკან. უკანა და გვერდით პოზიციებში ზეწო-
ლა ხდება საშოს უკანა და გვერდით კედლებზე, რაც იწვევს ორგანოს
წარმოქმნის მნიშვნელოვან დაჩქარებას ქალებში, რომელთაც ეს ზონები
მგრძობიარე აქვთ. დასაშვებია აგრეთვე სხვა პოზიციებიც. გვხვდება
საშოს ისეთი მდებარეობა, რომლის დროსაც მასში ადვილია სასქესო
ასოს შეყვანა, თუ მამაკაცი იმყოფება ქალის უკან.

საშვილოსნოს რეტროფლექსიის ან რეტროვერსიის დროს ქალის ზუ-
რგზე წოლისას ჩასახვა შეიძლება გაძნელდეს. ამ შემთხვევაში დაორსუ-
ლების მსურველს ვურჩევთ მუხლ-იდაყვის პოზიციას, რომლის დროსაც
მამაკაცი უკან იმყოფება. ეაკულაციის შემდეგ ქალი უმჯობესია რამდენ-
იმე წუთი დარჩეს იმავე მდგომარეობაში. ყველა პოზიცია დასაშვებია,
რომელიც ხელს უწყობს დაკმაყოფილების მიღწევას.

პარტნიორების სქესობრივი აქტის დამთავრების დროში
შეუესაბამობისას მამაკაცებისათვის შეიძლება რეკომენდებულ
იქნეს სქესობრივი აქტის ჩატარება პაუზებით, ე. ი. ფრიქციის
შეჩერება, როცა მისი სქესობრივი აგზნება უკიდურესად
ძლიერდება. პაუზების დროს მას შეუძლია მხოლოდ რიტმული
მოდრობები აკეთოს ტანით და ამით ზეწოლა მრავალჯეროვან ქა-
ლის ბოკვენის მიდამოზე. პირველი მცირე პაუზა უნდა გააკე-
თოს საშოში სასქესო ორგანოს შეყვანისთანავე. ამ დროს
კლიტორსა და მცირე ბაგეებზე უნდა დაადოს ხელი და შემ-
დეგ მთელი სქესობრივი აქტის განმავლობაში თითებით უნდა
აწარმოოს ფრიქციის რიტმში ამ უბნის მეტ-ნაკლები ინტენსი-
ვობის, მაგრამ არაუხეში რიტმული ზეწოლა ან მსუბუქი
ტაქტილური გაღიზიანება. ამას ერთვის ქალის სასქესო ორგა-

ნოების გალიზიანება მამაკაცის სასქესო ასოთი, რაც აჩქარებს ორგანიზმის წარმოქმნას. სასურველია თითები წინასწარ იქნეს დანამული ვაზელინით ან საშოს სისველით, რადგან მშრალი კანის შეხება ნახსუს სასქესო ორგანოებზე შეიძლება მტკივნეული აღმოჩნდეს. კლიტორის მიდამოს გალიზიანება არა მხოლოდ მოსამზადებელ პერიოდში, არამედ სქესობრივი აქტის დროსაც განსაკუთრებით მნიშვნელოვანია სქესობრივი აგზნების კლიტორული ტიპის ქალებისათვის. ამის გარეშე მათ ორგანიზმში შეიძლება ვერც განიცადონ. მაგრამ ეს შეიძლება ინდივიდუალური და უსიამოვნოც კი იყოს სქესობრივი აგზნებადობის არეაქტიულ და ვაგინალურ ტიპებში, ასევე ვაგინალურ-კლიტორულ ტიპებში, იმ ქალებში, რომლებშიც საშოს სტიმულაცია თითქმის კლიტორის მიდამოს ეროტიკულ მგრძობელობას. ეს უსიამოვნო შეიძლება იყოს აგრეთვე ქალის ინდივიდუალურ მოთხოვნილებათა შეუსაბამო სტიმულაციისას (მაგალითად, მისთვის ძალიან უხეში) ან ასეთი სტიმულაციისადმი უარყოფითი ფსიქოლოგიური განწყობისას.

სქესობრივი აგზნებადობის კლიტორული ტიპის ქალები ჩვეულებრივ აღნიშნავენ, რომ თუ მამაკაცმა კლიტორის სტიმულაციით მათში ძლიერი სქესობრივი აგზნება გამოიწვია, მაშინ ურჩევნიათ, რომ მან განაგრძოს იმავე ადგილის სტიმულაცია იმავე წესითა და ტემპით თვით ორგანიზმის წარმოქმნამდე. თუ იგი ამ დროს წყვეტს მოქმედებას და საშოს შიგა სტიმულაციაზე გადადის, მაშინ აგზნების დონე მათში სწრაფად ეცემა. სქესობრივი აგზნებადობის ვაგინალურ-კლიტორული ტიპის შემთხვევაში იშვიათი არ არის, როცა კლიტორის სტიმულაცია პირველად იწვევს სასიამოვნო სქესობრივ აგზნებას, რის შემდეგაც ჩნდება სქესობრივ აქტზე გადასვლის სურვილი და მამაკაცის სასქესო ორგანო შეიყვანება საშოში.

კლიტორის მაღალი მდებარეობის დროს, ასევე თუ ქმარი ვერ ახერხებს უზრუნველყოს მისი ადეკვატური სტიმულაცია, ქალს შეიძლება ვურჩიოთ, აქტის დროს ხელი დაიდოს მუცლის ქვემო ნაწილზე და ზემოდან ქვემოთ მოძრაობით დასწიოს კლიტორის არე ისე, რომ იგი ფრიქციის დროს მკიდროდ ეხებოდეს მამაკაცის სასქესო ორგანოს ძირს. გარდა ამისა, ქალს შეუძლია თვითვე მოახდინოს კლიტორზე რიტმული ზეწოლა, რაც გააძლიერებს აგზნებას და გააადვილებს ორგანიზმის წარმოქმნას.

თუ ქალი ძალიან თავშეკავებულია სექსუალურ გამოვლინებებში, მამაკაცი ყოველთვის ვერ გრძობს რამდენად ძლიერი პარტნიორის სქესობრივი აგზნება აქტის დროს და როდის განუვითარდება მას ორგანიზმი (ამისაგან განსხვავებით, ქალების უმრავლესობა გრძობს მამაკაცში ორგანიზმის განვითარებას). ზოგჯერ მამაკაცს უჭირს იმის გაგება, ფრიქციის რო-

გორი რიტმი და ამპლიტუდაა ქალისათვის ოპტიმალური სქესობრივი სიახლოვის ამა თუ იმ პერიოდში. ზოგჯერ ასეთ შემთხვევებში ქალს ურჩევენ თავის თავზე აილოს სქესობრივი აქტის რეგულირების ინიციატივა და აგრძნობინოს ქმარს რას მოითხოვენ მისგან. ძავალითად წელზე დაადოს ხელი და მსუბუქი მოძრაობებით არეგულიროს მისი აქტივობა, ხან დაამუხრუჭოს ის, თუ ქმარი ძალიან აღეგზნო, თვითონ კი ნაკლებად არის აგზნებული, ხან ხელის მსუბუქი მოძრაობებით სასურველი ტემპი მისცეს ფრიქციას ან აგრძნობინოს ქმარს, რომ უკვე აღარაა საჭირო თავმეკავება. მას ასევე შეუძლია ქმრის ხელი მიმართოს ყველაზე უფრო მგრძნობიარე ეროგენულ ზონებზე და მისცეს ის ტემპი და ინტენსივობა, რომელიც ყველაზე მეტად სიამოვნებს.

ქალში, რომელსაც საშოს მაღალი მგრძნობელობა აქვს, ორგანიზმის უფრო სწრაფად წარმოქმნას შეიძლება ხელი შეუწყოს საშოში ღრმად შეყვანილი მამაკაცის სასქესო ორგანოს მოკლე რიტმულმა მოძრაობებმა. ამ შემთხვევაში სასქესო ასოს თავის ყველაზე მგრძნობიარე ნაწილი სუსტად ეხება საშოს ზემო უბნის გაფართოებულ ნაწილს, ამავე დროს სასქესო ასოს ნაკლებ მგრძნობიარე ძირი უზრუნველყოფს საშოს გარეთა მესამედის კედელზე ხახუნს, განსაკუთრებით ამ ნაწილში ორგანოტული ძახეცის წარმოქმნისას.

ზოგჯერ ძალიან ტემპერამენტიანი ქალები ორგანიზმის წარმოქმნამდე გარეგნულად იმდენად ძლიერად გამოხატავენ სქესობრივ აგზნებას, რომ მამაკაცები ამას ორგანიზმის გამომხატველ ნიშნებად მიიჩნევენ, თავს აღარ იკავებენ და ცდილობენ მალე გამოიწვიონ ეაკულაცია. ამის შედეგად ქალი რჩება ძლიერ აგზნებულ მდგომარეობაში დაუკმაყოფილებელი.

ქალის გარეთა სასქესო ორგანოების სიმშრალის დროს შედარებით ხანგრძლივი წინასწარი ალერსის გარდა, ერთ-ერთმა ძეულდემ სასქესო ორგანოზე უნდა წაისვას ზეთი, ბორიანი ვაზელინი ან დაისველოს ნერწყვით, რათა ქალმა სქესობრივი აქტის დასაწყისში ტკივილი არ იგრძნოს, აგრეთვე შემცირდეს ხახუნის ძალა. სხვაგვარად ამან შეიძლება გამოიწვიოს ძალიან სწრაფი ეაკულაცია. იგივე შეიძლება ვურჩიოთ ახლადდაქორწინებულებს დეფლორაციისას წარმოქმნილი სიძნელების შემთხვევაში.

სქესობრივი აქტის დროს საშოს სიმშრალის მიზეზი ხშირად ესტროგენების უკმარისობაც შეიძლება იყოს. სამკურნალო ეფექტი მიიღწევა ან მათი დანიშნით ან მამაკაცის სასქესო ჰორმონების (მეთილტესტოსტერონის) მცირე დოზების მიცემით.

იმისათვის, რათა მამაკაცმა შეძლოს უფრო ხანგრძლივად ჩაატაროს სქესობრივი აქტი, შეიძლება ვურჩიოთ საშუალებე-

ბი, რომლებიც ჩვეულებრივ გამოიყენება ნაადრევი ეაკულაციის სამკურნალოდ: სასქესო ასოს თავზე ან მხოლოდ ლაგამზე სქესობრივ აქტამდე 2-3 საათით ადრე წაისვას სოვკაინის მალამო (1გ), ვაზელინის (20გ) შემადგენლობით ან (1) 2-2 საათით ადრე ძალიან თხლად — დიკაინის მალამო (1გ), ვაზელინის (20 გ) შემადგენლობით, გამოიყენოს პრეზერვატივი ან ვარჯიშის სპეციალური მეთოდები, რომელიც შეიძლება შევასწავლოთ ცოლ-ქმარს (ა. მ. სვიადოშჩი, 1982). თესლის ნაადრევი გადმონთხევის ხშირი მიზეზი შეიძლება იყოს წარუმატებლობის მოლოდინის ნეეროზი და უროლოგიური დაავადებები — ქრონიკული პროსტატიტი.

უნდა აღინიშნოს, რომ მამაკაცისა და ქალის ორგანიზმის წარმოქმნის დროს ძალიან დიდი სხვაობაც კი შეიძლება დაძლეულ იქნეს ორივე მხრიდან კეთილგანწყობით, ურთიერთწრფელი დამოკიდებულებით და მოთმინებით. ამ მხრივ ადაპტაციის დიდი შესაძლებლობა არსებობს. შემთხვევითი არ არის, რომ ზოგიერთი ქალი შეიძლება ცოტათი აჭარბებს, როცა ამბობს, რომ არ არის ისეთი მამაკაცი, რომელსაც არ შეეძლოს ქალის დაკმაყოფილება.

სქესობრივი დისპარმონიის მიზეზების დასადგენად ჩვეულებრივ საკმარისი არ არის ქალის გამოკვლევით დაკმაყოფილდეთ, როცა გამოვიკვლევთ მისი ტემპერამენტის თავისებურებებს, ეროგენულ ზონებს, ენდოვიდუალურ მოთხოვნებს, კარგია თუ გამოვიძახებთ პაციენტის ქმარს, დავამყარებთ მასთან კონტაქტს, რბილ, დელიკატურ ფორმებში მივცემთ რჩევა-დარიგებას სქესობრივი ქცევის შესახებ, ასევე განვსაზღვრავთ მისი სასქესო ორგანოების განვითარების ხარისხს და მისი კომპლუციური ციკლის ძირითად ფიზიოლოგიურ ხასიათს.

ქმართან საუბრის დროს სწავლილი ნაზი გაესვას სქესობრივი სიახლოვისადმი წინასწარი ფსიქოეროტიკული განწყობის მნიშვნელობას სქესობრივი დაკმაყოფილების მისაღწევად. ეს განწყობა შეიძლება შეიქმნას მთელი დღის მანძილზე ცოლ-ქმრის სულეერი ერთობის პროცესში და განსაკუთრებით საღამოს, სქესობრივი სიახლოვის წინა პერიოდში. ფსიქოეროტიკულმა განწყობამ შეიძლება დიდი გავლენა მოახდინოს სქესობრივი აგზნებადობის დონეზე და ორგანიზმის განცდის ინტენსივობაზე. „ჩემი ქმარი, — საყვედურობდა ახალგაზრდა ქალი, — არასოდეს ალერსიან სიტყვას არ მეტყვის, ყვავილებსაც კი არ მაჩუქებს, დღისით არ მოვა, არ მაკოცებს, არ შემაქებს, თუ რაიმე კარგად გვაკეთე. საღამოს როგორღა ვიქნები ხასიათზე...“

მამაკაცს ყურადღებას უმახვილებენ იმაზე, რომ, როცა ორგანიზმი პარმონიულად, ერთდროულად წარმოიქმნება ცოლ-

ქმარში, მაინც ქალს ის ჩვეულებრივ უფრო დიდხანს უგრძობ-
ლდება, ვიდრე მამაკაცს და, როგორც ფიზიკური, ასევე ფსი-
ქიკური თავისებურებების გამო, კიდევ სჭირდება საბოლოო
აღერსი. ხშირად ქალები უსიამოვნო განწყობით და დაუკმა-
ყოფილებლნი რჩებიან; როცა ქმრები სქესობრივი აქტის და-
მთავრებისთანავე ზურგს შეაქცევენ და დაიძინებენ, აღარავი-
თარ სინაზესა და ყურადღებას აღარ იჩენენ მათ მიმართ.

იმ შემთხვევებში, როცა დისჰარმონიის მიზეზს შეწყვეტი-
ლი სქესობრივი აქტი წარმოადგენს, ვურჩევთ უარი თქვან ამ
„მეთოდზე“ და ორსულობისაგან დაცვის სხვა საშუალებით
შეცვალონ ის.

ჩვენი დაკვირვებები გვიჩვენებს, რომ ცოლ-ქმრის სქესობ-
რივი დისჰარმონიის ხშირ მიზეზს სქესობრივი ცხოვრების სა-
ჭიბებში მათი გაუთვითცნობიერებლობა წარმოადგენს. გამო-
უცდელი ახლად დაქორწინებული მამაკაცის სიძნელების
ერთ-ერთი მიზეზი შეიძლება იყოს არასწორი წარმოდგენა
ქალის სასქესო ორგანოების ტოპოგრაფიაზე. ამ შემთხვევაში
აუცილებლად სჭირდება დახმარება ახალგათხოვილს. მაგრამ
ქალიშვილებს, რომელთაც სქესობრივად არ უცხოვრიათ, ჩვე-
ულებრივ არ შეუძლიათ საკუთარი საშოს შესავლის ჩვენება
და სწორი მიმართულების მითითება დეფლორაციის დროს.
ისინი გინეკოლოგის ინსტრუქტაჟს საჭიროებენ. ხშირად დაბ-
რკოლების მიზეზს წარმოადგენს ქალის არასაკმაო სიშიშველ
სქესობრივი აქტის დაწყების წინ.

ანორგაზმიის მკურნალობის დროს იმავე საშუალებებს
იყენებენ, რასაც დისგამიის ლიკვიდაციისას. პირველ რიგში
გაირკვევა ანორგაზმიის მიზეზები და იყენებენ საშუალებებს,
რომლებიც მიმართულია მათ თავიდან ასაცილებლად. მაგალი-
თად, სიმპტომატური ანორგაზმიის დროს მკურნალობა მიმა-
რთულია ძირითადად გამომწვევი დაავადების წინააღმდეგ.
ეს შეიძლება იყოს ნარკოტიკებით ინტოქსიკაცია, ციკლოტომია,
დეპრესიული ფაზა, ალიმენტური დისტროფია, ნევრასთენია,
ფატიგაცია, მშობიარობის შემდეგ განვითარებული ცვლილე-
ბები შენჯის ძირის კუნთებში, საშოს დილატაცია და ა. შ. და-
ლილობა და წუხილი სქესობრივი გრძნობის დათრგუნვის
ყველაზე ხშირი მიზეზია თვით ყველაზე ტემპერამენტთან ქა-
ლებშიც კი. ანორგაზმიის მკურნალობისას დიდი მნიშვნელობა
აქვს ქალს შევუქმნათ შრომისა და დასვენების ნორმალური
რეჟიმი, პირობები, რომ არ გადაიღალოს, ნორმალურად ეძი-
ნოს, ემოციურად არ დაიძაბოს, მიაღწიოს ორგანიზმის საერთო
გაჯანსაღებას. ძალიან სასურველია აქტიური კუნთოვანი მოქ-
მედება (სიარული, სპორტი). ასეთი ქალებისათვის ნაჩვენებია
ციტლებით (ხორცი, თევზი) და ვიტამინებით, განსაკუთრებით

Е ვიტამინით (კვერცხი, ხიზილალა) მდიდარი დიეტა. წითელი წიწაკა, კარდამონი, მუსკატი, დარიჩინი, ხიახური აღრინდელი ავტორების მიერ რეკომენდებული იყო როგორც სქესობრივი ავზნებადობის გამაძლიერებელი საშუალებები. ალკოჰოლის ერთჯერადი მიღების გავლენა ქალის სქესობრივ ლტოლვაზე მეტად ინდივიდუალურია. ზოგიერთში ეს ამუხრუჭებს სქესობრივ ლტოლვას, ზოგში კი პირიქით, ასუსტებს ფსიქიკურ შეკავებას.

ეროტიკული შეგრძნებების გამძაფრებისათვის შემდეგი ვარჯიშებია რეკომენდებული: 10-15 წამის განმავლობაში დაძაბეთ თეძოების, ღუნღულების და მენჯის ძირის კუნთები („შეკუმშეთ უკანა ტანი“), შემდეგ 5 წამით მოაღუნეთ. უნდა დაიწყოს კუნთების 10-ჯერ დაჭიმვით ერთ სეანსზე და თანდათან აიყვანოთ 30-40-ჯერ დაჭიმვამდე. უნდა ჩატარდეს დღეში სამ-სამი სეანსი 3 თვის განმავლობაში ან უფრო დიდხანს. ვარჯიში უნდა შესრულდეს ყოველგვარ გარემოში. ნაჩვენებია აგრეთვე გადაჯვარედინებული ფეხებით ჩაჯდომები დღეში რამდენჯერმე. ამის შედეგად ქალს უვითარდება უნარი აქტის დროს კუნთების დაძაბვით უფრო ძლიერ შემოაჭდოს პარტნიორის სასქესო ასოს, რასთან დაკავშირებითაც ორივეს უფრო მწვავე შეგრძნებები აქვთ. ამ კუნთების გამაგრებას ხელს უწყობს აგრეთვე ველოსიპედით სიარული, თხილამურებით სრიალი. ზოგიერთ ქალს იმდენად ძლიერად აქვს განვითარებული მენჯის ძირის და საშოს შესავლის კუნთები, რომ მათი დაძაბვით შეუძლიათ ძლიერად მოეჭიდონ საშოში შეყვანილ ნივთებს. ეს ვარჯიშები ნაჩვენებია სამშობიარო ტრავმის შემდეგ მენჯის ძირის კუნთების მოღუნების და საშოს დილატაციის დროს, რაც ანორგაზმიის მიზეზი გახდა. იშვიათ შემთხვევაში საჭირო ხდება პლასტიკური ოპერაციის გაკეთება, რაც მიმართული იქნება მენჯის ძირისა და საშოს აღდგენისაკენ.

თუ წარმოქმნილი ანორგაზმია და ალიბიდემია შეფასებული იქნება როგორც ციკლოთიმური, მათ შორის ლავირებული (ფარულად მიმდინარე) დებარესიის გამოვლინება, ნაჩვენებია ანტიდებარესიული საშუალებები: მოუსვენარ-დებარესიული განწყობის ფონის დროს — ამიტრიპტილინი 0,025 გ 3-ჯერ დღე-ღამეში, დაწეული გუნებაგანწყობის დროს, რასაც მოღუნების გრძნობაც ახლავს — ცეფედრინი, მელიპრამინი 0,025 გ 2-3-ჯერ დღე-ღამეში დღის პირველ ნახევარში, აზაფენი 0,3 გ-მდე დღე-ღამეში, პირაზიდოლი 0,075-0,1 გ დღე-ღამეში, შიშისა და აფექტური დაძაბულობის შემცირებისათვის შესაძლებელია ანტიდებარესანტების შესამება ტრანკვილიზატორებთან, მაგალითად, ფენაზეპამთან (0,00025-0,0005 გ 2-3-ჯერ დღე-ღამეში), მოღუნების გრძნობის გადასალახავად — სტიმულატორებთან — სიდნოკარბთან, საპარალთან, ქენშენთან

ანორგანზმის ყველა ფორმის დროს დიდი მნიშვნელობა აქვს ფსიქოთერაპიას. ფსიქოთერაპიის ეფექტურობა დიდად მაღლდება, თუ მისი ჩატარების დროს იქვეა მისი მეუღლე (ცოლქმრული წყვილის მკურნალობა). ფსიქოთერაპია მიმართულია სქესობრივი ცხოვრებისადმი ავადმყოფის დამოკიდებულების შეცვლისაკენ, სქესობრივი კონტაქტის სხვადასხვა ფორმის დაშვების დიაპაზონის გაფართოებისაკენ. ექიმი ავადმყოფის ყურადღებას იმისკენ მიაპყრობს, რომ მთავარია თუნდაც ერთხელ მაინც განიცადო ორგანზმი სქესობრივი აქტის ან მისი დაწყების წინ ეროგენული ზონების სტიმულაციისას.

ამის შედეგად როგორცა თითქოს გზა იკვალება ორგანზმის წარმოქმნისაკენ, ადვილდება ორგანსტული სტერეოტიპის შექმნა. გარდა ამისა, ეს ქალს დაეხმარება, უკეთ გაიგოს საკუთარი ინდივიდუალური მოთხოვნები ზემოქმედებაზე, რაც იწვევს სქესობრივ დაკმაყოფილებას. სხვათა შორის, შეიძლება აღინიშნოს, რომ ქალები, რომლებმაც ორგანზმი პირველად განიცადეს თვითაგზნების დროს, შემდეგში ხშირად განიცდიდნენ მას სქესობრივი ცხოვრების პროცესში.

იმ შემთხვევაში, როცა სქესობრივი გრძნობის შეკავების საფუძველში დიდ როლს ასრულებს მისი დამუხრუჭება არასწორი აღზრდით, ფსიქოთერაპიას მიმართავენ ამ შეკავების მოსახსნელად.

ფსიქოგენური, ასევე რეტარდაციული და კონსტიტუციური ანორგანზმის დროსაც კი შეიძლება რეკომენდებულ იქნეს ჰიპნოზური შთაგონება, აუტოგენური ვარჯიში და თვითშთაგონება ე. კუეს მეთოდით. ფსიქოთერაპიის ასეთ მეთოდებს შეუძლია მოხსნას ფსიქიკური შეკავება, რომელიც აფერხებს ორგანზმის წარმოქმნას, გააძლიეროს ფსიქოეროტიკული განწყობა, რომელიც წინ უძღვის სქესობრივ აქტს, გავლენა მოახდინოს ნეიროენდოკრინულ პროცესებზე და ქერქულ და ქერქვეშა სასქესო ცენტრების ფუნქციურ მდგომარეობაზე, ზემოქმედება მოახდინოს სასქესო აპარატის პერიფერიულ უბნებზე და სასქესო ორგანოების სისხლძარღვთა ინერვაციაზე.

ჰიპნოზური შთაგონების გაგლენა სქესობრივი აგზნებადობის საერთო დონეზე აშკარად ჩანს შემდეგ დაკვირვებაში.

გ. 26 წლის ქალი, ქალაქ ლვოვის მცხოვრება. ლენინგრადში ყოფნისას მოგვმართა ჩივილით ფრაიდიულობაზე. 4 წელია გათხოვილია, ჰყავს 2 წლის ბიჭი. ქმართან კარგ დამოკიდებულებაშია. აღრე არავინ ყვარება. სინაზისა და ილერისისადმი სწრაფვა ჰქონდა, სქესობრივი სიახლოვისადმი არა. ქმარს ნორმალური სქესობრივი უნარი ჰქონდა, ცდილობდა სხვადასხვა სახით ჩაეტარებინა ეროტიკული მომზადება, ცვლიდა პოზებს სქესობრივი სიახლოვისას, მაგრამ ეს შედეგს არ იძლეოდა.

სქესობრივი აქტი უფრო ხშირად განურჩეველია, იშვიათად ოდნავ სასიამოვნო. ცხოვრებაში ორჯერ ნახა ეროტიკული სიზმარი, რომლის დროსაც ესუბუქი სქესობრივი აგზნება განიცადა. ავადმყოფის სქესობრივი აგზნების ტიპი გენერალიზებულია.

ჩაუტარდა ჰიპნოზის სამი სესიის. 11 სარისხის ჰიპნოზური ძილა ფსიქნაციის მეთოდით გამოწვეულ ვერბალურ ზემოქმედებასთან შენამეპით. „შინ დაბრუნებისას შეგიყვარდებით თქვენი ქმარი. ქმართან სიახლოვე თქვენში აღტყინების გრძნობას გამოიწვევს. სქესობრივი აქტი სასიამოვნო გახდება. მოსდება განტვირთვა. ქმარი იქცევა თქვენთვის ყველაზე ძვირფას ადამიანად“.

შემდგომ ავადმყოფმა გვაცნობა, რომ შინ დაბრუნებისას მღელვარედ ელოდა შეხვედრას და პირველივე ღამეს ისეთი სიამოვნება მიიღო, რომ ფიქრობდა კეუიდან ხომ არ ვიშლებო. „თავი ვერ შევიკავე ხმაბლადი ოზბრისაგან... ქმარი ძვირფასი გახდა ჩემთვის!“

ამ შემთხვევაში, როგორც ჩანს, დაფიქსირებული იყო რეტარდაციული ანორგაზმია. ჰიპნოზური შთაგონებით შესაძლებელი გახდა სქესობრივი აგზნებადობის ამალღება („მღელვარედ ელოდი შეხვედრას“), რის შედეგადაც შესაძლებელი აღმოჩნდა ორგაზმის განცდა. სხვაგვარად რომ ვთქვათ, ფსიქიკური ზემოქმედებით შეიძლება დიდი ზეგავლენა მოვანდინოთ სქესობრივი ფუნქციის ნეიროენდოკრინულ რეგულაციაზე. ჰიპნოზით მკურნალობის დასაწყისში, როგორც ჩანს, უკვე არსებობდა ნეიროენდოკრინული სისტემის ერთგვარი მზადყოფნა, უკვე იყო სქესობრივი აგზნების გარკვეული დონე. ამის სასარგებლოდ მიუთითებს ეროტიკული სიზმრები, აგრეთვე ის, რომ ახალგაზრდა ქალმა თავისი ინციბატით მოგვმართა დახმარებისათვის ფრიგიდულობის გამო. მოცემულ შემთხვევაში ჰიპნოთერაპიის წარმატებას დიდად შეუწყობ ხელი ამ მზადყოფნამ.

უნდა აღინიშნოს, რომ ჰიპნოზური შთაგონება ყოველთვის როდი იძლევა დადებით შედეგს. უფრო ხშირად იგი ეფექტურია ფსიქოგენური ანორგაზმიის დროს.

ავადმყოფი რ. 32 წლის. 3 წლის მანძილზე უმედგოდ მკურნალობდა „გულის ნევროზის, მუცლის, გავის არეში ტკივილის, ზოგადი სისუსტის, გაღიზიანებულობის გამო“. ექიმები ვერაფერს ვერ ნახულობდნენ, მაგრამ ის, მისივე გადმოცემით, თავს უკეთ არ გრძნობდა.

მოვეყვება, რომ ქალიშვილობისას უყვარდა ახალგაზრდა ვაჟი, მაგრამ დედამ აიძულა ცოლად გაყოლოდა სხვას — ახლანდელ ქმარს. 8 შუღია მასთან ცხოვრობს. ეყოლათ 2 შვილი. ოჯახური ცხოვრებით კმაყოფილი არ იყო, მაგრამ გადაწყვიტა შვილების ხათრით შეენარჩუნებინა ქორწინება. სქესობრივი აქტი მუდამ უსიამოვნო იყო, ქმარის აღერსი აღიზიანებდა. მისი ცდა, მოეხდინა კლიტორის უბნის სტიმულირება, სქესობრივი აგზნების წარმოქმნას არ იწვევდა. ორგაზმი არასოდეს განუცდია. სქესობრივი სიახლოვეს მუდამ გაურბოდა, ამბობდა, რომ დაიღალა, რომ თა-

ვი ტყევა, რომ მენსტრუაცია მოუვიდა ან რომ გაუხანგრძლივდა, ზოგჯერ თავს იმძინარებდა. სქესობრივი სიახლოვის მეორე დღეს გრძნობდა დაღლილობას, დამტყრეულობას, ტყვიელს მუცლის ქვემოთ.

გამოკვლევისას ავადმყოფი აღმოჩნდა სქესობრივი აგზნებადობის აშკარა კლიტორული ტიპის, საშოს ყველა ნაწილი ანესთეზირებული ჰქონდა. ჰიპნოზურ ძილში ავადმყოფს შთავაგონეთ, რომ ახლა ის ნამდვილი ქალი გახდება. სქესობრივი აქტი სასიამოვნო იქნება! შემდეგ მიეთითა, რომ სქესობრივი აქტის წინ ქმარი ხელს დაადებს სასქესო ორგანოებზე და ეს მას ძალიან ესიამოვნება. აქტის დროს უადრესად გაუძლიერდება აგზნება და წარმოიქმნება ორგაზმი. ქმარი ძალიან ეყვარება. ქმარს ვურჩიეთ, რომ სხეულზე საერთო ალერსის შემდეგ გადავიდეს კლიტორის უბნის ხელით სტიმულაციაზე და ჩაატაროს ის არა მხოლოდ სქესობრივი აქტის წინ, არამედ სქესობრივი აქტის დროსაც.

ჰიპნოზის პირველი ორი სეანსის შემდეგ სქესობრივი სიახლოვე პირველად გახდა სასიამოვნო, წარმოიქმნა სქესობრივი აგზნება. მესამე სეანსის შემდეგ სქესობრივი აქტი დასრულდა ძლიერი ორგაზმის განცდით. ქმართან სქესობრივი ცხოვრებისას უკვე განიცდიდა სქესობრივ კმაყოფილებას. უსიამოვნო შეგრძნებები გულის არეში, მუცლის ქვემოთ, გავაში გაქრა. გაჩნდა სიმსუბუქის გრძნობა. ქმარი ძვირფასი გახდა, ოჯახში ურთიერთობა მოწესრიგდა.

ამ შემთხვევაში ფსიქოგენური ანორგაზმიის მოხსნა შესაძლებელი გახდა ჰიპნოზით. სქესობრივი აგზნების გამონატულ კლიტორულ ტიპთან დაკავშირებით რეკომენდებულია კლიტორის უბანში დამატებითი სტიმულაცია სქესობრივი აქტის დროს, რის გარეშეც ანორგაზმიის მოხსნა, ალბათ, შეუძლებელი იქნებოდა. მკურნალობამდე ქმართან სქესობრივი ცხოვრებისადმი უარყოფითმა განწყობამ, როგორც ჩანს, იქამდე მიიყვანა, რომ ეროგენული ზონების სტიმულაციის ცდამ ქმრის მხრიდან შედეგი არ გამოიღო და სქესობრივი აგზნება არ გამოიწვია. სქესობრივი ცხოვრების ნორმალიზაციასთან ერთად განიკურნა „გულის ნევროზის“ და სხვა ნევროზული გამოვლინებებისაგან.

ერთ-ერთი ყველაზე უფრო ხშირი მიზეზი ქალებში „შინაგანი ორგანოების სხვადასხვა ფუნქციური დარღვევების“, კერძოდ „გულის ნევროზის“, „მთელი სხეულის ტყვიელის“, „ზოგადი სისუსტის“ და ა. შ. განვითარებისა, რომლის დროსაც სომატური ორგანოების მხრივ ვერავითარ ცვლილებებს ვერ პოულობენ, არის სქესობრივი დისჰარმონია. მისი ლიკვიდაცია იწვევს ნევროზული გამოვლინებების მოხსნას. შინაგანი ორგანოების ფუნქციური დარღვევების მქონე ავადმყოფთა გამოკვლევისას ექიმმა ყველა შემთხვევაში უნდა გაარკვიოს სქესობრივი ცხოვრების ადაპტაციის დონე და ავადმყოფს ყურადღება გაუმახვილოს მისი ნორმალიზების მნიშვნელობაზე.

აუტოგენური ვარჯიშით ანორგაზმიის მკურნალობისას პირველი-ორი სტანდარტული ვარჯიშის (სიძძიმისა და სიტბოს გრძნობის გამოწვევა) დაუფლების შემდეგ ვურჩევთ ჩვენს პაციენტ ქალებს საკუთარ თავს შთააგონონ, რომ სქესობრივი სიახლოვე სასურველი და სასიამოვნოა, რომ გრძნობენ სიტბოს სასქესო ორგანოებში, ამისათვის საჭიროა ხელი დაიდონ მასზე, ასევე შთააგონონ ფრიქციებისადმი მგრძნობელობის გაძლიერება (ა. მ. სვიადოშჩი, 1982).

ანორგაზმიის შემთხვევაში შესაძლებელია აგრეთვე შთაგონების გამოყენება კუეს მიხედვით.

ავადმყოფთან ატარებენ საუბარს, რომლის დროსაც აუწერენ თვითშთაგონების მნიშვნელობას ორგაზმზე და განუმარტავენ, ამ მკურნალობამ როგორ შეიძლება სამკურნალო ზეგავლენა მოახდინოს მასზე. შემდეგ ურჩევენ თვითმკურნალობა განაგრძოს სახლში, რისთვისაც სახლში უნდა დაჯდეს ან დაწვეს მოხერხებულ პოზაში და მშვიდ მდგომარეობაში გაატაროს 2-3 წუთი, თავისთვის გონებაში ან ჩურჩულით ყოველგვარი დაძაბულობის გარეშე 25-ჯერ ავტომატურად გაიმეოროს თვითშთაგონების ერთი და იგივე ფორმულა, რომელიც 3-4 ფრაზისაგან შედგება. მაგალითად: „ღლითი-ღლე უკეთ და უკეთ ვარ... დაუძაბავად, უღარდელად... ნათელი გონებით... ყველაფერი მოვა თავისთავად...“ ბოლოს თვითშთაგონების შემდეგ შესაძლებელია 1-2 წუთით შესაბამისი სექსუალური წარმოდგენების გამოწვევა. თვითშთაგონების სიანსი რამდენიმე წუთი გრძელდება. რათა ყურადღება არ გაიფანტოს თვითშთაგონების ფორმულის გამეორების თვლახზე, შეიძლება იქონიოთ წვრილი თოკი 25 ნასკვით, რომელიც შეიძლება გადაითვალოს თვითშთაგონების გამეორების მიხედვით ან გადაიწყოს ასანთის წინასწარ არჩეული 25 ლერო.

სიანსები ტარდება რამდენიმე კვირის მანძილზე 3-4-ჯერ ღლეში, მაგალითად, ღლით, სადილის შემდეგ და ძილის წინ. ეს ძალიან ეფექტურია ძილიდან სიფხიზლეში გარდამავალ მდგომარეობაში და უშუალოდ ძილის წინ. თერაპიული ეფექტი ხშირად მოდის არა უცებ, არამედ მკურნალობიდან მხოლოდ 1 1/2-2 თვის შემდეგ.

ზოგიერთ ქალში ორგაზმის წარმოქმნა შესაძლებელია მხოლოდ იმ პირობით, რომ სქესობრივი სიახლოვის დროს ისინი არაფერზე არ ფიქრობენ და არ უკვირდებიან პარტნიორის ქცევას. სქესობრივ აქტზე და წარმოქმნილ შეგრძნებებზე ყურადღების ზედმეტად გამახვილებამ, ასევე ორგაზმის განცდის მღელვარე მოლოდინმა შეიძლება დაამუხრუჭოს მისი განვითარება. თუ გამოვიმუშავებთ უნარს, რომ არ ვიფიქროთ მასზე, ისევე როგორც არ ვფიქრობთ ძილზე, როცა გვინდა

დაძინება, შეიძლება მივალწივით განსკურნებას. განსაკუთრებით მყარ შემთხვევებში შეიძლება დაგვეხმაროს აუტოგენური ტექნიკის დაუფლება და ასევე შთაგონება (ცხადში ან ჰიპნოზურ ძილში), რომელიც მიმართული იქნება მღელვარე მოლოდინის მოსახსნელად („თქვენ მშვიდად ხართ... ყველაფერი კარგად იქნება... ყველაფერი თავისთავად მოხდება“).

ფსიქოგენური ანორგაზმიის დროს დადებით შედეგებს იძლევა აგრეთვე „თამაშის მეთოდი“ (ა. მ. სვიადოშიჩი, 1982), რომლის დროსაც რეკომენდებულია ტემპერამენტიანი ქალის როლის თამაში (ამისათვის ქალმა დახუჭული თვალებით სულ უფრო და უფრო აჩქარებით უნდა ისუნთქოს, წარმოიდგინოს, რომ საღდაც სივრცეში ინთქმება, ცნობიერებას კარგავს, უფრო აქტიურად აწარმოოს მენჯის მოძრაობა, ქმრის მოძრაობის რიტმში, მაგრად მოხვიოს ხელები და ორგაზმის გამოხატვის მომენტში რამდენჯერმე ამოოხვრასთან ერთად ჩაატაროს საშოს რამდენიმე ძლიერი შეკუმშვა). უნდა ჩატარდეს არანაკლებ 3-4 სეანსი მენტრუაციის დაწყებისა და დამთავრების შემდეგ. „თამაში“ ამაღლებს ქალის სექსუალურ აგზნებადობას და ხსნის მღელვარე მოლოდინს. მალე „თამაშის“ დონეზე ვითარდება ნამდვილი ორგაზმი.

რეტარდაციული ანორგაზმიის ფსიქოთერაპია მიმართულია მისი გენეზის განმარტების, იმედგაცრუების, საკუთარი არასრულფასოვნების გრძნობის მოხსნის მიმართ. ორიენტაციას იღებენ სიამოვნების განცდაზე, რაც გამოწვეულია ქმრისათვის მინიჭებული სიხარულით. ფრიგიდულობის ფსიქოთერაპიის პროცესში სასურველია ნაკლები ყურადღება მიექცეს ორგაზმის მნიშვნელობას. ქალს უნდა შთავაგონოთ, რომ სიყვარული და ოჯახური ბედნიერება შესაძლებელია იმ შემთხვევაშიც, როცა ის ორგაზმს არ განიცდის. უნდა გამოითქვას აზრი, რომ სქესობრივი აქტი ცოლქმრისათვის სასიამოვნოა, თუმცა ორგაზმი არ ვითარდება („დაკმაყოფილება ორგაზმის გარეშე“).

ანორგაზმიის მკურნალობისათვის ბევრი ძვირფასი რამ შეიძლება მოგვეცეს ფსიქოთეროტიკულმა ვარჯიშმა, რომელიც ოჯახურმა წყვილმა უნდა ჩაატაროს. ამან შეიძლება გამოიწვიოს ფსიქოთეროტიკული აგზნებადობის გაძლიერება. იმისათვის, რომ ეს მიზანმიმართული იყოს, სასურველია გინეკოლოგიური გასინჯვის დროს გამოვლინდეს ქალის ეროგენული ზონები, ხოლო შემდეგ საუბრისას ვლრჩივით ეროგენული ზონების სტიმულაცია ქმართან ალერსის დროს ისე, რომ მას თანდათან სულ უფრო და უფრო გაუძლიერდეს სქესობრივი აგზნება და განვითარდეს ორგაზმი. ქმართან პირადი საუბრისას ექიმი ზრდილობიან ფორმებში ურჩევს მას სქესობრივი აქტის

წინ მიმართოს ცოლის შესაბამისი ეროგენული ზონების სტიმულაციას. საჭირო არ არის ცოლი გავაფრთხილოთ იმის შესახებ, რომ ქმარს რაიმე ინსტრუქციებს მისცემენ, რადგან ამან შეიძლება შეუქმნას გამიზნულობის შეგრძნება. უმჯობესია, თუ მას შეექმნება შთაბეჭდილება, რომ ქმარი თვითონ „მივიდა აქამდე“. გარდა ამისა, ქალს შეიძლება ვურჩიოთ ცელი აბაზანები მენჯის არეში, რომლის დროსაც შეიძლება ეროგენული ზონების სტიმულაცია. ფსიქოეროტიკული აგზნებადობის თანდათან გაძლიერებას შეიძლება ხელი შეუწყოს გინეკოლოგიურმა მასაჟმა, რომლის დროსაც იწვევენ ეროგენული ზონების სტიმულაციას. ამ მიზნით, შეიძლება გამოყენებულ იქნეს საშოს შესავლის ვიბრომასაჟი იმ ქალებში, რომელთათვისაც ეს უბანი ეროგენულ ზონას წარმოადგენს. მკურნალობის კურსისათვის საკმარისია 3-5 სესიონი. მასაჟი აძლიერებს ქალის ზოგად ფსიქოეროტიკულ აგზნებადობას, არწმუნებს მას იმაში, რომ იგი არ არის „ცივი“ — უნარი აქვს ფსიქოეროტიკური შეგრძნებებისა, საშუალებას აძლევს მას უკეთ გაიგოს, რა სახის სქესობრივი სტიმულაცია სჭირდება და რა აადვილებს ორგანიზმის მიღწევას სქესობრივი სიახლოვის დროს.

სქესობრივი დისჰარმონიის შემთხვევაში ზოგჯერ თანდათან იკარგება ფსიქოეროტიკული კონტაქტი ცოლ-ქმარს შორის. სიახლოვისათვის მომზადება უკვე აღარ ახდენს იმ ამგზნებ მოქმედებას, რომელსაც ის ახდენდა ადრე. კონტაქტის აღდგენისათვის შეიძლება ვურჩიოთ რაქდენიმე დღით თავი შეიკავონ სქესობრივი ცხოვრებისაგან და მიმართონ მხოლოდ სხეულზე ალერსის სასქესო ორგანოებზე მიუკარებლად, არ ეცადონ გამოიწვიონ სქესობრივი აგზნება. რამდენიმე დღის ასეთი ალერსის შემდეგ უნდა ჩაერთოს სასქესო ორგანოების უბნებიც. ეროტიკული რეაქტიულობის ასეთი ვარჯიში ნაჩვენებია აგრეთვე ერთ-ერთი პარტნიორის სქესობრივი ლტოლვის სისუსტის შემთხვევაში.

ზოგიერთი ქალი, რომელსაც ნასწავლი ჰქონდა თვითაგზნების გზით ორგანიზმის გამოწვევა, შემდეგში იწყებდა მის განცდას სქესობრივი აქტის დროსაც და ამით თავს აღწევდა ანორგაზმიას. აქედან გამომდინარე, ი. ლოპიკოლომ და ლ. ლოპიკოლომ (1978) შეიმუშავეს ქალების მომზადების პროგრამა კლიტორის მიდამოს სტიმულაციისათვის (40 წთ ხანგრძლივობით, თუ ორგანიზმის გამოწვევა უფრო სწრაფად ვერ ხერხდება). ეს შეიცავდა აგრეთვე ორგანიზმის მიღწევის შესწავლას მომავალში პარტნიორთან კონტაქტის დროს გამოსაყენებლად.

დაქვეითებულ ვაგინალური მგრძობელობის დროს ჰ. კა-

პლანი (1978) გვიჩვენებს ვარჯიშს, რომელიც მიმართულია ამ უბნიდან მომდინარე შეგრძნებების აღქმის უნარის გაძლიერებისაკენ. ქალმა უნდა დაიკავოს პოზა ქმრის ზემოთ და მისი სასქესო ასო შეიყვანოს საძრში. უძრავად დარჩეს ან აკეთოს მსუბუქი მოძრაობები მენჯით, რათა შეინარჩუნოს ქმრის ერექცია. ყურადღება გაამახვილოს საშოდან მომდინარე შეგრძნებებზე და მიეჩვიოს მათ აღქმას. შემდეგში უნდა გადავიდეს უფრო აქტიურ ფრაქციებზე. თუ ქალს თვითონ შეუძლია გამოიწვიოს თავის თავში ორგაზმი, მაგრამ სქესობრივი აქტის დროს მას ვერ აღწევს, შეიძლება ვურჩიოთ აქტის დროს გამოიწვიოს ძლიერი სქესობრივი აგზნება (მივიდეს ორგაზმისწინა მდგომარეობამდე) ხელით (საკუთარი ან ქმრის) კლიტორის სტიმულაციით. როცა აგზნება წარმოიქმნება, მოიშოროს ხელი და გააკეთოს რამდენიმე მკვეთრი ბიძგისებური მოძრაობა მენჯით ქმართან ერთად, რაც მიიყვანს ორგაზმის განვითარებამდე.

ანორგაზმიის ყველა ფორმის მკურნალობისას დიდი მნიშვნელობა აქვს, მივალწიოთ, რომ ქალმა თუნდაც ერთხელ განიცადოს ორგაზმი, ამიტომ ნაჩვენებია ისეთი საშუალებები, რომლებიც თუნდაც დროებით გააძლიერებენ სქესობრივ აგზნებადობას. ამასთან, აუცილებლად უნდა გავითვალისწინოთ, რომ აგზნებადობაზე ყოველთვის უდიდეს გავლენას ახდენს ფსიქიკური ფაქტორებიც; მათ შეუძლიათ როგორც გააძლიერონ, ასევე დაამუხრუჭონ ის. ანორგაზმიის მედიკამენტური მკურნალობა ტარდება სხვა ღონისძიებებთან კომპლექსში. ზოგადმასტიმულირებელ საშუალებებად იყენებენ იმავე საშუალებებს და იმავე დოზებით, რასაც მამაკაცის სქესობრივი აქტივობის სტიმულაციისათვის. მათ განეკუთვნება ჟენშენის ფესვების ნაყენი (T-rae Cinsengi) 15-20 წვეთი დღეში 3-ჯერ ჰამამდე 1-2 საათით ადრე. მოქმედების მიხედვით ჟენშენთან ახლოა ელეთეროკოცის (Eztr. Eleutherococci fluidi) — 45 წვეთი 3-ჯერ დღეში ჰამამდე ნახევარი საათით ადრე. ხალებიანი ირმის რქის გამონაწვლილი — პანტოკრინი 30-40 წვეთი 3-ჯერ დღეში ჰამამდე ნახევარი საათით ადრე ან პანტოკრინი ამპულაში 1 მლ კანქვეშ ყოველდღე. ეს ნივთიერებები შეიძლება გამოყენებულ იქნეს მენსტრუალური ციკლის მიუხედავად 20-30 დღის და უფრო მეტი ხნის მანძილზე.

ფავ-ზურგტვინის ცენტრების რეფლექსური მოქმედების სტიმულაციისათვის, ასევე რეცეპტორების მგრძობელობის, კერძოდ, ტაქტილური მგრძობელობის გაამახვილებისათვის შეიძლება დაინიშნოს სტრიქნინი და მოქმედებით მასთან ახლო მდგომი სეკურინინი (სტრიქნინი 0,001 გ ან სეკურინინი 0,002 გ 2-3-ჯერ დღეში).

არც ისე დიდი ხნის წინ ფრიგიდულობის მკურნალობისათვის ფართოდ გამოიყენებოდა ქალის სასქესო ჰორმონები. მაგრამ ბოლო ხანებში მას ძალიან ფრთხილად იყენებენ, რადგან შეუძლია ორგანიზმში დაარღვიოს ჰორმონული წონასწორობა და აამალოს ამ უკანასკნელის მზადყოფნა სხვადასხვა ქსოვილოვანი პროლიფერაციისადმი.

ფრიგიდულ ქალებს ნორმალური მენსტრუაცია აქვთ, ასევე ნორმალური ორსულობა და მშობიარობა, რაც ესტროგენების ნორმალურ პროდუქციაზე მიუთითებს. როგორც აღვნიშნეთ, სქესობრივი გრძნობა მათში შეიძლება შენარჩუნებული იყოს შორსწასული მენოპაუზის დროსაც, როცა ესტროგენები უმნიშვნელო რაოდენობით გამომუშავდება. საკვერცხეების ამოკვეთისას — შვილოსნობის ასაკის ქალებში, აგრეთვე გამოხატული ჰიპოგონადიზმის დროს.

ამავე დროს ავადმყოფთათვის ესტროგენების დანიშვნა მასტექტომიის შემდეგ, ასევე კლიმაქსურ პერიოდში მყოფი ავადმყოფებისათვის არ იწვევს სქესობრივი ლტოლვის გაძლიერებას. ყველაფერი ეს ბევრ ავტორს საფუძველს აძლევს ივარაუდოს, რომ ქალის სასქესო ჰორმონებით ფრიგიდულობის მკურნალობა მიზანშეუწონელია, არაეფექტურია. და მაინც ჩვენ ვუერთდებით იმათ აზრს, რომლებიც ფიქრობენ, რომ ქალის სასქესო ჰორმონებმა შეიძლება გარკვეული როლი შეასრულოს ქალებში სქესობრივი გრძნობის შენარჩუნებაში და ვთვლით, რომ შესაძლებელია მათი მცირე ხნით (1 თვემდე) გამოყენება მხოლოდ იმ შემთხვევაში, როცა ფრიგიდულობის დროს აღმოჩნდება ჰიპოგონადიზმის მოვლენები, საშოს ნაცხის ციტოლოგიური გამოკვლევისას (რეაქცია II — III).

მკურნალობისათვის შეიძლება რეკომენდებულ იქნეს ესტრადიოლ-დიპროპიონატის 0,1% ხსნარი 1 მლ (1 მგ — 20 000 სე) ყოველი სამი დღე-ღამის შემდეგ მენსტრუალური ციკლის პირველი ნახევრის დროს (5 ინიექცია) ან ფოლიკულინი — 1 მლ 0,1% ხსნარი დღეგამოშვებით (7-8 ინიექცია), ან სინესტროლი — 0,1% ხსნარი, ასევე აბები, ოქტესტროლი 1 მგ ერთჯერ დღეში ციკლის პირველ ნახევარში. ესტროგენი წინააღმდეგნაჩვენებია საშვილოსნოს ფიბრომის, მასტოპათიის, საშვილოსნოს ყელის ეროზიის, პოლიპოზის, აგრეთვე ღვიძლისა და თირკმლების დაავადებებისას, ტუბერკულოზისა და ეპილექსიის დროს.

მამაკაცის სასქესო ჰორმონები (ანდროგენები), როგორც აღნიშნული იყო, აძლიერებს ქალის როგორც სქესობრივ ლტოლვას, ასევე ორგანიზმის განცდის უნარს. ამ მოქმედების მექანიზმი საკმაოდ ნათელი არ არის. შეიძლება ეს ჰორმონები აძლიერებს სასქესო ცენტრების აგზნებადობას თავის

ტვინის ქერქსა და ქერქქვეშა უბნებში (ლიმბურ სისტემაში). ეს ჰორმონები ნაჩვენებია რეტარდაციული და კონსტიტუციური ანორგაზმიის, ასევე სისხლში ამ ჰორმონების რაოდენობის შემცირების დროს. მას უნიშნავენ ფრიგიდულ ქალებს, რომელთაც კარგად აქვთ განვითარებული მეორადი სასქესო ნიშნები, ძალიან ქალურები არიან, აქვთ ნაზი კანი და სავარაუდოა რომ მათ ჭარბად აქვთ ქალის და არ ჰყოფნის მამაკაცის ჰორმონები.

ზოგიერთი ავტორი გვირჩევს ტესტოსტერონი დავუნიშნოთ კვებაში არაუმეტეს 70 მგ დოზით და მიიღოს ის არაუმეტეს 5 კვირისა (ა. ა. გაბელოვი, 1972). ზოგიერთები თვლიან, რომ მისი მიღება ხანმოკლე დროით შეიძლება კვირაში 3000 მგ-მდე. ჩვენ ვურჩევთ მეთილტესტოსტერონის მიღებას 0,005 გ დღეში 2-3-ჯერ ენის ქვეშ ერთი ციკლის მანძილზე მენსტრუაციის დამთავრების შემდეგ პირველი დღიდან დაწყებული მომდევნოს დაწყებამდე ან 5-ჯერ დღეში 4-6 დღის განმავლობაში. შეიძლება აგრეთვე ტესტოსტერონპროპიონატის დანიშვნა 50 მგ კუნთებში დღეგამოშვებით — სულ 4-ჯერ (Sol. Testosteroni propionati oleosae 5%-1 მლ).

კლიტორის ეროტიკული რეაქციის ასამაღლებლად რეკომენდებულია 1-2 ციკლის განმავლობაში შეიზილოთ ამ მიდამოში მალამო, რომელიც შეიცავს მცირე რაოდენობით ანდროგენებს (Sol. Testosteroni propionatis oleosae 1% — 6,0; Vaseline Lanolini àa 15,0) და ამასთან უნდა ეცადოთ საკუთარ თავში გამოიწვიოთ ეროტიკული რეაქცია. მამაკაცის სასქესო ჰორმონებს უნიშნავენ მაშინ, როცა ჭარბი რაოდენობითაა ქალის სასქესო ჰორმონები. თუ ის საკმაოდ რაოდენობით არ არის, მაშინ ციკლის პირველ ნახევარში უნიშნავენ ესტროგენებს და მის ფონზე — მამაკაცის სასქესო ჰორმონებს. ანდროგენები არ უნდა დაინიშნოს 300 მგ-ზე მეტი ერთ კურსზე, მაშინაც კი, როცა კურსი რამდენიმე მენსტრუალური ციკლის მანძილზეა გაჭიმული. მაგალითად, მეთილტესტოსტერონის დანიშვნა შეიძლება 0,005 გ 2-3-ჯერ დღეში ენის ქვეშ ერთი ციკლის განმავლობაში ან 0,005 მგ 2-ჯერ დღეში ციკლის მხოლოდ მეორე ნახევარში 2-3 ციკლის განმავლობაში, ან 10% ტეტენატი 1 მლ (100 მგ ტესტოსტერონის ტოლია) კუნთებში მენსტრუაციის დამთავრებიდან პირველ დღეს 3 ციკლის განმავლობაში. ინიექცია შეიძლება გაკეთდეს ციკლის მეორე ნახევარის პირველ დღეს. ციკლის პირველ ნახევარში დანიშვნისას პრეპარატი რამდენადმე სუსტად მოქმედებს სქესობრივი ლტოლვის სიძლიერეზე, ვიდრე მეორე ნახევარში მისი შეყვანისას, სამაგიეროდ ნაკლებია გვერდითი მოვლენების ალბათობა.

ანდროგენების მიცემა დაუყოვნებლივ უნდა შეწყდეს სახის ცსმიანობის წარმოქმნის, სმის ჩახლეჩის, სახეზე თმის განვითარების, თავზე თმის ცვენის მომატების, სხეულის მასის მომატების, სისხლის შეძადგენლობის შეცვლის (პემოგლობინისა და ერითროციტების მკვეთრი მომატება) ან მენსტრუალური ციკლის დარღვევისას. დოზის ხანგრძლივად გადაჭარბებამ შეიძლება გამოიწვიოს ერთემა სახეზე, ამენორეა, საშოს ლორწოვანი გარსის ატროფიული ცვლილებები და ლატენტურად მიმდინარე ტრიქომონადული კოლპიტის გამწვავება, ასევე კლიტორის ჰიპერტროფია, მამაკაცის სასქესო ჰორმონები წინააღმდეგნაჩვენებია ქალებისათვის, რომელთაც თუნდაც უმნიშვნელოდ აქვთ გამოხატული ვირილიზმის (სახეზე მამაკაცის ტიპის თმის განვითარება მამაკაცის ხმის ტემბრთან ერთად) ნიშნები.

ფიზიოთერაპიული მკურნალობა ძირითადად მდგომარეობს სასქესო ორგანოების ჰიპერემიის გამომწვევი პროცედურების დანიშვნაში, რაც, თავის მხრივ, ხელს უწყობს ეროტიზაციას: ცხელი (42 — 45°C) მზაპი ან მინერალური წყლის, განსაკუთრებით ნარზანის შესხურება საშოში, ნარზანის აბაზანები, ცხელი აბაზანები მენჯზე, ტალახით მკურნალობა („ტრუსები“ და საშოს ტამპონები), ასევე სასქესო ორგანოების დიათერმია (ვაგინალური დიათერმია — 12 სეანსი 20 წუთით ყოველდღე მენსტრუაციის დამთავრებიდან პირველ 12 დღეს); გარეთა სასქესო ორგანოების დარსონვალიზაცია — 12 სეანსი დღეგამოშვებით. საშვილოსნოს მიომა აბსოლუტური წინააღმდეგჩვენებაა ცხელი პროცედურებისათვის.

ადგილობრივი პროცედურების დანიშვნისას ანგარიში უნდა გაეწიოს ქალის სიმორცხვეს. პროცედურების მიმართ უარყოფითმა განწყობამ არარაობამდე შეიძლება დაიყვანოს სამკურნალო ეფექტი. ფიზიოთერაპიულ პროცედურებს მხოლოდ მეორეხარისხოვანი როლი ენიჭება მკურნალობისას და შეიძლება დაინიშნოს სხვა ღონისძიებებთან კომპლექსში.

ფრიგიდულობის თერაპიის ეფექტურობის შესახებ შეიძლება ვიმსჯელოთ ქალის სქესობრივი ლტოლვის გაძლიერების, ეროტიკული სიზმრების წარმოქმნის და, რაც მთავარია, ორგანიზმის განვითარებით სქესობრივი აქტის დროს ან მის გარეშე ეროგენული ზონების სტიმულაციისას. მნიშვნელოვანი ცნობები შეიძლება მივიღოთ ეროგენული ზონების პერიოდული გამოკვლევით. ზოგჯერ იქმნება სიტუაცია, როცა ქალი განიკურნა ფრიგიდულობისაგან, ე. ი. განუვითარდა ორგანიზმის განცდის უნარი, მაგრამ მას არ განიცდის მხოლოდ იმიტომ, რომ არ ხდება ეროგენული ზონების საკმაოდ ადეკვატური სტიმულაცია. ქალი ისევ ფრიგიდულად თვლის თავს. მაგა-

ლითად, ფსიქოგენური ანორგანოზის მქონე ჩვენს ერთ ავად-
მყოფს პირველი გამოკვლევისას აღმოაჩნდა როგორც გარე,
ასევე შიგა სასქესო ორგანოების სრული ანესთეზია. ჩატარე-
ბული თერაპის შემდეგ აღნიშნა, რომ უფრო მეტად იძაბება
ქმართან სქესობრივი სიახლოვის დროს, მაგრამ ორგანოში წი-
ნანდებურად არასოდეს რ განუცდია. განმეორებითა გამოკვ-
ლევამ გვიჩვენა, რომ მას გამოეხატა ეროტიკული მგრძობე-
ლობა კლიტორის უბანში. ქმარს ვურჩიეთ, ჩატარებინა ამ
ზონის სტიმულირება სქესობრივი აქტის დროს, რის შემდე-
გაც ავადმყოფი უკვე განიცდიდა ორგანოში. ამ უბნის სტიმუ-
ლაცია მკურნალობამდე დადებით შედეგებს არ იძლეოდა.
ამრიგად, ავადმყოფს ფრიგიდულობისაგან განკურნების შემ-
დეგ აღმოაჩნდა დისგამიის მოვლენები, რაც მოხსნილ იქნა.
სხვა შემთხვევაში ფრიგიდულობის მოხსნისას ორგანოში ვი-
თარდებოდა საშოს გარეთა ზემო მესამედზე რიტმული ზეწო-
ლისას.

ჩვენი დაკვირვებებით, დისგამიის მოხსნა შესაძლებელი
ხდება შემთხვევათა 85%-ში ხოლო ფრიგიდულობის —
52%-ში.

ჰიპერსენსუალურობის მაურნალობა

ჰიპერსენსუალიზმი წარმოადგენს სინდრომს, რომელიც
შეიძლება გამოწვეული იყოს სხვადასხვა დაავადებით. შესა-
ბამისად მკურნალობაც შეიძლება სხვადასხვაგვარი იყოს იმას-
თან დაკავშირებით, ის თირკმელზედა ქერქის სიმსივნითაა
გამოწვეული, ენცეფალიტით, ციკლოფრენით თუ თავის ტვი-
ნში სისხლმიმოქცევის მოშლის ნარჩენი მოვლენებით.

სქესობრივი ლტოლვის შემამცირებელი სიმპტომური სა-
შუალებების სახით შეიძლება რეკომენდებულ იქნეს ნეირო-
ლექტიკური საშუალებები — ამინაზინი 50-100, იშვიათად, 150
მგ დღე-ღამეში (ღებულობენ სასმელად ჭამის შემდეგ) ან
თიორიდაზინი (მელლერილი, სონაპაქსი) ანალოგიურ დოზებ-
ში. ამინაზინი წინააღმდეგნაჩვენებია ღვიძლისა და თირკმლე-
ბის დაზიანების, გამოხატული ჰიპოტონიისა და ჰიპერტონიუ-
ლი დაავადების (III სტადიის), კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწ-
ლავის წყლულის, ასევე თრომბოემბოლიური დაავადების
დროს, 100მგ-ზე მეტი დოზები ხშირად უარყოფითად მოქმე-
დებს შრომისუნარიანობაზე ფსიქომოტორული შეკავების
გამო. თიორიდაზინის გვერდითი მოვლენებიდან აღსანიშნა-
ვია ძილიანობა, აღინამია, არტერიული წნევის დაქვეითება,
ზოგჯერ ტაქიკარდია, აკომოდაციის დარღვევა. ორივე ნეირო-
ლექტიკურმა საშუალებამ შეიძლება მოგვეცეს ალერგიული
რეაქცია, ასევე კანის ამაღლებული რეაქცია მზის სხივების

მიმართ (უნდა ერიდონ კანზე მათ პირდაპირ მოქმედებას).

ჰიპერსექსუალურობის დროს, რასაც თან ახლდა შაშის გრძობა, დაძაბულობა, ჩვენ აღვნიშნავდით დადებით ეფექტს ამიტრიპტილინის დანიშვნით, იწყებენ 0,025 გ 1-2-ჯერ დღეში დოზით. თუ 4-5 დღის მანძილზე დადებითი ეფექტი ვერ მივიღეთ, დოზას თანდათან ადიდებენ — 0,025-0,05 გ დღე-ღამეში — 0,125 გ დოზამდე. უკანასკნელს აძლევენ 3-4 მიღებაზე დღე-ღამის განმავლობაში. პრეპარატს აქვს ანტიდეპრესიული, შიშის საწინააღმდეგო და სედატიური მოქმედება. წინააღმდეგ ნაჩვენებია გლაუკომის დროს, მკურნალობის პირველ 3-4 დღეს მოსალოდნელია ძილიანობა, რომელიც გაივლის.

ჰიპერსექსუალურობის დროს ჰიპომანიაკალურ ფონზე შესაძლებელია ლითიუმის მარილების მიღება ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში არსებული მეთოდის მიხედვით. თირკმელზედას მიერ ანდროგენების გამოყოფის გაძლიერებასთან დაკავშირებული ჰიპერსექსუალურობის დროს შეიძლება პრედნიზოლონის მცირე დოზების ან დიფენინის დანიშვნა 0,1 გ 1-3-ჯერ დღეში. ამ პრეპარატებით მკურნალობა იწვევს 17-კეტოსტეროიდების შემცველობის ნორმალიზაციას სადღეღამისო რაოდენობის შარდში. ჰიპოთალამური გენეზის ჰიპერსექსუალურობის დროს ბ. ნ. პილი (1982) გვიჩვენებს დიენცეფალური უბნის რენტგენით ღრმა დასხივებას კვირაში 2-ჯერ 50-70 ერთჯერადი და 300-400 სუმარული დოზით.

ფიზიოთერაპიული პროცედურებიდან სქესობრივი აგზნებადობის შემცირების მიზნით, ნაჩვენებია წიწვიანი, შალფეის, ნახშირორჟანგის და მარგალიტოვანი (35-36°C) აბაზანები (ლ. ვ. ტიმოშენკო, ბ. ვ. ფედორჩენკო, ვ. ი. კუშნირუკი, 1980), აგრეთვე კალციუმითა და ბრომით ხერხემლის დაღმავალი გაღვანიზაცია. ფიზიოთერაპიული პროცედურებით დიდ ეფექტს ვერ ვღებულობთ.

ვაგინიზმისა და გენიტალური მკურნალობა

ვაგინიზმის მკურნალობისას აუცილებელია ორივე ცოლ-ქმრის მონაწილეობა. ვაგინიზმით ავადმყოფები საჭიროებენ რბილ, კეთილმოსურნე დამოკიდებულებას. დაუშვებელია პრიმიტიული „ფსიქოთერაპია“ საყვედურების, დაშინების სახით, „საკუთარი თავის ხელში აყვანის“ მოთხოვნა; ასევე დაუშვებელია ცოლ-ქმრის ვურჩიოთ გაყრა, რადგან ეს მდგომარეობა უდავოდ იკურნება.

რამდენადაც ვაგინიზმი და კოიტოფობია ნევროზებს განე-

კუთვნება (ა. მ. სვიადოშჩი, 1982), ბუნებრივია, რომ მკურნალობის ძირითადი მეთოდია ფსიქოთერაპია. ვაგინიზმის ყველა შემთხვევაში მნიშვნელობა აქვს რაციონალურ ფსიქოთერაპიას, რომელიც მიმართულია დაავადების მიზეზის გარკვევისა და სქესობრივი ცხოვრების მხრივ სწორი ორიენტაციისაკენ. მაგრამ მხოლოდ რაციონალური ფსიქოთერაპიით ვაგინიზმისაგან განკურნება შეუძლებელია. ნაკლებეფექტური აღმოჩნდა აუტოგენური ვარჯიში. ის მხოლოდ ობიექტურად აადვილებს კუნთოვანი დაძაბულობის მოხსნას მშვიდად ყოფნის დროს, მაგრამ ვაგინიზმს არ ხსნის. ჰიპნოთერაპიის გზით განკურნების მიღწევა ძალიან იშვიათ შემთხვევაში ხდება იმ პირებში, რომლებიც ადვილად ემორჩილებიან ჰიპნოზს.

ტრანსვილიზატორები მხოლოდ რამდენადმე ასუსტებენ შიშის გრძნობას, რაც მიმართულია მის გადასალახავად. შიშს არ ხსნის ალკოჰოლის დიდი დოზებიც. კუნთების ცირკულარული გაჭრა, რომელსაც ვაგინიზმის სამკურნალოდ გვირჩევენ, დაუშვებელია, რადგან ეს მატრავმირებელია და ავადმყოფს შიშს არ უხსნის.

ქალწულის ვაგინიზმის მკურნალობისას ნაჩვენებია ქირურგიული დეფლორაცია, რომელიც გინეკოლოგმა უნდა ჩაატაროს ცოლ-ქმრის თანხმობით. ეს მნიშვნელოვნად აადვილებს შემდგომ მკურნალობას. ქმარს ეს საშუალებას აძლევს დაიწყოს სქესობრივი ცხოვრება შესუსტებული ერექციის შემთხვევაშიც, ასევე ხელს უწყობს ლოდინის ნევროზის მოხსნას, რაც გამოწვეულია შიშით, ვაი თუ ვერ მოახერხოს დეფლორაცია. უმჯობესია ის ჩატარდეს ელასტიკური გამაფართოებელით (მზნ ჩვენი კონსტრუქციის), რაც მაქსიმალურად აახლოებს მას ბუნებრივ პირობებში ჩატარებულ დეფლორაციასთან. ნაკლებეფექტურია დეფლორაციის ჩატარება კუსკოს სარკით. დანით აკვის გაჭრა მიზანშეწონილი არ არის, რადგან სქესობრივი აქტის ცდისას ხშირად ისევ იჩენს თავს ტკივილი, რაც იმით არის გამოწვეული, რომ საჭირო დიამეტრის ზვრელის გაკეთებას ვერ უზრუნველყოფთ. დეფლორაციის შემდეგ ავადმყოფს იქვე აჩვენებენ გამაფართოებელს ან სარკეს, რომლითაც ის იქნა დეფლორირებული და არწმუნებენ, რომ ახლა უკვე „შესასვლელი თავისუფალია“ და სქესობრივი აქტი უმტკივნეულო იქნება.

თუ ავადმყოფს აფრთხილებენ, რომ ის ახლა დეფლორირებული იქნება ქირურგიული წესით, ის ითხოვს ნარკოზის მიცემას ან უნარკოზოდ დეფლორაციაზე დათანხმებისას ჭიშკვს და კუმშავს საშოს შესავალს და ამით დიდად აძნელებს დეფლორაციის ჩატარებას. ამიტომ მიზანშეწონილია, როცა ცოლ-ქმრისაგან მიიღება პრინციპული თანხმობა დეფლორა-

ციაზე, წინასწარ ავადმყოფის ყურადღება გადავიტანოთ სხვა რაიმეზე, მაგალითად გასინჯვის პროცედურაზე, ვთხოვთ მოდუნდეს და გაუფრთხილებლად სწრაფად შევეყვანოთ გამაფრთხილებელი ან კუსკოს სარკე, მაშინვე გასოვილოთ ის და ვაჩვენოთ ავადმყოფს. ჩვეულებრივ მხოლოდ II და III ხარისხის ვაგინიზმის დროს გვიხდება მივმართოთ ნარკოზს. იმვითა შემთხვევებში მხოლოდ ქირურგიული დეფლორაცია კმარა ვაგინიზმის მოსახსნელად. თუმცა დეფლორირებულმა ავადმყოფმა იცის, რომ ახლა სქესობრივი ცხოვრება უმტკივნეულო იქნება, მაგრამ სქესობრივი აქტისა და ვაგინიზმისადმი შიში მაინც შენარჩუნებული აქვს. საჭიროა სპეციალური ვარჯიში პირობითი კავშირის გაქრობის მეთოდით მათ სალიკვიდაციოდ. იმასთან დაკავშირებით, რომ ვაგინიზმით ავადმყოფები ძალიან რეაგირებენ თუნდაც უმნიშვნელო ტკივილით შეგრძნებებზე სასქესო ორგანოებზე შეხების ან სქესობრივი აქტის ცდისას, შემდგომი მკურნალობა უნდა ჩატარდეს მხოლოდ 3-5 დღის შემდეგ, როცა მთლიანად შეწყდება დეფლორაციით გამოწვეული სისხლდენა.

შიშის მოსპობის ტექნიკა. ავადმყოფთან ტარდება საუბარი, რომლის დროსაც, როგორც ექიმი აღნიშნავს, მას ესპის, რომ ცოლი განიცდის დაუძლეველ შიშს, რომ ის ცდილობს მის დაძლევას, საკუთარ თავთან დებს ფიცს და იღებს ვალდებულებას, რომ დღესვე შეუდგება ქმართან სქესობრივ ცხოვრებას, მაგრამ უკანასკნელ მომენტში დაძაბულად ეკრება ფეხები და ავადმყოფი ვერაფერს ხდება საკუთარ თავთან. ავადმყოფს არწმუნებენ, რომ შიში გაუქრება. არკვევენ, ჰქონდა თუ არა ტკივილი სქესობრივი აქტის ან მისი ცდის დროს, როგორი პოტენცია აქვს ქმარს? ამის დასაზუსტებლად ექიმმა უნდა აიღოს ქალის ხელი და მეორე ხელისგულით დააწვეს ზომიერი ძალით. შემდეგ ჰკითხოს, შეუძლია თუ არა ქმარს ამ ძალით აწარმოოს ზეწოლა მის სასქესო ორგანოებზე. ანალოგიური ცდა შეიძლება ჩაატარონ ქმართანაც. თუ ქალს სქესობრივი ცხოვრებით არ უცხოვრია, უნდა ვკითხოთ ცოლ-ქმარს და მივიღოთ პრინციპული თანხმობა სამედიცინო დეფლორაციაზე, თუ ექიმი აუცილებლობად მიიჩნევს მის ჩატარებას.

შემდეგ გადადიან გინეკოლოგიურ შემოწმებაზე. თუ კი ტკივილს შეიგრძნობს, პირდებიან მის შეწყვეტას. ვაგინიზმით დაავადებული ბევრი ავადმყოფი არასოდეს არ მისულა გინეკოლოგთან, გინეკოლოგიური სავარძლის დანახვაზე შიში იპყრობს და უარს ამბობს გასინჯვაზე. ამ შემთხვევაში გასინჯვა უნდა მოხდეს რბილ დივანზე, რაც არავითარ შიშს არ იწვევს და მოსახერხებელიცაა შემდგომი მკურნალობისათვის, ვინაი-

დან უფრო უახლოვდება ქმართან ურთიერთობის პირობებს. თუ ავადმყოფი ძალიან ძლიერად უჭერს ფეხებს, უფლებას არ იძლევა ან უშლის გასინჯვას, სთავაზობენ ჩაცმული დაწვეს დივანზე, მოადუნოს ბარძაყების კუნთები, ფეხები მოღუხოს ძუხლებში და ფართოდ გაშალოს ისინი, წარძოიდვიხოს ქმართან სიახლოვის გარემო.

თუ დეფლორირებულ ავადმყოფში სასქესო ორგანოებთან ექიმის ხელის მიახლოება მაინც იწვევს შიშის შეგრძნებას და კუნთოვან დაძაბულობას, ექიმს ვურჩევთ მკვეთრი მოძრაობით ხელის მტევნის ზურგით რამდენჯერმე დააწვეს ავადმყოფის სასქესო ორგანოებს და აჩვენოს მას, რომ ასეთი ზეწოლა უმტკივნეულოა და რომ ეს უბანი ნაკლებმგრძობიარეა. ამის შემდეგ საშოს შესავალს უსვამენ ვაზელინს, ათვალეირებენ, საქალწულე აპკზე შეხებით განსაზღვრავენ თითის თავისუფლად შეყვანის შესაძლებლობას და სწრაფი მოძრაობით შეყავთ თითი საშოში. შემდეგ მიუხედავად იმისა, რომ ავადმყოფს ეშინია და ცდილობს გამოაძევოს თითი, მაინც ტოვებენ მას საშოში. ავადმყოფს არწმუნებენ, რომ მას კი არ ტკივა, არამედ ეშინია და რომ თითი დარჩება შიგ მანამ, სანამ შიში არ გაივლის. მას შიგ ტოვებენ რამდენიმე წუთით ჩერ უძრავად, შემდეგ აკეთებენ რბილ მოძრაობებს. შემდეგ კი გამოიღებენ და კვლავ და კვლავ შეყავთ. როცა ავადმყოფი დამშვიდდება, ეუბნებიან, რომ თვითონვე შეიყვანოს ექიმის თითი, გაიმეოროს ეს რამდენჯერმე. პროცედურის შიში თანდათან ქრება (საკუთარი თითის შეყვანა, მით უმეტეს ორი თითისა ვაგინიზმით ავადმყოფებს ჩვეულებრივ არ შეუძლიათ, მიუხედავად ექიმის შთაგონებისა),

შემდგომი მკურნალობისათვის საჭიროა სხვადასხვა დია მეტრის გამაფართოებლები, ამ მიზნით ჩვენ ვცადეთ გამოგვეყენებინა გეგარის გამაფართოებლები, მაგრამ მძიმე ლითონის გამაფართოებლები მოუხერხებელია, რადგან უსიამოვნო შეგრძნებებს იწვევს და შიშით გამოწვეული მკვეთრი მოძრაობების დროს შეიძლება ქსოვილები დააზიანოს. ყველაზე მოსახერხებელი აღმოჩნდა ჩვენ მიერ მოწოდებული ელასტიკური გამაფართოებლები. მას არა აქვს ზემოაღნიშნული უარყოფითი მხარეები, მოხმარებისას სტერილიზაციას არ საჭიროებს და აუცილებლობის შემთხვევაში შეიძლება სახლში გავატანოთ ავადმყოფს. მისი გამოყენება უფრო მეტად იძლევა მამაკაცის სასქესო ორგანოს მოდელირებას, ვიდრე გეგარის გამაფართოებლები.

გამაფართოებლები არის ხუთი ზოგის. ყოველი გამაფართოებელი წარმოადგენს მაგარ (ხის, პლასტმასის) ცილინდრული ფორმის ღეროს ოდნავ მომრგვალებული თავით. №1 გამაფართოებლის ღეროს სიგრძეა 90 მმ,

დამეტრი 8 მმ-მდე, № 2-5 გამაფართოებლის — შესაბამისად 100 და 15-20 მმ, ღეროს გარშემო შემოკრული აქვს ელასტიკური მასალა (პოროლონი), რის გამოც № 1 გამაფართოებლის სიგრძე დაახლოებით 120 მმ-ია, № 2-5 — 160 მმ-ია; № 1 გამაფართოებლის დამეტრი 15-15 მმ-ია, № 2-5 გამაფართოებლისა — შესაბამისად 20-25, 30, 35, 38 მმ (დაახლოებით 12 სმ გარშემოწერილობით). უშუალოდ ხმარების წინ გამაფართოებელზე ჩაოციმება პრეზერვატივი ან სათითური, რაც დაძაბვით გასტერილებას არ მოითხოვს.

მას შემდეგ, რაც შიში გაუქრება თითის შეყვანაზე, ავადმყოფისათვის შეუმჩნეველად თითის ნაცვლად შეყავთ №1 გამაფართოებელი, რომელსაც უსვამენ ვაზელინს და ეუბნებიან თვითონ გამოიღოს. ექიმი ავადმყოფს ასწავლის საღ აქვს საშოს შესავალი (ვაგინიზმით ავადმყოფებს ხშირად დამოუკიდებლად არ შეუძლიათ მისი მიგნება) და ასწავლის ამ გამაფართოებლის თვითონვე შეყვანას. შემდეგ სიანსებზე შეყავთ დიდი ზომის გამაფართოებლები. მას შემდეგ, რაც ავადმყოფი შეძლებს თვითვე შეიყვანოს № 5 გამაფართოებელი, როგორც წესი, შეუძლია დაიწყოს ქმართან ცხოვრება. თუ ავადმყოფი უშვებს მხოლოდ № 1 ან № 2 გამაფართოებელს და შიშით და კუნთების დაძაბვით რეაგირებს უფრო დიდი ზომის გამაფართოებელზე, ზოგჯერ ექიმისათვის მიზანშეწონილია უცებვე შეუყვანოს № 5 გამაფართოებელი, რის შემდეგაც ნაკლები ზომის გამაფართოებელი თავისუფლად შედის. მკურნალობის პროცესის დაჩქარებისათვის ავადმყოფს უნდა ვურჩიოთ სახლში ივარჯიშოს შესაბამისი გამაფართოებლებით, კერძოდ, რამდენჯერმე შეიყვანოს თვითვე № 4 ან № 5 გამაფართოებელი უშუალოდ ქმართან სქესობრივი ურთიერთობის წინ.

ჩვენი დაკვირვებები მოწმობს ზემოაღნიშნული მეთოდის მაღალეფექტურობას. ეს საშუალებას იძლევა შემთხვევათა თითქმის 100%-ში განკურნოს ვაგინიზმით და კოიტოფობიით ათწლეულობით დაავადებული ავადმყოფებიც კი. უმრავლეს შემთხვევაში ამისათვის საკმარისია 2-6 სეანსი.

გენიტალგიის მკურნალობის ძირითადი მეთოდია ფსიქოთერაპია, რომელიც მიმართულია დაავადების გენეზის შეცნობისა და სქესობრივი ცხოვრებისადმი დამოკიდებულების შეცვლისაკენ. ძალიან ეფექტურია სუგესტიკური თერაპიის სეანსები ვარჯიშებთან ერთად, რომლის დროსაც ან შეყავთ თანდათან მეტი ზომის გამაფართოებლები, ან ექიმი ხელით თანდათან უფრო ძლიერად ახდენს ზეწოლას საშოს შესავლის მიდამოზე.

დამხმარე საშუალებად სიანსამდე 2-3 ს ადრე შეიძლება დაინიშნოს 5% სოკაინის მალამო საშოს შესავლის ლორწოვან გარსზე, რაც აქვეითებს მის მგრძნობელობას.

ჰომოსექსუალიზმი წარმოადგენს მძიმე დარღვევას. ამასთან, ადამიანთა ნაწილი მძიმედ განიცდის საკუთარ პათოლოგიას, თავს უბედურად თვლის, არამყარი ხდება სხვადასხვა ფსიქომატრავმირებელი ზემოქმედების მიმართ (25%-მდე ჩადიან სუიციდურ მცდელობებს, ავადმყოფთა დაახლოებით 3% თავს იკლავს), მაგრამ ავადმყოფთა მნიშვნელოვანი ნაწილი (ჩვენი მონაცემებით 60%-მდე) საკუთარ ძდგომარეობას ბუნების საწინააღმდეგოდ არ მიიჩნევს და არ სურს მკურნალობა.

ჰომოსექსუალიზმის თანდაყოლილი ფორმებისათვის კაუზალური თერაპია ჯერჯერობით დამუშავებული არ არის. მისი წარმატებისათვის, როგორც ჩანს, საჭირო გახდებოდა ნაყოფში მუცელშიაგა პერიოდში ენდოკრინული ბალანსის დარღვევის განსაზღვრა და მისი მოწესრიგება.

ახლა მნიშვნელოვანი პროგრესია მიღწეული სანაყოფე წლებში ჰორმონების განსაზღვრის ნატიფი ბიოქიმიური მეთოდების დამუშავებაში და ეს იმედს იძლევა, რომ უახლოეს ათწლეულში შესაძლებელი გახდება ნაყოფში ჰორმონული დარღვევების დიაგნოსტიკა. ამით თავიდან ავიცილებთ ან განვკურნავთ ამ სახის პათოლოგიას.

ჰომოსექსუალიზმის თანდაყოლილი ფორმების დროსაც კი ძალიან იშვიათად გვხვდება სქესობრივი ლტოლვის სრული ღრმა ინვერსია. ჩვეულებრივ არსებობს ბისექსუალურობის ესა თუ ის ხარისხი. ჯანსაღი სქესობრივი მიმართულობის ელემენტების შენარჩუნება (ხშირად თვით ავადმყოფისათვის ფარულად) ფართო შესაძლებლობებს ქმნის ფსიქიკური ზემოქმედებისათვის.

თანამედროვე ბიოქიმიის, ნეიროფიზიოლოგიისა და ნეიროქირურგიის წარმატებები, როგორც ქვემოთ დავინახავთ, შესაძლებლობას იძლევა გამოიძებნოს ტვინის სისტემაზე უშუალო ზემოქმედების ეფექტური გზები, რაც განსაზღვრავს სქესობრივი ლტოლვის მიმართულობას არა მხოლოდ ნაყოფში, არამედ ჯანმრთელ ადამიანშიც.

ჰომოსექსუალიზმის სიტუაციურად გაპირობებული ფორმები, რომელთაც საფუძვლად უდევს პათოლოგიურად მყარი პირობითრეფლექსური კავშირების წარმოქმნა, პრინციპულად განკურნებადია.

ჰომოსექსუალიზმის თერაპიის ეფექტურობის შეფასება ლიტერატურის მონაცემების საფუძველზე უკიდურესად ძნელია, რადგან ის ტარდებოდა კლინიკური ფორმების გაუთვალისწინებლად. მრავალი ავტორი აღნიშნავს, რომ სხვადასხვა

ავადმყოფური მდგომარეობის მკურნალობა თავისივე სქესის პირობებით, ასევე მისივე სქესის ჯირკვლების გადანერგვა არ იწვევს სქესობრივი ლტოლვის მიმართულობის შეცვლას. ა. მ. სვიადლოძისა და ე. მ. დერეჟინსკაიამ (1967) 8 აქტიურ და 8 პასიურ ჰომოსექსუალისტზე დაკვირვებით აჩვენეს, რომ ფოლაკულინისა და მეთილტესტოსტერონის იზოლირებული გამოყენება იწვევს სქესობრივი ლტოლვის მხოლოდ რამდენადმე შესუსტებას ან გაძლიერებას, მაგრამ მის მიმართულებას არ ცვლის. ერთი თვის განმავლობაში ჰიპოფიზის ადონოკორტიკოტროპული ჰორმონით (აბტჰ) მკურნალობა კორტიზონთან შეხამებით ასევე არ ახდენდა გავლენას სქესობრივი ლტოლვის მიმართულობაზე როგორც აქტიური, ასევე პასიური ფორმის ჰომოსექსუალისტებში. მაგრამ გამოხატული ენდოკრინული დარღვევებით გასოწვეულ ჰომოსექსუალიზმის იმეათ შემთხვევებში ჰორმონების გამოყენება შეიძლება ნაჩვენებად ჩაითვალოს.

ქასტრაცია, როგორც ჰომოსექსუალიზმის მკურნალობის მეთოდი, დაუშვებელია, თუმცა ზოგიერთი ავტორი გვირჩევს მას. ეს იწვევს მძიმე ზოგად ენდოკრინულ დაზღვევებს და ან არ ცვლის სქესობრივ მიმართულებას, ან იწვევს მის დათრგუნვას და ათა ნორმალიზებას. ტომპსონის (1949) მონაცემებით, ელექტროშოკი დადებით ეფექტს არ იძლევა ჰომოსექსუალიზმის მკურნალობაში, მაგრამ გ. ნ. ოუენსბაი (1940) ამტკიცებს, რომ კორაზოლური შოკებით განკურნა მისი ექვსი პაციენტი, მათ შორის ერთი ქალი. ეს მონაცემები ფაქტობრივ დადასტურებას მოითხოვს. ჩვენმა დაკვირვებამ ფსიქიკურად დაავადებულ მრავალ ავადმყოფზე, რომელთაც კორაზოლური და ელექტროშოკებით მკურნალობდით, დაგვანახა, რომ ეს მეთოდი ზეგავლენას არ ახდენს სქესობრივი ლტოლვის მიმართულობაზე იქ, სადაც ის დარღვეული არ არის.

ჰომოსექსუალიზმის დროს ფსიქოთერაპიის ეფექტურობის შეფასება წინააღმდეგობრივია. მაგალითად, მ. ჰირშფელდი (1922) ვ. შტეკელი (1922), დ. კურანი და დ. პარი (1957) ჰომოსექსუალიზმის არც ერთ შემთხვევაში არ აღნიშნავენ დადებით შედეგებს მისი გამოყენებისას. მაგრამ ჰ. გიეზეს (1959) მონაცემებით ღრმა ფსიქოლოგიისა და ფსიქოთერაპიის გერმანულმა საზოგადოებამ დადებითი შედეგები მიიღო ფსიქოთერაპიისაგან ჰომოსექსუალიზმის 511-დან 341 შემთხვევაში, ე. ი. შემთხვევათა 67%. ჰ. გიეზე გამოჩანმართულებას აღნიშნავს 48 ავადმყოფიდან 4 შემთხვევაში, 7-ის შედეგები საეჭვო იყო. ჰომოსექსუალიზმის ჰიპნოთერაპიის წარმატების ერთეულ შემთხვევებს ბევრი ავტორი აღნიშნავს. მაგალითად, კ. ი. პლატონოვი (1962), ლ. ალექსანდერი (1967).

ჩვენი მონაცემებით ფსიქოთერაპია უფრო ეფექტურია ქალთა პასიური და მამაკაცთა აქტიური ფორმის ჰომოსექსუალიზმის დროს და ნაკლებეფექტურია ქალთა აქტიური და მამაკაცთა პასიური ფორმის ჰომოსექსუალიზმის დროს.

მკურნალობის პროცესში რაციონალური ფსიქოთერაპია მიმართულია პეტეროსექსუალური ცხოვრების ფასისადმი წარმოდგენების განმტკიცებისა და სქესობრივი ლტოლვის ინვერსიისაგან განთავისუფლების შესაძლებლობისაკენ, ჰომოსექსუალური ტენდენციების წინააღმდეგ ბრძოლისადმი პიროვნების მობილიზებისაკენ და ა. შ. წარმატებით შეიძლება იქნეს გამოყენებული შთაგონება ცხადში და ჰიპნოზურ ან ნარკოზულ ძილში (ნარკოფსიქოთერაპია), ასევე თვითშთაბრუნება, კერძოდ, აუტოგენური ვარჯიში. ხდება შთაგონება საკუთარ სქესისადმი კუთვნილების, თავისივე სქესის პირებისადმი განურჩევლობის, საწინააღმდეგო სქესისადმი ინტერესის, ასევე ოჯახისა და შვილების ყოლის სურვილის გაღვივების მიმართულებით. ტარდება შთაგონების 10-20 სეანსი, პირველი სეანსები ყოველდღიურად შემდეგ 2-3 დღეში ერთჯერ, მიღებული შედეგების განმტკიცებისათვის შემდეგში მიზანშეწონილია ჩატარდეს დამატებით თვეში 1-2 სეანსი ერთი წლის განმავლობაში. ზოგჯერ წარმატება შეიძლება მიღწეულ იქნეს უკვე მე-4-8 სეანსის შემდეგ.

ავადმყოფი გ. 22 წლის, მოგვმართა ნევროზული ხასიათის ჩივილებით. ბოლო 3 წელია ჰომოსექსუალური დამოკიდებულება ჰქონდა მეგობარ ქალთან, თვითონ პასიურ როლს ასრულებდა. ერთი თვის წინ მასთან გაწყვიტა ურთიერთობა, შეწუხებულია მისი ჰომოსექსუალური ურთიერთობით, სამარცხვინოდ, ამორალურად მიაჩნია. მამაკაცებისადმი ინტერესს არ იჩენს. ჩაუტარდა შთაგონებით მკურნალობა ჰიპნოზური ძილის პირობებში. ჰიპნოთერაპიის პირველი სეანსის დროს არ დაეძინა, მეორე დღეს ღრმა ჰიპნოზურ ძილში ჩაიძირა შოკის მეთოდით (III ხარისხის, ფორელის მიხედვით). შთაუენერგეთ კარგი განწყობილება და ჰომოსექსუალური დამოკიდებულების ამწეზია („ნულა ფიქრობთ!... გაქრა თქვენი მესსიერებიდან...“). შთაუენერგეთ მამაკაცებისადმი ინტერესი. მოგვიყვა, რომ პირველი სეანსების შემდეგ მოუწესრიგდა ძილი, დამშვიდდა, შეწყვიტა მის მეგობარზე ფიქრი. შემდეგ „თავი ადაპინანდიგრო“, ინტერესი გაუღვივდა ვაყების მიმართ. ყურადღებას აქცევდა ქუჩაში, ავტობუსში. ცეკვის დროს სქესობრივი ლტოლვა განუვითარდა პარტნიორი მამაკაცისადმი. ჩაუტარდა ჰიპნოზური შთაგონების 10 სეანსი. მკურნალობის დაწყებიდან 1/2 თვის შემდეგ ხედვობდა ახალგაზრდა მამაკაცს. 4 თვის შემდეგ მასთან ახლო ურთიერთობაში შევიდა, მაგრამ სქესობრივ დაკმაყოფილებას არ განიცდიდა. კვლავ ვაუჩნდა ლტოლვა მეგობარი ქალისადმი. ჩაუტარდა ჰიპნოთერაპიის კი-

დედო მარი სიანსი, რის შემდეგაც შეწყვიტა მეგობარ ქალზე ფაქრი. განმარტებულ იქნა, რომ ქალიშვილი სქესობრივი ცხოვრების დასაწყისში სქესობრივ დაკმაყოფილებას ვერ ღებულობს — ეს რამდენადმე გვიან მოდის. ურჩიეს, ნება მიეცა პარტნიორისათვის, ეწარმოებინა კლიტორის დამატებითი სტიმულაცია, სქესობრივი სიახლოვის დროს. გაუჩნდა სქესობრივი დაკმაყოფილების გრძნობა ახალგაზრდა მამაკაცთან. გათხოვდა. ელოდება ბავშვს. ჰომოსექსუალური ტენდენციები არ აღენიშნება.

ამ შემთხვევაში ქალთა ჰომოსექსუალიზმის პასიური ფორმის მოვლენები სრულიად გაქრა ჰიპნოთერაპიის გზით. მიღწეული წარმატების განმტკიცებაში დიდი როლი შეასრულა ქმართან სქესობრივი პარძონიის მისაღწევად მიმართულმა რჩევა-დარიგებებმა.

ი. გ. ჰოლანდმა (1968) მამაკაცთა ჰომოსექსუალიზმის მკურნალობისათვის მოგვაწოდა პიროვნების ახლებურად აღზრდის ეტაპობრივი სისტემა. მკურნალობა გრძელდება 1 $\frac{1}{2}$ -დან 2 წლამდე. პირველ ეტაპზე იქმნება „სექსუალურ-ფსიქოლოგიური ვაკუუმი“ — გამომუშავდება გულგრილი დამოკიდებულება თავისივე სქესის პირებისადმი. ანალიზდება პერვერსიის გენეზი და მობილიზდება პაციენტის ძალები მის დასაძლევად. პაციენტს ასწავლიან აუტოგენურ ვარჯიშს, რელაქსაციის მდგომარეობის გამოწვევას სხვადასხვა გარემოში (მატარებელში, ტრამვაიში). დიდი მნიშვნელობა ჰქონდა თვითშთაგონების სიანსებს ძილის წინ. რადგან ამ დროს აქტიურდება ჰომოსექსუალური ტენდენციები. ვლებულობთ თვითონ ავადმყოფის მიერ შემოთავაზებულ თვითშთაგონების ფორმულას, რომელიც მიმართულია პერვერსიის საწინააღმდეგოდ. შემდეგ რიგი სიანსებისა ეძღვნება ქალის ესთეტიკურ აღქმას. ფოტოსურათებისა და ნახატების საფუძველზე შემუშავდება ქალის ლამაზი სახის, შემდეგ შიშველი ქალის სხეულის ეტალონი. ურჩევენ აუტოგენური ვარჯიშის დროს წარმოიდგინოს ქალის სახე, ქალის სხეული. ტარდება ჰიპნოთერაპიის სიანსები, რომლის დროსაც შთააგონებენ ქალთან ყოფნის მოთხოვნის დებას. შემუშავდება მთელი რიგი პროგრამები ქალთან კონტაქტის დასამყარებლად (ქალთან საუბარი კინოში, ტრანსპორტში), გაუბედაობის გრძნობის დასაძლევად. ბოლო ეტაპზე ავითარებენ ეროტიკულ დამოკიდებულებას ქალთან იმ ტერმინებით, რომელსაც თვით პაციენტი გვთავაზობს. დადებით შედეგებს აღნიშნავს ავტორი 6-დან 4 მამაკაც ჰომოსექსუალისტში. ეს მეთოდი ქალთა ჰომოსექსუალიზმის სამკურნალოდაც გამოიყენება.

1960-იანი წლებიდან დაწყებული ჰ. ეისენკის (1966) რედამპციით გამოქვეყნებული შრომების კრებულის „ქცევის თერაპია და ნევროზები“ პუბლიკაციის შემდეგ დაიწყეს პირობით-

რეფლექსური თერაპიის მეთოდების გამოყენება, პერვერსიის საბკურხალოდ, რაც გამაგრებული იყო ელექტრული დენით გამოწვეული ტკივილით. პირველად ეს მეთოდები მოგვაწოდეს ვ. მ. ბეხტერევემა (1914) და ნ. ვ. კანტოროვიჩმა (1929) ალკოჰოლიზმის სამკურნალოდ. საზღვარგარეთ მან მიიღო ქცევითი თერაპიის (ბიხოვიორთერაპიის) და, კერძოდ, ზიზლის გამოწვევის თერაპიის — ადვერზიული თერაპიის სახელწოდება. ეს მეთოდიკა ჩვენ მიერ ადრე იყო აღწერილი (ა. მ. სვიადოშჩი, 1982). ამ მეთოდებმა გამოყენება პოვა ჰომოსექსუალიზმის თერაპიაში (ბ. ჯეიმსი, 1967; მ. ფელდმანი, 1968; ი. ფიშერი, ჰ. გოპროსი 1977 და სხვ.)

პირობითრეფლექსური მეთოდით ალკოჰოლიზმის მკურნალობის ანალოგიით ჩვენ მიერ რეკომენდებულ იქნა ჰომოსექსუალიზმის მკურნალობა პირობითრეფლექსური თერაპიით. ამ მიზნით შეიძლება გამოყენებულ იქნეს აპომორფინ-ჰიდროქლორიდის 1% ან 5% ახლადმოშადებული ხსნარი. აპომორფინი კანქვეშ შეყვანიდან 5-10 წუთის შემდეგ იწვევს გულისრევის გრძნობას, რომელსაც ახლავს გულის აჩქარება, მსუბუქი ქოშინი და პირღებინება, ღებინების ცენტრების აგზნების შედეგად. აპომორფინის მოქმედების მექანიზმს ავადმყოფს არ უმხელონ. მას ეუბნებიან, რომ მისცემენ წამალს, რომელიც მოუხსნის ჰომოსექსუალურ ლტოლვას. ჰომოსექსუალური ობიექტისადმი დაკავშირებული ყველა წარმოდგენა შეზღუდება. პირველად შეყავთ აპომორფინ-ჰიდროქლორიდის 0,1-0,3 მლ 1% ხსნარი. 3-4 წუთის შემდეგ ავადმყოფს შთაავიანებენ ჰომოსექსუალური პარტნიორისადმი და ჰომოსექსუალური აქტისადმი გულგრილობას და ეუბნებიან უყუროს მისი ჰომოსექსუალური პარტნიორის ფოტოსურათს ან საკუთარ თავში გამოიწვიოს წარმოდგენები ჰომოსექსუალურ დამოკიდებულებაზე. აპომორფინის მიერ გამოწვეული გულისრევისა და პირღებინების შეგრძნება თანდათან ასოცირდება ჰომოსექსუალურ წარმოდგენებთან, რასთან დაკავშირებითაც ეს უკანასკნელი უარყოფით შეფერილობას ღებულობს. თუ აპომორფინის თავდაპირველმა დოზამ გულისრევა ან პირღებინება არ გამოიწვია, მაშინ შემდეგში მას აღიდებენ 0,1 მმ-ით. 1% ხსნარის 0,5 მლ-ზე მეტის მიცემა არ არის რეკომენდებული. მკურნალობის კურსია 10-20 სეანსი, დასაწყისში თითო სეანსი ყოველდღე, შემდეგში — ღლეგამოშვებით. აპომორფინით მკურნალობა ტარდება სადილობამდე ან საჭმლის მიღებიდან 2-1/2 საათის შემდეგ. 12-15 ინიექციის შემდეგ აპომორფინ-ჰიდროქლორიდი შეიძლება შეიცვალოს ნატრიუმქლორიდის ფიზიოლოგიური ხსნარით. აპომორფინთერაპია სასურველია შეხამებული იყოს ფხიზლობის ან ჰიპნოზური ძილის მდგომარეობით.

რეობაში შთავგონებასთან. დასაწყისში შთავგონებენ განურჩევლობას, შემდეგ კი ზიზღს ჰომოსექსუალური პარტნიორისა და ჰომოსექსუალური აქტებისადმი. აღნიშნული მეთოდი წარმატებით გამოვიყენეთ ჰომოსექსუალური დამოკიდებულებების საწინააღმდეგოდ აქტიურ ჰომოსექსუალისტებში.

აბომორფინით მკურნალობის წინააღმდეგჩვენებებია გულის მუშაობის დეკომპენსაცია, სტენოკარდიის გამოხატული ფორმები, არტერიული ჰიპერტენზია, კუჭისა და თორმეტგოჯა ნაწლავის წყლულოვანი დაავადება, ბრონქული ასთმა, ფილტვის ტუბერკულოზის აქტიური ფორმები, ქალთა ტვინის მძიმე ტრავმის შემდგომი მდგომარეობა, გულის წასვლისადმი მიდრეკილება, ასევე ხანშესული ასაკი (60-65 წელზე მეტი).

1956-1957 წწ. ა. მ. სვიადოშჩმა და მ. ე. დერევისკაიამ სცადეს ჰომოსექსუალიზმი ემკურნალათ ნეიროლექტიკური საბულებებით. ამ მიზნით, ავადმყოფებს ყოველდღიურად აძლევდნენ 150-200 მგ ამინაზინს ერთი თვის მანძილზე. მკურნალობამ გარდა ზოგადი შეკავებისა და ძილიანობისა, გამოიწვია სქესობრივი ლტოლვის მკვეთრი დათრგუნვა და ჰომოსექსუალური აქტივობის შეწყვეტა, მაგრამ ამინაზინის მიღების დამთავრების შემდეგ, ეს უკანასკნელი კვლავ განახლდა. ჩატარებულმა კურსმა არ იმოქმედა სქესობრივი ლტოლვის მიმართულობაზე.

იქიდან გამომდინარე, რომ ამინაზინი იწვევს სქესობრივი ლტოლვის მკვეთრ, დროებით დათრგუნვას და ჰომოსექსუალური ინტერესების დაკარგვას, მაგრამ არ წარმოქმნის ახალ ჰეტეროსექსუალური ურთიერთობების სურვილს და რომ ამ უკანასკნელის ფორმირებასა და განმტკიცებას შეიძლება ხელი შეუწყოს ფსიქოთერაპიამ, ა. მ. სვიადოშჩმა ე. მ. დერევისკაიასთან ერთად შეიმუშავეს ჰომოსექსუალიზმის ფარმაკოფსიქოთერაპიის მეთოდი. ამ მეთოდის დროს ავადმყოფს ჯერ უნიშნავენ ამინაზინს ან თიორიდაზინს (მელერალი ან სონაპაქსი), რითაც აღწევენ სქესობრივი ლტოლვის შესუსტებას და ჰომოსექსუალური პრაქტიკის შესუსტებას. ამ ფონზე შთავგონებისა და დაჯერების გზით, ცდილობდნენ დაემუხრუჭებინათ ძველი და გამოემუშავებინათ ახალი ჰეტეროსექსუალური პირობითი კავშირები, რის შემდეგაც ამინაზინს თანდათან ხსნიან. თუ ავადმყოფი აღნიშნავს, რომ ამინაზინის დოზის შემცირებასთან ერთად მას კვლავ გაუჩნდა ჰომოსექსუალური ინტერესები (მისივე სქესის პირებისადმი ლტოლვა, ჰომოსექსუალური შინაარსის სიზმრები). დოზებს უმატებენ ამ ინტერესების მოსპობამდე და უნარჩუნებენ 3-4 კვირის მანძილზე, რის შემდეგ თანდათან ამცირებენ.

დასაწყისში აძლევენ 25 მგ ამინაზინს 2-ჯერ დღე-ღამეში.

მბღღების შემდეგ ავადმყოფები აღნიშნავენ ერთგვარ სოღუნე-
ბულობას, მსუბუქ ძილიანობას. ამინაზინის დოზას (25 მგ
დღე-ღამეში) თახდათან ზრდიან, სანამ ავადმყოფი არ აღნიშ-
ნავს სქესობრივი ლტოლვის დათრგუნვას. ჩვეულებრივ ეს
ხდება 50-100, იშვიათად 150 მგ (დღელ. დოზისას. მაშინ, ფსი-
ქოთერაპიული საუბრების გარდა, ატარებენ შთაგონებას ფხი-
ზელზე, რომლის დროსაც შთააგონებენ ჯერ სრულ განურ-
ჩევლობას პარტნიორისადმი, შემდეგ კი ჰომოსექსუალუ-
რი აქტივობისადმი ზიზღს. ავადმყოფს შთააგონებენ, რომ,
როცა გაუჩნდება სქესობრივი ლტოლვა, ის იგრძნობს სულ
უფრო მეტ და მეტ ინტერესს მამაკაცებისადმი, დაიწყებს
ფიქრს მათზე, ოჯახურ ბედნიერებაზე, რომ მას ესიამოვნება
მამაკაცთა საზოგადოებაში ყოფნა, მამაკაცთან ხელკავით გავ-
ლა, მასთან ერთად თეატრში, კინოში, სტუმრად სიარული,
ცეკვა; მოუნდება შვილების ყოლა, დედობა, რომ მას ძალიან
უყვარს ბავშვები. შთაგონების სეანსებს ატარებენ 10 დღის
განმავლობაში. ჩვეულებრივ, ამ დროს ავადმყოფები აღნიშ-
ნავენ, რომ სქესობრივი ლტოლვა მათ არა აქვთ, მაგრამ მათ
სულ უფრო და უფრო უნდათ დაიწყონ ნორმალური სქესობ-
რივი ცხოვრება, იყვნენ ნორმალური ადამიანები.

შემდეგ ექიმი ეუბნება, რომ ძველი გზა ქალებისავენ არ
არსებობს, რომ ის მოჭრილია, რომ ის ამაზე არ ფიქრობს, არ
იგონებს, რომ ძველი მეგობარი ქალები მისთვის განურჩევ-
ლნი არიან, ქალთან სქესობრივი ურთიერთობა არ სიამოვნებს,
ეზიზღება. ახლა, როცა სურვილი გაუჩნდება, ის იგრძნობს,
რომ მიილტვის მამაკაცისაკენ. ამასთან ამინაზინის დოზას 2-
ჯერ ამცირებენ და 1-2 დღეს წყვეტენ მის მიცემას იმისათვის,
რომ ავადმყოფს გაუჩნდეს მსუბუქი, ნაკლებად გამოხატული
სქესობრივი ლტოლვა. ასეთ მდგომარეობაში ტარდება კიდევ
10 სეანსი, რომლის დროსაც შთააგონებენ მამაკაცებისადმი
ინტერესს, იხატება ნორმალური ჰეტეროსექსუალური ცხოვ-
რების, ოჯახის შექმნის პერსპექტივა. თუ ავადმყოფი საკმაოდ
კარგად ემორჩილება ჰიპნოზს, ტარდება ჰიპნოზური შთაგო-
ნების სეანსები ჰეტეროსექსუალური მიმართულებით. თუ
ავადმყოფი აღნიშნავს ჰომოსექსუალური ტენდენციების განა-
ხლებას, მას კვლავ უნიშნავენ ამინაზინის დამცველ დოზებს,
ამასთან, აგრძელებენ ფსიქოთერაპიულ ზემოქმედებას.

ჩვენ მიერ მოწოდებული ფარმაცოთერაპიული მეთოდი გა-
მოყენებული იყო 8 ჰომოსექსუალისტი ქალის სამკურნალოდ.
აქედან 4 იყო აქტიური და 4 პასიური (დადებითი შედეგები
მიღებულია 3 პასიურ და (1 აქტიურ პაციენტთან). ეს მეთოდი
გამოსაყენებელია აგრეთვე მამაკაცთა ჰომოსექსუალიზმის სა-
მკურნალოდ.

იმ წლებში, როდესაც ფართოდ იყენებდნენ ბოქვენის ლე-
იკოტომიას ფსიქიატრიულ პრაქტიკაში, იყო ცდა ამ ქირურგი-
ული მეთოდით ემპურნალათ ჰომოსექსუალიზმიც. აღმოჩნდა,
რომ თავისთავად ეს ოპერაცია არ მოქმედებს სქესობრივი
ლტოლვის მიმართულობაზე და არ ხსნის ინვერსიას. ე. სპიგე-
ლი, პ. უიციისი, პ. ფრიდი, 1956 წ. შლიდნენ კორტიკოთალ-
მურ კავშირებს, როცა ასეთ ოპერაციას უკეთებდნენ ქალს,
რომელსაც ჰომოსექსუალიზმის მოვლენები ჰქონდა. სქესობ-
რივი ლტოლვის მიმართულობის შეცვლას მათ ვერ მიაღწევს.

1955 წ. პ. სპატზმა და მისმა მოწაფემ მიუთითეს *tuber-
cinereum* — ის როლზე სექსუალური ფუნქციების რეგულა-
ციაში. 1957 წ. ლ. შრიერმა და ა. კინმა საერთაშორისო ნეე-
როლოგიურ კონგრესზე ბრიუსელში აჩვენეს ფილმი, რომე-
ლიც ახდენდა სქესობრივი ლტოლვის დარღვევის (ჰომოსექ-
სუალურობის წარმოქმნის) დემონსტრირებას კატებსა და მა-
იმუნებში თავის ტვინის ნუშისებრი და მსხლისებრი ქერქის
დაზიანებისას. აქედან გამომდინარე, ფ. როდერმა და ლ. მიუ-
ლერმა 1969 წ. დაამუშავეს ჰომოსექსუალიზმის მკურნალო-
ბის სტერეოტაქსიკური მეთოდი და ოპერაცია გაუკეთეს 2
ავადმყოფს. პირველი ავადმყოფი 52 წლის, არაერთხელ იყო
ნასამართლევი მცირეწლოვან ბავშვებთან გარყვნილი მოქმე-
დების გამო. 1962 წ. გაუკეთდა ოპერაცია — მარჯვენამხრივი
დარღვევა *nucleus hypothalamicus ventromedialis*. პათო-
ლოგიური სწრაფვა გაუქრა. ოპერაციის შემდეგ აღინიშნა მხე-
დველობითი წარმოდგენების მსუბუქი შესუსტება.

მეორე ავადმყოფი, 36 წ. აქტიური ჰომოსექსუალისტი,
რომელსაც ჰქონდა სწრაფვა პარტნიორების ცვლისა, სქესობ-
რივ ურთიერთობაში შედიოდა წელიწადში დაახლოებით 15
ახალგაზრდასთან. 1968 წ. მას ჩაუტარდა ოპერაცია მარჯვენა-
მხრივი ჰიპოთალამოტომია — 4 ელექტროკოაგულაცია მარ-
ჯვენა *nucleus ventromedialis*. ოპერაციის შემდეგ გაქრა სქე-
სობრივი ლტოლვა ბიჭებისადმი და ზიზლის გრძნობა ქალები-
სადმი.

ორივე ოპერირებული აქტიური ჰომოსექსუალისტია —
ქალებთან „მორცხვი“. სქესობრივი ქცევის ცენტრებზე ოპე-
რაციამ (*nucleus hypothalamicus ventromedialis* ცალმხრივი
მოშლა) მათში გამოიწვია სქესობრივი ლტოლვის ზოგადი შე-
სუსტება, რაც ვერ მოხსნეს ჰორმონული თერაპიით. ამასთან,
სასქესო ჯირკვლების ფუნქცია ნორმალური დარჩა. ოპერა-
ციის შემდეგ არ აღინიშნებოდა ხასიათის მოშლა, ინიციატი-
ვის ენერგეტიკული პოტენციალის დაქვეითება, ასევე ინტე-
ლექტურ-აზრობრივი მოშლილობანი. მაგრამ ეს ოპერაციები
ტექნიკურად რთულია და მასში თვლემს მძიმე შედეგების სა-

შიშროება. ჩვენ არ შევხვედრივართ მათი გამოყენების შესახებ მითითებას ჰომოსექსუალიზმის ისეთი ფორმებისთვისაც კი, რომელიც ძალიან ძხელად ემორჩილება მკურნალობას (პასიური-მამაკაცებში და აქტიური — ქალებში).

გ. დიორნერმა და თანამშრომელი (1972) გვიჩვენეს, რომ მოზრდილ ვირთაგვებს წინა ჰიპოთალამუსში შეიძლება გავუძლიეროთ მამაკაცური სქესობრივი ქცევები, ცენტრალურში იმპლანტაციით კი — ქალური. ეს კიდევ ერთ შესაძლებლობას იძლევა ჰომოსექსუალიზმის სამკურნალო გზების პოვნაში.

ბოლო წლებში სქესობრივი ლტოლვის შემცირებისათვის ჰომოსექსუალიზმის პედოფილიის, ექსპიზიციონიზმის შემთხვევებში სიმპტომატურ საშუალებებად დაიწყეს ნივთიერებების გამოყენება, რომლებიც ამუხრუჭებს ანდროგენების გამომუშავებას (ანტიანდროგენები) — ციპროტერონ-ტრენალონი და სხვ. ეფექტი დროებითი გამოდგა. გვერდითი მოვლენებიდან აღინიშნებოდა თავბრუ, თავის ტკივილი, ოფლიანობა. ქალებში, გარდა ამისა, ამენორეა ან სისხლდენა (როტშილდი, 1970).

ჰომოსექსუალური სქესობრივი ლტოლვის შესუსტებას მამაკაცებში ხელს უწყობს ესტროგენები. მაგალითად, სტილბესტროლს 2 კვირის მანძილზე 5-10 მგ დღე-ღამეში შეუძლია დაამუხრუჭოს სექსუალური გამოვლინებები მამაკაცებში რამდენიმე თვით (დ. ნ. ისაევი, ვ. ე. კაგანი, 1979), მაგრამ ამ დროისათვის ისინი უუნარონი ხდებიან ქალთან სქესობრივ ურთიერთობაშიც. ხანგრძლივი მიღებისას კი ვითარდება ფემინიზაცია.

სხვა პერვერსიების მკურნალობა

ისეთი პერვერსიების მკურნალობა, როგორცაა: საღიზში, მაზონიზმი, ფეტიშიზმი, ვუაიერიზმი, ექსპიზიციონიზმი, ტრანსვესტიზმი, პედოფილია, გერონტოფილია, ინცესტოფილია და ზოოფილია, იმავე პრინციპებზეა აგებული რაზეც ჰომოსექსუალიზმის მკურნალობა. ის მიმართულია დაფიქსირებული პათოლოგიური პირობითრეფლექსური კავშირების, რაც საფუძვლად უდევს ამ პერვერსიებს, გამოვლინებისა და დარღვევისაკენ.

შესაძლებელია რეკომენდებულ იქნეს შთაგონება ჰიპნოზურ ან მსუბუქ ნარკოზულ ძილში, ასევე აუტოგენური ვარჯიში პერვერსიის ობიექტისადმი გულგრილობის თვითშთაგონებით და ქცევის თერაპიის მეთოდები (ბიხევიორთერაპია).

სქესობრივი ლტოლვის ძალის დროებით შესუსტებისათვის ნიშნავენ ამინაზინს ან თიორიდაზინს (ა. მ. სვიადოშჩი,

1974) და მათ ფონზე ატარებენ ფსიქოთერაპიას. ს. ი. მარკო-
ვიჩი, ზ. ე. ანისიმოვა და ი. პ. ქდანოვი (1984) სექსუალური
აქტივობის გაუქვლმართების კუპირებისათვის სტაციონარულ
და ამბულატორიულ პირობებში იყენებდნენ მელერილს (თი-
ორიდაზინს). პრეპარატის საწყისი დოზა იყო 25-50 მგ/დღე-
ღამეში. შემდგომ დოზის 25 მგ (მელერილი) გადიდებით დღე-
გამოშვებით. პერვერსიის სწრაფი კუპირებისათვის მელერი-
ლის დოზას ყოველდღიურად ადიდებდნენ 50-75 მგ-ით. მაქ-
სიმალური თერაპიული დოზები შეადგენდა 125-250 მგ (დღე-
ღამეში, ოპტიმალური შემანარჩუნებელი დოზები — 75-150
მგ/ დღე-ღამეში. სქესობრივი ლტოლვის სრული დათრგუნვა
ხდებოდა მკურნალობის დაწყებიდან 2-4 კვირის შემდეგ. შემ-
დგომ მელერილის დოზას ამცირებდნენ 10-20 მგ-ით დღეგა-
მოშვებით ოპტიმალური შემანარჩუნებელი დოზის მიღწევამ-
დე. ამასთან, დილისა და საღამოს დოზა ერთნაირი იყო, შუა-
ღლისა კი 20-30 მგ-ით ნაკლები. ავტორები აღნიშნავენ, რომ
ავადმყოფებს ადვილად გადააქონდათ დანიშნული მკურნალო-
ბა, თავისუფლად შეეძლოთ ემუშავათ, გვერდითი მოვლენები
არ ვლინდებოდა.

შთაგონებით მკურნალობა შეიძლება შევეხამოთ პირო-
ბითრეფლექსურ თერაპიას აპომორფინით იმის ანალოგიურად,
როგორც ეს აღწერილი იყო ჰომოსექსუალიზმის მკურნალო-
ბის დროს.

ფ. სნაიტი, ზ. კოლინზი დადებით შედეგებს აღნიშნავენ
ანტიდებარესანტების (იმიპრამინი) მიღებით ექსპიბიციონიზმის
5 შემთხვევაში.

თ ა ვ ი ვ

სქესობრივი ჰიგიენა და სქესობრივ მოზლილობათა ფსიქოპროფილაქსია

სქესობრივი ჰიგიენა

სქესობრივი ჰიგიენის მეცნიერული საფუძვლები დღემდე
არ არის საკმარისად დამუშავებული. ლიტერატურაში მოყვანი-
ლი ჰიგიენური რეკომენდაციები ხშირად დაფუძნებული იყო
არა მტკიცედ დადასტურებულ ფაქტებზე, არამედ მხოლოდ
ტრადიციულ შეხედულებებზე, რომელიც წარმოქმნილი იყო
მორალურ, ეთიკურ და ზოგჯერ ცრუ წარმოდგენებზე. საკმა-
რისია მოვიგონოთ კლიტორის მცირე ბაგეების მოკვეთა გო-
გონებისათვის, რომელსაც ზოგიერთი ხალხი მიმართავდა ვი-
თომდა ჰიგიენური მოსაზრებით.

ბევრი რამ რჩება გაურკვეველი ამ ასაკის ჰიგიენური მისა-

ვენლობის საკითხში, როცა იწყება სქესობრივი ცხოვრება. თავისი მრავალმილიონიანი ისტორიის მანძილზე ადამიანები სქესობრივ ცხოვრებას საკმაოდ ადრე იწყებდნენ. ინდოეთში ქორწინება ნებადართული იყო 8 წლის ასაკში, მაგრამ ხშირად ბავშვების დაქორწინებას ხიშნობის ხასიათი ჰქონდა — „ცოლქმარი“ წლობით განაგრძობდა ცხოვრებას ცალ-ცალკე, თითოეული საკუთარ მშობლებთან. ლიტერატურაში მითითებულია, რომ დაქორწინებული ბავშვები სუსტად, ავადმყოფურად გამოიყურებიან. ასეთი ადრეული ქორწინება დაუშვებელია ჰიგიენური თვალსაზრისით. ამავე დროს არსებობს ცალკეული დაკვირვებები, მათ შორის ჩვენიც, რომლებიც მიუთითებენ, რომ ადრე დაწყებულ სქესობრივ ცხოვრებას არ მოაქვს შემდგომში ჯანმრთელობისათვის რაიმე ზიანი. მოგვყავს რ. კლიმერის (1958) მონაცემები ქორწინების დადგენილი ასაკის შესახებ სხვადასხვა ქვეყანაში.

ქალებისათვის 12 წელი — ესპანეთში და ცენტრალური და სამხრეთ ამერიკის რიგ ქვეყნებში; 14 წელი — იტალიაში, ავსტრიაში; 16 წელი — ინგლისში, გერ-ში, რუმინეთში. 17 წელი — საბერძნეთში, ფინეთში; 18 წელი — სსრ კავშირში, უნგრეთში, ბულგარეთში, ჩეხოსლოვაკიაში, ჩინეთში და ა. შ.

მამაკაცებისათვის: 16 წელი — იტალიაში, ესპანეთში, ინგლისში; 18 წელი — სსრ კავშირში, სახალხო დემოკრატიულ ქვეყნებში, საფრანგეთში. 20 წელი — ჩინეთის სახალხო რესპუბლიკაში, 21 წელი — პოლონეთში. აშშ სხვადასხვა შტატში ქორწინების ასაკი მერყეობს ქალებისათვის 14-დან 18 წლამდე, მამაკაცებისათვის 15-დან 21 წლამდე. 80-იან წლებში რიგ ქვეყნებში ის გაზრდილია ქალებისათვის 2 წლით.

ითვლება, რომ სქესობრივი მომწიფება სამხრეთელეებში საშუალოდ უფრო ადრე ხდება, ვიდრე ჩრდილოეთელეებში, მაგრამ ქორწინების ასაკი ბევრ ქვეყანაში, როგორც მოყვანილი მონაცემებიდან ჩანს, ძირითადად დგინდებოდა ეროვნული ტრადიციებისა და სოციალური მოსაზრებებიდან გამომდინარე. მაგალითად, ჩვენს საზოგადოებაში ქალიშვილები და ვაჟები 14-15 წლის ასაკში, როგორც წესი, სკოლაში სწავლობენ და სოციალურად ჯერ არ არიან მომწიფებულნი ოჯახის შესაქმნელად. ორსულობა და მშობიარობა 12-16 წლის ასაკში ჯანმრთელობისათვის სახიფათოა. ხშირად ახალგაზრდა დედისათვის და მისი შვილისთვისაც (ვ. ვ. აბრამჩენკო, 1983). განსაკუთრებით კეთილსასურველად მიმდინარეობს ორსულობა 20-30 წლის ასაკში.

სქესობრივი ცხოვრება ზეგავლენას ახდენს ადამიანის არა მარტო ფიზიკურ, არამედ მორალურ მდგომარეობაზეც, მის ეთიკურ და ზნეობრივ საფუძვლებზე, ინტერესთა მიმართუ-

ლობაზე, ე. ი. მისი პიროვნების ჩამოყალიბებაზე. ქორწინების გარეშე ადრეული სქესობრივი კავშირი შეიძლება მძიმე ფსიქომატრავმირებელი განცდების წყარო გახდეს. საბჭოთა კავშირში სქესობრივი კავშირი პირთან, რომელსაც ჯერ არ მიუღწევია სიმწიფის ასაკისათვის, სისხლის სამართლით ისჯება იმ შემთხვევაშიც კი, თუნდაც ეს მოხდა მისი თანხმობით.

სქესობრივი სიახლოვე შეიძლება დღე-ღამის ყველა დროს, 'ოჯახურ წყვილთა უმრავლესობას ურჩევნია საღამოს, ძილის წინ, თუ მამაკაცი ან ქალი ძალიან დაიღალა დღის განმავლობაში, მაშინ სიახლოვე შეიძლება დილით ადრე. წარმატებით შეიძლება ამ შემთხვევაში გამოყენებულ იქნეს დილის ერექცია, რომელიც საკმაოდ აქვთ გამოხატული ასთენიზებული მამაკაცებსაც, რომლებიც ძალიან იღლებიან სამუშაოზე.

მენსტრუაციის დროს ზოგიერთი ქალი სქესობრივად ძალიან აგზნებადია. ამიტომ ამ დღეებში განაგრძობს სქესობრივ ცხოვრებას. ეს რეკომენდებული არ არის არა მხოლოდ ესთეტიკური თვალსაზრისით, არამედ სასქესო ორგანოებში ინფექციის შეჭრის საშიშროების გამო. ორჯანში ქალებში მიმდინარეობს საშვილოსნოს კუნთების რიტმული შეკუმშვებით, რამაც ორსულობის პირველ ორ თვეში შეიძლება ნაყოფის გამოძევება გამოიწვიოს. სასურველია ამ დროს თავშეკავება მის გამოწვევაზე და ასევე ხშირ სქესობრივ აქტებზე, განსაკუთრებით მამაკაცის სასქესო ორგანოს ღრმად შეჭრაზე. სრული სქესობრივი თავშეკავება რეკომენდებულია პირველ ორ თვეს პირველი ორსულობისას და ქალებისათვის, რომელთაც ადრე ჰქონდათ მუცლის მოწყვეტა. სქესობრივი სიახლოვე არ შეიძლება ორსულობის ბოლო 2 თვესაც.

ხანგრძლივი სქესობრივი აგზნების ზემოქმედება ჯანმრთელობაზე ჯერაჯერობით ბოლომდე შესწავლილი არ არის. ითვლება, რომ სქესობრივი თავშეკავება მამაკაცისათვის, ისევე როგორც ქალისათვის ახალგაზრდა ასაკში უვნებელია. ადამიანში, არსებული სქესობრივი ფუნქციის თვითრეგულაციის მექანიზმი აადვილებს მას.

მაგალითად, მეტ-ნაკლები ხანგრძლივობის სქესობრივი თავშეკავებისას როგორც ქალებს, ისე მამაკაცებს შეიძლება ჰქონდეთ ეროტიკული სიზმრები, ასევე პოლუცია. ამ დროს მამაკაცებში წარმოიქმნება სასქესო ასოს ერექცია და ეაკულაცია. ქალებში ხდება კარიბჭის დიდი ჯირკვლებიდან (ბართოლინის ჯირკვლებიდან) სეკრეტის, საშოს გარშემო სისხლძარღვთა წნულის ტრანსუდატის გამოყოფა და ბოლოს ორგანიზმის წარმოქმნა ყველა მისთვის დამახასიათებელი თავისებურებით (საშოს კედლების რიტმული შეკუმშვებით და ა. შ.).

ძილის ფაზასთან დამოკიდებულებით ეროტიკული სიზმრები შეიძლება ახსოვდეთ, შეიძლება არა გადვიდებისას. ახალგაზრდებს, რომელთაც არ უცხოვრიათ სქესობრივად პოლუცია ჩვეულებრივ აქვთ კვირაში რამდენჯერმე ან 1-2-ჯერ ორ კვირაში, სიმწიფის ასაკში მყოფ ადამიანებს უფრო იშვიათად. ა. კინსეის მიხედვით, სიზმრები ორგანოებით გვხვდება ქალთა 37%-ში, ზ. ვ. როჯანოვსკის მონაცემებით — 22,2%, ამასთან ეროტიკული სიზმრები ორგანოების გარეშე აღენიშნებოდა ქალთა 48%. ამავე დროს მამაკაცებს პოლუცია ჩვეულებრივ უვითარდებათ სიჭაბუკის ასაკში, ქალებში ეროტიკული სიზმრები უფრო ხშირად აღინიშნება უფრო მომწიფებულ ასაკში, როცა გაძლიერებული სქესობრივი ლტოლვა ვერ ახდენს საკმაო განტვირთვას.

მამაკაცებს სქესობრივი ფუნქციის თვითრეგულაციის კიდევ სხვა მექანიზმებიც აქვთ. მაგალითად, ნ. ა. ბელოვის მიხედვით (1912), თუ მამაკაცი რამდენიმე ხახი არ ცხოვრობს სქესობრივად, მაშინ არაიშვიათად მას აღენიშნება სქესობრივი ლტოლვის შესუსტება და პირიქით, თუ ის განაახლებს სქესობრივ ცხოვრებას, ლტოლვაც ძლიერდება. ეს თითქოს და პარადოქსული მოვლენა ალბათ იმით აიხსნება, რომ ხშირი სქესობრივი აქტების დროს ეაკულატთან ერთად გამოიტყორცნება წინამდებარე ჭირკვლის ბევრი სეკრეტი და მხოლოდ მისი მცირე რაოდენობა შეიწოვება სისხლში. სისხლში სეკრეტის მოხვედრის შემცირება ალბათ ხდება სათესლე ჭირკვლებს, რომელთა ჰორმონებიც აქტივებს სქესობრივ ლტოლვას. პირიქით, რაც უფრო იშვიათად ხდება სქესობრივი აქტი, მით უფრო იშვიათი ხდება მათზე მოთხოვნილება, რადგან წინამდებარე ჭირკვლის სეკრეტი უხვად გადადის სისხლში და ამუხრუქებს სათესლე ჭირკვლების მოქმედებას. ი. ფ. ეუნდა (1981) ასეთი შექსისონის არანებობას საეჭვოდ მიიჩნევს.

ჩვენ ვუკვირდებოდით მოხუცი ასაკის მამაკაცებს, რომლებიც მოგვმართავდნენ ჩრვილებით იმპოტენციასზე — მას შემდეგ, რაც ისინი იძულებული იყვნენ რაიმე მიზეზის გამო რამდენიმე წლით თავი შეეკავებინათ სქესობრივი ცხოვრებისაგან. ამას ადასტურებს ბევრი სექსოლოგიც.

ქალის ორგანიზმზე სქესობრივი თავშეკავების გავლენის შესახებ ცოტა რამ არის ცნობილი, თუმცა სქესობრივ ცხოვრებაზე იძულებით თავშეკავება ქალებში ძალიან ხშირად გვხვდება. ეს ყველა ქალს ერთნაირად იოლად არ გადააქვს. მაგალითად, ჩვენი მონაცემებით, 100 ახალგაზრდა ქალიდან, რომლებიც არანაკლებ 5 წელია გათხოვილნი არიან, სამმა გვიბასუხა, რომ მათ აღვილად შეუძლიათ აიტანონ სქესობრივი თავშეკავება 3 დღემდე, 9 ქალმა — ერთ კვირამდე, 36 — ერთ თვემდე, დანარჩენებმა ერთ თვეზე მეტი. უდავოა, რომ ბევრი ქალი, რომელსაც სუსტი სქესობრივი ლტოლვა აქვს, აღვილად იტანს ხანგრძლივ სქესობრივ თავშეკავებას და ეს

შესამჩნევ გავლენას არ ახდენს მის ჯანმრთელობაზე, მაგრამ დიდი მოთხოვნის ქალებში ხანგრძლივმა თავშეკავებამ შეიძლება გამოიწვიოს მტანჯველი შეგრძნებები, აწეული ნერვულ-ფსიქიკური აგზნებადობა დაუქმყოფილებლობის გრძობით, ზ. ფროიდი უშვებს სუბლიმაციის შესაძლებლობას — სქესობრივი ენერჯის გადართვას სხვადასხვა სახის საქმიანობაზე — და მის გახანგრძლივებას როგორც ერთ-ერთ დამცველ მექანიზმს. შეიძლება თუ არა ხანგრძლივმა სქესობრივმა თავშეკავებამ ქალში ფრიგიდულობა გამოიწვიოს, — გარკვეული არ არის. ჩვენს პრაქტიკაში, ასევე ლიტერატურაში მსგავსი შემთხვევები ჩვენ არ შეგვხვედრია, ვთვლით, რომ ეს ნაკლებ დასაჯერებელია.

ჩვენ ვუკვირდებოდით ქალებს, რომელთაც ფუნქციური მოშლილობები ჰქონდათ, არასოდეს არ განუცდიათ ორგანოში და თავს სქესობრივ სფეროში ცივად თვლიდნენ, მაგრამ სინამდვილეში ნორმალური უნარი გააჩნდათ. ანორგაზმიის გამო-სწორება მათში ფუნქციური მოშლილობების აღდგენას იწვევდა. უდავოა, რომ ბევრ შემთხვევაში ქალის ჯანმრთელობისათვის მთავარია, რომ მან სქესობრივი განტვირთვა მოახდინოს იმისგან დამოუკიდებლად, როგორ არის ის მიღწეული.

იძულებითი სქესობრივი თავშეკავებისას სქესობრივი ფუნქციის თვითრეგულაციის ერთ-ერთი ფორმაა მასტურბაცია. მასტურბაციაში (ანუ ონანიზმში) იგულისხმება სქესობრივი თვითაგზნება. მას განეკუთვნება მხოლოდ ის აქტიურობა, რომელიც ხდება სქესობრივი პარტნიორის გარეშე. წყვილთა სექსუალური ურთიერობა, რომლის დროსაც ორგანოში აღწევენ პარტნიორის მიერ სასქესო ორგანოების მანუალური გაღიზიანებით ან თვითგაღიზიანებით სქესობრივი აქტის დასაწყისში თუ დამთავრებისას, მასტურბაციად არ ჩაითვლება. მას მასტურბაციისაგან განსხვავებით, ფსიქოეროტიკული სტრუქტურა აქვს, რადგან ორ ადამიანს შორის წარმოქმნილ ეროტიკულ განწყობილებებთანა დაკავშირებული. მასტურბაციას არ განეკუთვნება პეტინგიც — მამაკაცისა და ქალის ურთიერთალერსი, რასაც ახლავს სასქესო ორგანოების გაღიზიანება და ორგანოში, ასევე ორალურ-გენიტალური კონტაქტი. დამის თვითნებური თესლგადმონთხევა მამაკაცებში — პოლუცია, ასევე ქალის ეროტიკული აგზნება ძილში, რომლის დროსაც ხდება ორგანოში განცდა, სქესობრივი ფუნქციის თვითრეგულაციის ნორმალურ გამოვლინებას წარმოადგენს და არაფერი აქვს საერთო მასტურბაციასთან.

მასტურბაცია ფართოდ არის გავრცელებული როგორც ქალებში, ასევე მამაკაცებში. ა. კინსეის (1953) მონაცემებით, სხვადასხვა დროს მას ეწეოდა მამაკაცთა 93 და ქალთა 62%.

საბავშვო ბალებში მასტურბაცია აღინიშნება ჯანმრთელ ბავშვთა 10%-ში (დ. ნ. ისაევი, ვ. ე. კაგანი, 1979).

გ. ს. ვასილჩენკო (1877) ზომიერს უწოდებს მასტურბაციას არაუხშირეს 2-3-ჯერ კვირაში, პირობით-ექსცესურს — აერიოდულ ყოველდღიურ ერთჯერად მასტურბაციას, ხოლო უპირობო ექსცესურს — რაძღეხიმე აქტს დღე-ღამეში. ჩვენი აზრით, ხანგრძლივი მასტურბაცია (რაძღენჯერმე დღეში), შეიძლება ერთ-ერთი მიზეზი გახდეს სქესობრივი ფუნქციის დარღვევისა მამაკაცებში და სქესობრივი ლტოლვის შესუსტებისა-ქალებში. ზომიერი მასტურბაცია ახალგაზრდა ასაკში ჩვეულებრივ სქესობრივი ფუნქციის თვითრეგულაციის ხასიათს ატარებს. ის ხელს უწყობს მაღალი სქესობრივი აგზნებადობის დაქვეითებას და უვნებელია. იძულებითი სქესობრივი თავშეკავებისას მოძჭიფებულ ასაკის მამაკაცებში ამან შეიძლება დადებითი გავლენაც კი მოახდინოს ხანგრძლივი სქესობრივი აბსტინენციით გამოწვეული იმპოტენციის თავიდან აცილების თვალსაზრისით.

ძლიერი სქესობრივი ლტოლვის მქონე ქალებისათვის იძულებითი სქესობრივ თავშეკავების პერიოდებში ან სქესობრივი ცხოვრებისას, როცა უზრუნველყოფილი არ არის განტვირთვა, მასტურბაცია უვნებელია, ასუსტებს ფრუსტრაციას და შეიძლება ხელი შეუწყოს გენიტალური კონგრესტიის თავიდან აცილებას. მაგრამ ის არ ხსნის მარტობის გრძნობას და არ იწვევს იმ დაკმაყოფილებას, სიმსუბუქეს, ურთიერთგანცდას, რასაც იძლევა სრულფასოვანი სქესობრივი აქტი.

ქალთა თითქმის ნახევარი, ვინც კი ეწეოდა მასტურბაციას სინდისის ქენჯნას განიცდის. ზოგიერთ მათგანში მძიმე კონფლიქტი იჩენს თავს ჩადენილი საქციელის გამო დანაშაულის გრძნობის, წარმოდგენების თითქოს „საშინელი ზიანის, ამორალურობის, დაუშვებლობის“ შესახებ ერთი მხრივ და მისდამი ლტოლვის — მეორე მხრივ.

ზოგჯერ ვარაუდს გამოთქვამენ, რომ მასტურბაცია შეიძლება იყოს მიზეზი იმისა, რომ ქალიშვილი ნაკლებად ისწრაფის, კონტაქტი დაამყაროს ახალგაზრდასთან. მაგრამ პირიქითაა: ქალიშვილები, რომელთაც ძლიერი ლტოლვა გააჩნიათ, მაგრამ კონტაქტის დამყარება უჭირთ საწინააღმდეგო სქესის პირთან, უფრო ხშირად მიმართავენ მასტურბაციას, ვიდრე ისინი, რომლებიც ადვილად პოულობენ კონტაქტის დამყარების შესაძლებლობას. ეს შეეხება მორცხვ ახალგაზრდა ვაჟებსაც.

ლიტერატურაში გამოთქმულია მოსაზრება, რომ მასტურბაცია შეიძლება ანორგაზმიის მიზეზი გახდეს. სტატისტიკა გვიჩვენებს, რომ ქალებში, რომლებიც სქესობრივი ცხოვრების დაწყებამდე მასტურბაციას მიმართავდნენ, ანორგაზმია 3-ჯერ

უფრო ხაკლებად გვხვდება, ვიდრე მათში, ვინც მას არასოდეს არ მიმართავდა. როგორც ჩანს, სქესობრივი ცხოვრების დაწყებამდე ორგანიზმის განცდის გამოცდილების მიღებამ შეიძლება ხელი შეუწყოს სქესობრივი ცხოვრებისადმი უფრო სწრაფ ადაპტაციას. ზოგიერთი ქალი სქესობრივი აქტის დროს არ განიცდის ორგანიზმს მაშინ, როცა ადრე, მასტურბაციისას განიცდიდა. ჩვეულებრივ ეს იმასთანაა დაკავშირებული, რომ ასეთი ქალები სქესობრივი აქტის დროს ქმრიდან არ ღებულობენ ეროგენული ზონების საკმაო სტიმულაციას მათი მოთხოვნილების შესაბამისად. მაგალითად, ქალები, რომელთაც განსაკუთრებით აგზნებადი აქვთ კლიტორის მიდამო, ორგანიზმს განიცდიან მასტურბაციის დროს. ისინივე, თუ ეს მიდამო დამატებით სტიმულაციას არ ღებულობს ქმრიდან, ორგანიზმს არ განიცდიან სქესობრივი აქტის დროს.

შიში მასტურბაციის საშინელი შედეგებისა — ანაფობია, რაც გამოწვეულია არასწორი სქესობრივი განათლებით, შეიძლება დამამუხრუჭებელ ზეგავლენას ახდენდეს სქესობრივ ფუნქციაზე. ამან შეიძლება გამოიწვიოს წარუმატებლობის მოლოდინის ნევროზი, რაც აუცილებლად უნდა იქნეს გათვალისწინებული სქესობრივი განათლების დროს.

ორსულობისაგან დაცვის მიზნით საკმაოდ ხშირად მიმართავენ სქესობრივი აქტის შეწყვეტას (*coitus interruptus*). ამ შემთხვევაში მამაკაცი გრძობს ორგანიზმის მოახლოებას, წყვეტს სქესობრივ აქტს და ეაკულაცია ხდება ქალის სასქესო ორგანოებს გარეთ. ორსულობისაგან თავდაცვის ასეთი მეთოდი გარკვეულ ნერვულ დაძაბულობას მოითხოვს მამაკაცის მხრიდან და გარდა ამისა, მას არ აძლევს სრულ ფიზიკურ დაკმაყოფილებას. სასქესო ორგანოების დეტუმინესცენცია მასში ამ დროს უფრო ნელა მიმდინარეობს, ვიდრე მაშინ, როცა სქესობრივი აქტი ბუნებრივად მთავრდება. აქედან შეიძლება შეგუბებითი მოვლენების განვითარება სასქესო ორგანოებში, რაც არასასურველია. თუ ქალი ფრიგიდულია, მაშინ სქესობრივი აქტი მისთვის განურჩეველია. თუ ფრიგიდული არაა და ორგანიზმს განიცდის მამაკაცის მიერ სქესობრივი აქტის შეწყვეტამდე, ეს ასევე ნაკლებად მოქმედებს ქალის მდგომარეობაზე. მაგრამ უფრო ხშირად ასეთი ფორმით თავდაცვის დროს ქალი, როგორც აღვნიშნეთ, ფრუსტრაციის მდგომარეობაში რჩება. ზ. ფროიდი აღნიშნავს, რომ შეწყვეტილი სქესობრივი აქტი ერთ-ერთი ყველაზე ხშირი მიზეზია ნევროზული შიშის განვითარებისა. ორსულობისაგან თავდასაცავად ეს ფორმა არ შეიძლება რაციონალურად ჩაითვალოს.

ქალის ჯანმრთელობაზე დამლუპველად მოქმედებს ალკოჰოლიზაცია. ის იწვევს პიროვნების დეგრადაციას, ზნეობრივი და

მორალური საფუძვლების დაცემას, ოჯახის ნგრევას. ხშირად აღინიშნება მეინსტრუალური ციკლის მოშლა, სქესობრივი ლტოლვის შესუსტება, ორგანული შეგრძნებების დათრგუნვა. იზრდება არასრულფასოვანი მემკვიდრეობის გაჩენის შანსი. მამაკაცებში თამბაქოს წვევა ერთ-ერთი მიზეზია სქესობრივი აქტის ხანგრძლივობის შემცირებისა. ქალებში ნიკოტინი აზშირებს სპონტანურ აბორტებს და ნაადრევ მშობიარობას, აუარესებს ნაყოფის მუცელშიგა განვითარებას, აღიდეებს ახალშობილთა სიკვდილიანობას.

სქესობრივი მოშლილობის ფსიქოპროფილაქსია

სქესობრივი მოშლილობის პროფილაქტიკისათვის დიდი მნიშვნელობა აქვს სწორ სქესობრივ აღზრდას. ის განუყოფელია პიროვნების ზოგადი განვითარებისაგან და მიზნად ისახავს სქესობრივი ქცევის ნორმების დანერგვას, მათ შორის, რომლებიც ემორჩილებიან საზოგადოებრივი მორალის ნორმებს.

სქესობრივი აღზრდა ბავშვთა ასაკიდან იწყება. საჭირო არაა ბავშვს რაიმე განმარტება მიცეთ ადამიანების დაბადების შესახებ მანამ, სანამ ძვითონ არ შეგვეკითხება. თუ ის ამ კითხვას დაგვისვამს, სწორად უნდა განვუმარტოთ, თუმცა ბავშვისათვის გასაგები ფორმით. ბავშვთა უმრავლესობას ეს კითხვები ებადებათ 3-დან 6 წლამდე ასაკში. 6 წლის შემდეგ ბავშვი, რომელიც ამის გასარკვევად მშობლებს არ მიმართავს, ჩვეულებრივ ცნობებს ღებულობს სხვებისაგან, ამასთან, ხშირად ისეთ ფორმებში, რომელიც მანე ზეგავლენას ახდენს მის მომავალ ცნობებზე. საჭირო არ არის ამ თემის მიჩუმათებაც, ისე უნდა მოვიქცეთ, რომ ბავშვს შეექმნას თავისუფალი, ბუნებრივი დამოკიდებულება მის მიმართ.

ჭომოსექსუალიზმის თვალსაზრისით მთავარია ბავშვობიდანვე განვუვითაროთ ადამიანს წარმოდგენა საკუთარი სქესის მიკუთვნების შესახებ, ამასთან, ბიჭებს განვუვითაროთ მამაკაცური, გოგონებს — ქალური ხასიათის თვისებები. მაგალითად, ბიჭს უნდა შთაუვნიერგოთ: „შენ ბიჭი ხარ, ბიჭები კი არ ტირიან“. გოგონებს უნდა გაუვლვივოთ ქალური საქმიანობისადმი (კერვა, საჭმლის მომზადება და ა. შ.) ინტერესი. ხაზი უნდა გაუვსვათ, რომ მას უხდება ნაწნავები, ბაფთები ქვედა კაბა („ამას მხოლოდ გოგონები ატარებენ, ეს ძალიან ლამაზია, ძალიან გინდება“!). ამავე თვალსაზრისით სასურველი არ არის ქალიშვილებს ზედმეტად დავუშალოთ კოსმეტიკის გამოყენება, მანიკიურები, ჩავუქლათ ქალური მოსართავებისადმი სიყვარული. ბიჭი სასურველია ჩავერთოთ მამის სამუშაოებში, გოგონა — დედის საქმიანობაში. მაგრამ გადაჭარბება არ არის საჭირო. ისიც არაფერია, თუ ერთხელ ბიჭი სურვილს გამოიჩინს

ითამაშოს თოჯინებით ან მოინდომებს დედას დაეხმაროს თეთრეულის გაუთოებაში. მთავარია, რომ მშობლები — დედა და მამა — თითოეული ასრულებდეს თავის ქალურ და მამაკაცურ სამუშაოს. ბავშვები უნდა ხელავედნენ, რომ არის განსხვავება ქალურ და მამაკაცურ საქმიანობას შორის, მაგრამ არ უნდა იქმნებოდეს შთაბეჭდილება, რომ ქვეყნიერება დაყოფილია ორ მტრულ ბანაკად — მამაკაცთა და ქალების. ცუდია, როცა მშობლები ოჯახში განკერძოებულად არიან: მამა მხოლოდ გაზეთებს კითხულობს და ტელევიზორს უყურებს, მთელი ოჯახის საქმე კი დედის კისერზეა. ისინი რაიმე ერთობლივ საქმესაც უნდა ასრულებდნენ. ბედნიერ ქორწინებას, ცოლ-ქმარს შორის კარგ, თბილ დამოკიდებულებას დიდი მნიშვნელობა აქვს ბავშვებში ჰომოსექსუალიზმის პროფილაქტიკისათვის. თუ ოჯახში მამა არ არის, მაშინ მნიშვნელოვანია მისი სახება, რომელიც დედამ და მისმა ახლობლებმა შექმნეს.

კარგია, თუ დედას შეუძლია ქალიშვილის თანდასწრებით მოიწონოს მამის ახალი ტუალეტი და სინაზე გამოიჩინოს მის მიმართ, მამას—დედის მიმართ ვაჟიშვილის თანდასწრებით. ცუდი არ იქნება, თუ დედა ეტყვის ქალიშვილს: „შეხედე რა კარგი ვაჟია!“ სასურველია შთავუნერგოთ შეხედულებები სქესთა შორის დამოკიდებულებების შესახებ უბრალოდ, ბუნებრივად. თუ ქალიშვილი შემოდის ოთახში მაშინ, როცა მამა იცვამს, კარგია თუ ეტყვის: „უნდა დააკაუნო, სანამ შემოხვიდოდე, ხომ ხელავ მამაკაცი იცვამს“. მაგრამ ზედმეტად არ უნდა დაირცხვინოს“. სხეულის შესახებ წარმოდგენა ბუნებრივი უნდა იყოს (პ. ვიდენი, რ. ვუდენი, 1969).

მაშინ, როცა იქმნება საშიშროება, რომ ბუნებრივი ასაკობრივი რეაქცია საწინააღმდეგო სქესის მიმართ გოგონას არასაკმარისად აქვს გამონატული, მის მიმართ ზედმეტი სინაზის გამოჩენაზე, ფერებაზე, კოცნაზე თავი უნდა შეიკავოს დედამ (ან უფროსმა დამ, დეილამ) და პირიქით, გააძლიეროს ნაზი დამოკიდებულება ოჯახის მამრობითი სქესის წევრებმა. სასურველია ბავშვობიდანვე შთავუნერგოთ გოგონას, რომ როცა ის გაიზრდება, გათხოვდება და ექნება ოჯახი და ეყოლება შვილები.

სასურველი არ არის მშობლების ზედმეტი რეაქცია გოგონებისა და ბიჭების სექსუალურ თამაშობებზე, ბიჭებთან კონტაქტის სრული აკრძალვა. მთავარია, არ დაეუშვათ ბავშვებისა და მოზარდების შეცდენა უფროსების მიერ, აკარიდოთ ისინი ყველაფერს, რასაც შეუძლია ამას ხელი შეუწყოს. მაგალითად, რეკომენდებული არ არის ბავშვების ერთ საწოლში წოლა მისივე სქესის უფროს ბავშვებთან ან მოზარდილებთან. უნდა ვეცადოთ ჩამოვაშოროთ ქალიშვილები იმ მე-

გობრებს, რომლებიც ზედმეტ სინაზეს იჩენენ მათდამი, არ დაეუშვათ საწინააღმდეგო სქესის პირებისაგან მათი მკაცრი იზოლაცია და არ ჩაეუხშოთ ბუნებრივი ინტერესი მათ მიმართ. თუ შშობლების ოჯახური ცხოვრება სასურველად ვერ აეწყო, მაგალითად, ქმრის ლოთობის ან უხეშობის გამო, გოგონას თანდასწრებით იმაზე არ უნდა ვილაპარაკოთ, რომ ჯობია საერთოდ არ გათხოვდე, რომ „ყველა მამაკაცი არამზადაა“. კარგია, თუ მოვუყვებით ბედნიერი ოჯახების შესახებ და დარწმუნებით ვიტყვით, რომ როცა მათი გოგონა გაიზარდება, ბედნიერად გათხოვდება.

გ. ს. ვასილიჩენკო აღნიშნავს, რომ სწორი აღზრდისას სქესის როლის განსაზღვრა იქითკენ უნდა იყოს მიმართული, რომ გააცნონ ბავშვებს სქესის სხვადასხვაობა. ამასთან, როგორც წესი, სკოლამდელ დაწესებულებებში ძირითადი კოლექტიური თამაშობები („კოსმონავტები“, „მემანქანები“, „შშენებლები“ და ა. შ.) ტარდება ბავშვთა სქესის გაუთვალისწინებლად, ხოლო სკოლებში უპირატესობას აძლევენ ქალურ ქცევებს ბიჭებში და მამაკაცურს — გოგონებში. მამაკაციური ქცევების ყოველ გამოვლინებას ბიჭებში თრგუნავენ. მოსწავლეთა აღზრდისას სქესის გაუთვალისწინებლობა იმაშიც მკლავნდება, რომ ხშირად გოგონები და ბიჭები თანაბრად რეცხავენ იატაკს და რწყავენ ყვავილებს, სწავლობენ კერვას, ქსოვას, ხელოსნობას და ა. შ.

ბევრი ძვირფასი რამ შეიძლება მოგვეცეს სქესის როლის თვალსაზრისით ახალგაზრდის აღზრდაში მხატვრულმა ნაწარმოებებმა და კინოფილმებმა.

ჰომოსექსუალიზმის თანდაყოლილი ფორმების პროფილაქტიკის მიზნით, ორსული ქალები (განსაკუთრებით IV-VI თვეებში) უნდა ერიდებოდნენ ნეიროლექტიკური საშუალებების, რაუვოლფის პრეპარატების და ასევე ჰორმონული პრეპარატების მიღებას.

ბავშვებში მასტურბაციის თავიდან ასაცილებლად ისინი უნდა ავარიდოთ ყველაფერს, რამაც შეიძლება სასქესო ორგანოების გაღიზიანება გამოიწვიოს. ეს არის სხეულზე მოძრავი ნაოჭები ქვედა საცვლისა, სასქესო ორგანოებზე ზეწოლა ველოსიპედით ბავშვის სეირნობისას, არასწორი გამობანა და შემშრალება, გარეთა სასქესო ორგანოებზე ზედმეტი შეხება. დროულად უნდა შეგნიშნოთ გოგონებში გამოწყარის გაჩენა, არ უნდა დაეუშვათ სასქესო ორგანოების ქავილი. სასურველი არ არის ბავშვს ეძინოს ზედმეტად რბილ საწოლზე, დიდხანს არ უნდა იწვეს ლოგინში ჯალვიძების შემდეგ ან ძილის წინ. დედების უმრავლესობას ურჩევნია ბავშვს დაძინებისას ხელები ეწყოს საბნის ზემოთ და არა საბანჩეკში. ფიზკულტურასა და სპორტს, ბავშვის მუდმივ დაკავებულობას,

შრომისა და გართობას დიდი მნიშვნელობა აქვს მასტურბაციის პროფილაქტიკისათვის. მასტურბაცია ურთიერთმიმბაძულობით ძალიან გავრცელებულია მხოლოდ იმ საბავშვო დაწესებულებებში, სადაც ბავშვები არაფრით არ არიან დაკავებულნი და დიდი დრო რჩებათ უქმად.

ანორგაზმიის პროფილაქტიკის თვალსაზრისით სასურველია, აღზრდის პროცესში წარმოიქმნას სქესთა უბრალო, ბუნებრივი განწყობა სქესთა და სქესობრივი ცხოვრების პრობლემებისადმი ურთიერთდამოკიდებულებაში.

ახალგაზრდებს არ უნდა შთაუფერგოთ შეხედულება სქესობრივ ცხოვრებაზე როგორც რაღაც ბინძურზე, ამორალურზე, დანაშაულებრივზე, „ნამდვილი სუფთა სიყვარულის“ დამამდაბლებელ საჭკიელზე. ამან შეიძლება სქესობრივი გრძნობის განვითარების ერთგვარი შეკავება გამოიწვიოს. მაგალითად, ა კინსეის (1954) მიხედვით, ეჭვიან კათოლიკებს, რომლებმაც მკაცრი რელიგიური აღზრდა მიიღეს, ორგაზმი სქესობრივი ცხოვრების პირველ წელს გაცილებით უფრო იშვიათად უვითარდებოდათ, ვიდრე დანარჩენებს, რის შემდეგაც მათი სიხშირე ორივე ჯგუფში თანაბრდებოდა.

ქალის სასქესო ორგანოების აგებულებაზე და დეფლორაციასზე არასწორმა შეხედულებამ შეიძლება შიში გამოიწვიოს დეფლორაციის წინ და ხელი შეუწყოს ვაგინიზმის განვითარებას. მაგალითად, ერთი ჩვენი ავადმყოფი 24 წლის, ფიქრობდა, რომ სქესობრივი აქტის დროს მამაკაცის სასქესო ორგანო უნდა შესულიყო შარდსადენ მილში და ვერ მოესაზრებინა, როგორ უნდა ჩატეულიყო ამ პატარა ხვრელში. მეორემ, რომელსაც ძალიან ბუნდოვანი წარმოდგენა ჰქონდა მამაკაცის სასქესო ორგანოებზე, პირველ საქორწინო ღამეს უკლებ თვალი რომ მოკრა ქმრის აგზნებულ სასქესო ორგანოს, შიშით ოთახის კუთხეში მიიყუდა. შემდეგ მთელი წლის მანძილზე არ ეკარებოდა ქმარს, სანამ ჩვენ არ გავუჩრტეთ შიში.

ხშირად, როგორც ვაგინიზმის და ვირგოვამიის განხილვის დროს აღვნიშნავდით, ცოლ-ქმარს, რომელთაც სქესობრივი ცხოვრების გამოცდილება არა აქვთ, არ შეუძლიათ დაიწყონ სქესობრივი ცხოვრება, რადგან ქმარი ვერ პოულობს საშოში შესავალს და ცოლის სასქესო ორგანოების რბილ ქსოვილებს აჭერს ბოჭვენის ძვალზე. ეს ქალში იწვევს ძლიერ ტკივილს, რამდენიმე წარუმატებელი ცდის შემდეგ კი შეიძლება განვითარდეს კოიტოფობია და ვაგინიზმი, ხოლო ქმარს შეექმნას შთაბეჭდილება თითქოს მას საკმაო გრეჭვია არა აქვს. უფრო ხშირად ეს სიმძლეები წარმოიქმნება ქალიშვილის შორისის დაბალი მდებარეობის დროს და სქესობრივ სიანჭლოვისას არაადეკვატური პოზიციის პირობებში. ამ შემთხვევაში, თუ ქალიშვილი იმყოფება ზურგზე დაწოლილი ოდ-

ნავ მოხრილი მუხლებით ან გაჭიმული ფეხებით, დეფლორაცია უკიდურესად გაძნელებულია; ამ დროს რეკომენდებულია პოზა—ზურგზე წოლისას მოხრილი მუხლები გაშლილია და უკიდურესად მიახლოებული გულმკერდთან. შეიძლება რეგვხვდეს ქალის სასქესო ორგანოების ტოპოგრაფიის სხვა თავისებურებებიც, რომლებიც განეკუთვნება ნორმის ვარიანტს, მაგრამ გაძნელებულია სქესობრივი სიახლოვე. ამ შემთხვევებში ნაჩვენებია ინდივიდუალური სამედიცინო კონსულტაცია (იხ. ვაგინიზმის მკურნალობა).

საქალწულე აპკის აგებულების თავისებურებების არცოდნა შეიძლება მძიმე ფსიქომატრაგამირებული განცდების წყაროდ იქცეს ქალწულისათვის, რაც იმით იქნება გამოწვეული, რომ პირველი საქორწინო დამის დროს არ არის მოსალოდნელი ტკივილი და სისხლი. ეს ხდება, როცა აპკი ჩაიხვევა იმ უბანში, სადაც ნაკლებია სისხლძარღვები და ნერვული დაბოლოებები.

სისხლი შეიძლება არ იყოს, თუ აპკი ადვილად ჰქონდა და სასქესო ორგანოს ატარებს ჩახვევის გარეშე (აპკს აქვს ხვრელი, რომლიდანაც ატარებს სისხლს მენსტრუაციის დროს).

ამასთან შეიძლება იყოს ძლიერი ტკივილი, თუმცა სისხლი არ იყოს და შეიძლება არც ტკივილი იყოს. სხვა თანაბარ პირობებში, აპკის აგებულების თავისებურებების გარდა, შეიძლება მნიშვნელობა ჰქონდეს მამაკაცის სასქესო ორგანოს დიამეტრს და აგრეთვე პირველი სქესობრივი აქტის მიმდინარეობის თავისებურებებს. რაც უფრო იშვიათად ხდება სასქესო ორგანოს საშოში შეყვანა, მით უფრო მსხვილია ის და მით უფრო მოსალოდნელია სისხლდენა. ქალიშვილს, რომელსაც არასოდეს უცხოვრია სქესობრივად პირველი სქესობრივი აქტის დროს შეიძლება ტკივილი და სისხლდენა არ ჰქონდეს. სხვა შემთხვევაში მკვრივმა მყესოვანმა აპკმა შეიძლება საკმაოდ დაბრკოლება შექმნას სქესობრივი აქტის ჩატარებისას და სამედიცინო ჩარევაც მოითხოვოს.

ანორგაზმიის პროფილაქტიკისათვის საკმარისი არ არის ზოგადი ცნობები სასქესო ორგანოების აგებულებისა და ჩასახვის ბიოლოგიის შესახებ. მნიშვნელობა აქვს სქესობრივი აქტის ელემენტარული ფიზიოლოგიის, სქესობრივი ჰარმონიის მიღწევის გზების გაცნობას. გათხოვებისათვის მზადების პერიოდში ქალიშვილთან, რომელსაც სქესობრივი ცხოვრების გამოცდილება არა აქვს, დიდი ტაქტია საჭირო, რათა არ შევეჩვით მორცხვობის ბუნებრივ გრძობას და არ წაგართვათ სიწმინდე, ერთგვარი გულუბრყვილობა და ამავე დროს სწორად მოვამზადოთ მომავლისათვის. ასეთ განათლებას არანაკლები მნიშვნელობა აქვს საქმროსათვისაც. ეს ისე უნდა წარიმართოს, რომ არ დაეუშვათ იატროგენია, არ გაუჩნდეს

მას შიში და წარუმატებლობის მოლოდინი, ამავე დროს მი-
ვაწოდოთ ყველა აუცილებელი ცნობა.

ქორწინებისათვის მზადების დროს, ასევე ახლადდაქორ-
წინებულთათვის დიდი სარგებლობის მოტანა შეუძლია კონ-
სულტაციას ოჯახური ცხოვრების საკითხების შესახებ. ასე-
თი კონსულტაცია 1971 წ. გაიხსნა ლენინგრადში სექსოლო-
გიურ ცენტრთან (ა. მ. სვიადოშჩი). მმაჩებში ქორწინებამდე
1-2 თვით ადრე (ქორწინების რეგისტრირების შესახებ გან-
ცხადების შეტანისას) საქმროსა და საცოლეს აძლევენ მოსაწ-
ვევს, რათა იარონ კონსულტაციაში და მოისმინონ ლექციები
ოჯახური დამოკიდებულების ფსიქოლოგიისა და სქესობრი-
ვი ცხოვრების ფიზიოლოგიის შესახებ. ლექციების გარდა ტარ-
დება ინდივიდუალური კონსულტაციები ქალებისა და მამა-
კაცებისათვის ფსიქოლოგიურ და სექსუალურ პრობლემებზე,
რომელიც წარმოიქმნება დაქორწინებულებში, სქესობრივ მოშ-
ლილობებზე და უშვილობაზე. კონსულტაციები ანონიმურია.
მისთვის საჭირო არ არის რაიმე საბუთი ან მიმართვა.

სქესობრივი ცხოვრებით დაკმაყოფილებას უდიდესი მნიშ-
ვნელობა აქვს ოჯახური ბედნიერების მისაღწევად, მაგრამ
თავისთავად არ შეუძლია მისი უზრუნველყოფა. მაგალითად,
მ. მალევსკას (1967) მონაცემებით, ქალთაგან, რომლებიც მა-
ღალი ან ძალიან მაღალი ხარისხის სქესობრივი კმაყოფილე-
ბას განიცდიან, თავიანთ ქორწინებას ბედნიერად ან ძალიან
ბედნიერად თვლის 79%, ჩვეულებრივად — 16%, ხოლო უბე-
დურად — 5%. ქალთაგან, რომელთაც დაბალი ან ძალიან და-
ბალი ხარისხის სქესობრივი კმაყოფილება განიცადეს, ქორ-
წინებას ბედნიერად ან ძალიან ბედნიერად მიიჩნევენ 35%,
ჩვეულებრივად — 43%, ხოლო უბედურად 21%. სხვანაირად
რომ ვთქვათ: ბედნიერი ქორწინება პირველ შემთხვევაში 2-
ჯერ უფრო ხშირია, ხოლო უბედური — 4-ჯერ უფრო იშვი-
ათი, ვიდრე მეორე შემთხვევაში. ამასთან, შეიძლება აღნიშ-
ნოს, რომ ქალები, რომელთაც არ განუცდიათ კმაყოფილება
სქესობრივი სიახლოვისას, თავიანთ ქორწინებას მაინც ბედ-
ნიერად მიიჩნევენ 36%, ძალიან ბედნიერად კი 6,8%.

ლენინგრადში ს. ი. გოლოდის (1967) მიერ გამოკითხულ
ქალთაგან 22,8% აღნიშნა, რომ მათი აზრით ცოლ-ქმარს ყვე-
ლაზე მეტად აკავშირებს ინტერესთა ერთიანობა, 22,8% —
ფიზიკური სიახლოვე, 23,3% — ერთმანეთთან შეჩვევა,
10,1% — მეუღლის მოვალეობა, 9% დაასახლა სხვადასხვა
მოტივი. ამრიგად, ქალთა უმრავლესობა ქორწინებაში უპირ-
ველეს მნიშვნელობას ინტელექტურ და მორალურ ღირებუ-
ლებებს ანიჭებს. ბედნიერება შეიძლება მოიტანოს სულიერი
და სქესობრივი ცხოვრების მხოლოდ ჰარმონიულმა შეხამ-
ბამ, რომლის დროსაც სქესობრივი სიახლოვე პიროვნულ ურ-
თიერთობაში წარმოქმნილი კულმინაციური მომენტიცაა. /

ბერძინების მოკლე ლექსიკონი

ალიბიდემია — სქესობრივი ლტოლვის უქონლობა.

ანორგაზმია — ორგანზმის არარსებობა სქესობრივი ცხოვრების დროს.

აუტოქროტიზმი — სქესობრივი ლტოლვის მიმართულობა საკუთარი თავისადმი.

ბიხოვიოთერაპია — ქცევის თერაპია: პირობითრეფლექსური თერაპიის მეტოდების ჯგუფი.

ბისექსუალურობა — სქესობრივი ლტოლვის არსებობა ორივე სქესის პირების მიმართ.

გენიტალგია — ტკივილის შეგრძნება სასქესო ორგანოების მიჯამოში.

გრონტოფილია — სქესობრივი გაუქუღმართება: სექსუალური ლტოლვა მოხუცებულობის ასაკის პირებისადმი.

დევიაცია სქესობრივი — მოცემულ საზოგადოებაში სქესობრივი ქცევის საყოველთაოდ მიღებული ფორმებისაგან გადახრა.

დეტუმესცენცია — სასქესო ორგანოების სისხლით ავსების შემცირება სქესობრივი ავზნების გაქრობისას.

დეფლორაცია — საქალწულე აკის მთლიანობის დარღვევა.

დისგამია — ცოლ-ქმარს შორის სქესობრივი ურთიერთობის დისჰარმონია, რომლის დროსაც ანორგაზმია ქალში გამოწვეულია იმით, რომ სქესობრივი აქტი ხდება მისი მოთხოვნილების შესაბამისად.

დისჰარმონია სექსუალური — იხ. დისგამია.

ექსიბიციონიზმი — სქესობრივი გაუქუღმართება: სასქესო ორგანოების გამიშვლება ხალხის წინაშე სქესობრივი დაკმაყოფილების მიზნით.

ექსტრაკოიტუსური — სქესობრივი აქტის გარე მომხდარი.

ექსცესი სქესობრივი — განმეორებითი სქესობრივი აქტები დღე-ღამის განმავლობაში.

ერექცია — მამაკაცის სასქესო ასოს დაჭიმვა.

ეროგენული ზონები — სხეულის უბნები, რომელთა შეხებაც სქესობრივი ავზნებას იწვევს.

ეროტიზებული — სექსუალური გამღიზიანებლისადმი მგრძობელობის ამაღლებელი.

ეაკულაცია — თესლის გადმონთხევა.

ვაგინიზმი — საშოს კარიბჭისა და მენჯის ძირის კუნთების კრუნჩხვითი შეკუმშვები სქესობრივი აქტის გენეკოლოგიური გამოკვლევისას, რომელიც გამოწვეულია ტკივილის შიშით.

ვირგოგამია — ქალწულური ქორწინება, რომლის დროსაც ცოლქმარს დიდხანს (თვეები ან წლები) არ შეუძლიათ დაიწყონ სქესობრივი ცხოვრება.

ვირილიზაცია — ქალში მამაკაცური თვისებების გამოჩენა, რაც გამოწვეულია ანდროგენების მოქმედებით.

ვუაიერიზმი — სქესობრივი გაუქუღმართების სახე: სქესობრივი აქტის ან შიშველი სასქესო ორგანოების ჰერეტისადმი ლტოლვა.

მ ზონა — ეროგენული ზონა საშოს ქვემო მესამედის წინა კედლის მიღამოში.

ზოოფილია — სქესობრივი გაუკუღმართება: სქესობრივი ლტოლვა ცხოველებისადმი.

ინვერსია ლტოლვის — ლტოლვის მიმართულობა საკუთარი სქესის მიმართ. **ინტროიტუს** — შესაქალი.

ინცესტი — სქესობრივი დამოკიდებულება სისხლით ნათესავთან.

ინცესტოფილია — სქესობრივი გაუკუღმართება: სქესობრივი ლტოლვა სისხლით ნათესავთან.

კაუზალური ფსიქოთერაპია — ფსიქიკური ზემოქმედების მეთოდი ავადმყოფებზე, რაც მიმართულია დაავადების გამომწვევი მიზეზების აღსაკვეთად.

კოიტუსი — სქესობრივი აქტი.

კოიტუსური — სქესობრივი აქტის დროს წარმოქმნილი.

კოიტოფობია — შიში სქესობრივი აქტის მიმართ.

კონსტიტუციური ფრივიდულობა — გაპირობებულია თანდაყოლილი თავისებურებებით.

კოპულაციური ციკლი — თანმიმდევრული ცვლილებები ორგანიზმში სქესობრივი აქტის დროს.

ლესბიური სიყვარული — ქალთა ჰომოსექსუალიზმი.

ლიბიდო — სქესობრივი ლტოლვა.

ლუბრიკაცია — საცხის გამოყოფა, რაც ასველებს სასქესო ორგანოებს.

მაზოხიზმი — სქესობრივი გაუკუღმართება: სექსუალური დაკმაყოფილება, რასაც ღებულობენ ტკივილითი გაღიზიანებით ან დამცირებით.

მასკულინიზაცია — იხ. ვირილიზაცია.

მასტურბაცია — (ინ. ონანიზმი) — ხელოვნური სქესობრივი თვითაგზნება, რაც ხდება სქესობრივი აქტის გარეშე.

ნარცისიზმი — სქესობრივი გაუკუღმართება: ლტოლვა საკუთარი თავის სიყვარულისადმი, რომლის დროსაც სქესობრივ აგზნებას იწვევს სხეულის ხილვა.

ნიმფომანია — სქესობრივი ლტოლვის ავადმყოფური გაძლიერება ქალებში.

ონანიზმი — იხ. მასტურბაცია.

ორალურ-გენიტალური კონტაქტი — პირით კონტაქტი სასქესო ორგანოებთან.

ორგაზმი — უმაღლესი ხორციელი ტკბობის სქესობრივი შეგრძნება, რომელიც მთავრდება სქესობრივი დაკმაყოფილების გრძნობით.

პერვერსიები — სქესობრივი გაუკუღმართებანი: — სქესობრივი მიმართულობის ან მისი რეალიზაციის პირობების დარღვევა.

პეტინგი — ორგაზმის გამოწვევა ურთიერთაღერსით სქესობრივი აქტის გარეშე.

პლატო-ფაზა — სქესობრივი აქტის ფაზა, რომლისთვისაც დამახასიათებელია სქესობრივი აგზნების მაღალი დონე.

პოლუცია — მამაკაცებში თესლის თვითნებური გადმონთხევა ძილის დროს.

პოტენცია — სქესობრივი უნარი.

ბუბერტატული ასაკი — სქესობრივი სიმწიფის ნიშნების გამოვლენის პერაოდი.

რეპროდუქციული ასაკი — შეილიერების ასაკი.

რეტარაცია — განვითარების დაგვიანება.

ხადიზმი — სქესობრივი გაუკუღმართება, რომლის დროსაც პარტნორისათვის ტანჯვის მიყენება იწვევს სქესობრივ დაკმაყოფილებას.

ხატირიაზი — გაძლიერებული სქესობრივი ლტოლვა მამაკაცებში.

სქესობრივი აუტოდენტიფიკაცია — საკუთარი თავის მიკუთვნება მამრობითი ან დედრობითი სქესისათვის.

ტრანსნესტიზმი — სქესობრივი გაუკუღმართება: სწრაფვა საწინააღმდეგო სქესის ტანსაცმლის ტარებისა და საწინააღმდეგო სქესის პირის როლში ფიგურირებისადმი.

ტრანსსექსუალიზმი — საკუთარი თავის საპირისპირო სქესისადმი მიკუთვნების შეგრძნება მისწრაფებით — შეიცვალოს საკუთარი სქესი ქირურგიული გზით.

ფეტიშიზმი — სქესობრივი გაუკუღმართება: სქესობრივი იგზნების წარმოქმნა მხოლოდ ფეტიშის არსებობისას, მაგალითად, ქალის ნაწნავის, ტუფლის და ი. შ.

ფრიგიდულობა — 1) სქესობრივი სიცივე, 2) ორგანიზმის განცდის უუნარობა.

ფრიქცია — სასქესო ასოს ხახუნის საშოს კედლებზე.

ფრუსტრაცია სექსუალური — მტანჯავი მდგომარეობა, ანუ გამოწვეულია დაუკმაყოფილებლობის გრძნობით იმის გამო, რომ სქესობრივი აგზნება ირ დასრულდა ორგანიზმით.

მარმონია სექსუალური — სქესობრივი ცხოვრება, რომელიც კმაყოფილებას გვრის ორივე პარტნორს.

მეტეროსექსუალურობა — სქესობრივი ლტოლვა საწინააღმდეგო სქესის პირებისადმი.

მიპერპოტენციემია — ამაღლებული სქესობრივი უნარი.

მიპერსექსუალურობა — გაძლიერებული სქესობრივი ლტოლვა.

პომოსექსუალიზმი — სქესობრივი გაუკუღმართება: სექსუალური ლტოლვა საკუთარი სქესის პირთა მიმართ.

შ ი ნ ა პ რ ს ი

წინასიტყვაობა	3
თავი I. სქესობრივი ცხოვრების ფსიქოფიზიოლოგია	5
სქესობრივი ლტოლვა	5
ეროგენული ზონები	10
ძირითადი გამღიზიანებლები. ფსიქიკური ფაქტორები	15
ორგაზმი	18
სქესობრივი აქტი	25
თავი II. ქალებში სექსუალური დარღვევების გამოკვლევის მეთოდთა	35
თავი III. ქალის სექსუალური ფუნქციური დარღვევების კლინიკა	43
ანორგაზმია და ალიბიდემია	45
ჰიპერსექსუალურობა	76
ვაგინიზმი და ვირგოგამია	82
ფსიქოგენური გენიტალგიები	90
ჰომოსექსუალიზმი და ტრანსვესტიზმი	93
ფეტიშიზმი	120
ვუაიერიზმი და ექსპიზიციონიზმი	123
პედოფილია, გერონტოფილია, ინცესტოფილია, ზოოფილია	132
სადიზმი და მაზოზიზმი	136
თავი IV. სქესობრივი ფუნქციის დარღვევის მკურნალობა	141
მკურნალობის ზოგადი პრინციპები	141
ანორგაზმიისა და სქესობრივი სიცივის მკურნალობა	142
ჰიპერსექსუალურობის მკურნალობა	160
ვაგინიზმისა და გენიტალგიის მკურნალობა	161
ჰომოსექსუალიზმის მკურნალობა	166
სხვა პერვერსიების მკურნალობა	174
თავი V. სქესობრივი ჰიგიენა და სქესობრივ მოშლილობათა ფსიქო-პროფილაქტიკა	175
სქესობრივი ჰიგიენა	175
სქესობრივი მოშლილობის ფსიქოპროფილაქტიკა	182
ტერმინების მოკლე ლექსიკონი	188