

Гіперсексуальність як прояв різних розладів

Г.С. Кочарян

Харківська медична академія післядипломної освіти

У статті йдеться про гіперсексуальність, яка може бути одним із проявів самих різних розладів. Серед них – наслідки психотравматизації; передчасний психосексуальний розвиток; граничний розлад особистості; субманіакальні і маніакальні стани при біполярному афективному розладі і шизоафективному типу перебігу шизофренії; розгальмування статевого потягу, груба й оголена еротичність у початковому періоді шизофренії; наслідок емоційно-вольових розладів при простій формі шизофренії, що далеко зайшли; скронева епілепсія; деменція; розумова відсталість (олігофренія); різні органічні ураження головного мозку (внаслідок нейроінфекцій, травм, судинних уражень, новоутворень) [в якості регулятора лібідо називають скроневу і лобову частки мозку]; наслідок порушення діяльності гіпоталамічної ділянки, лімбічної системи.

Повідомляється про існуючу кореляцію між розвитком гіперсексуальності та ушкодженнями певних ділянок мозку у пацієнтів з нетравматичним мозковим пошкодженням. Відзначається можливість виникнення гіперсексуальності при неправильному розвитку правого гіпокампу, анти-NMDA-рецепторному енцефаліті, у хворих на розсіяний склероз, при хворобі Гентінгтона, синдромі Кловера-Бьюсі, синдромі Клейне-Левіна, а також внаслідок різних гормональних порушень, результатів передменструальних змін і впливу вірлізуючих гормонів в дитячому або внутрішньоутробному періоді. Наводяться численні клінічні ілюстрації випадків гіперсексуальності, зумовленої різними розладами. Автор дотримується думки про необхідність поділу гіперсексуальності щонайменше на дві категорії: справжню гіперсексуальність і сексуальне розгальмування, коли при нормальному або навіть зниженому рівні вираженості лібідо гіперсексуальна поведінка є результатом відсутності або недостатності стримуючих механізмів (наприклад, при деменції).

Ключові слова: різні розлади, наслідки, гіперсексуальність.

Hypersexuality as a manifestation of various disorders

G.S. Kocharyan

The article deals with hypersexuality, which can be a manifestation of a wide variety of disorders. These include: consequences of a psychotrauma; premature psychosexual development; borderline personality disorder; submaniac and maniac states in bipolar affective disorder and schizoaffective type of the course of schizophrenia; disinhibition of libido, rough and naked eroticism in the initial stage of schizophrenia; consequence of advanced emotional-volitional disorders in simple-type schizophrenia; temporal lobe epilepsy; dementia; mental retardation (oligophrenias); various organic brain lesions (resulting from neuroinfections, injuries, vascular damages, neoplasms) [the temporal and frontal lobes of the brain are indicated as regulators of libido]; consequence of disorders in the hypothalamic area and limbic system.

It is reported that a correlation exists between development of hypersexuality and damages in certain cerebral areas in patients with non-traumatic brain damage. It is pointed out that hypersexuality may result from maldevelopment of the right hippocampus, anti-NMDA receptor encephalitis, in patients with disseminated sclerosis, Huntington's disease, Kl ver-Bucy syndrome as well as be caused by various hormonal disorders and consequences of premenstrual changes and effect of virilizing hormones during the childhood or intrauterine period. Numerous clinical illustrations of cases with hypersexuality, caused by various disorders, are given. The author holds the opinion that it is necessary to divide hypersexuality at least into two categories: true hypersexuality and sexual disinhibition, when with the normal or even reduced level of libido manifestation the hypersexual behaviour results from absence or insufficiency of inhibitory mechanisms (for example, in dementia).

Keywords: various disorders, consequences, hypersexuality.

Гиперсексуальность как проявление различных расстройств

Г.С. Кочарян

В статье речь идет о гиперсексуальности, которая может быть одним из проявлений самых различных расстройств. Среди них – последствия психотравматизации; преждевременное психосексуальное развитие; пограничное расстройство личности; субманякальные и маниакальные состояния при биполярном аффективном расстройстве и шизоаффективном типе течения шизофрении; расторможенность полового влечения, грубая и обнаженная эротичность в начальном периоде шизофрении; следствие далеко зашедших эмоционально-волевых расстройств при простой форме шизофрении; височная эпилепсия; деменция; умственная отсталость (олігофренія); различные органические поражения головного мозга (вследствие нейроинфекций, травм, сосудистых поражений, новообразований) [в качестве регулятора либидо называют височную и лобную доли мозга]; следствие нарушения деятельности гипоталамической области, лимбической системы.

Сообщается о существующей корреляция между развитием гиперсексуальности и повреждениями определенных участков мозга у пациентов с нетравматическим мозговым повреждением. Отмечается возможность возникновения ги-

персексуальності при неправильному розвитку правого гіпокампа, анти-NMDA-рецепторном энцефалите, у больных рассеянным склерозом, при болезни Гентингтона, синдроме Кловера-Бьюси, синдроме Клейне-Левина, а также вследствие различных гормональных нарушений, последствий предменструальных изменений и воздействия вирилизующих гормонов в детском или внутриутробном периоде. Приводятся многочисленные клинические иллюстрации случаев гиперсексуальности, обусловленной различными расстройствами. Автор придерживается мнения о необходимости деления гиперсексуальности по меньшей мере на две категории: истинную гиперсексуальность и сексуальную расторможенность, когда при нормальном или даже сниженном уровне выраженности либидо гиперсексуальное поведение является результатом отсутствия или недостаточности сдерживающих механизмов (например, при деменции).

Ключевые слова: различные расстройства, последствия, гиперсексуальность.

Гіперсексуальність може бути проявом різних розладів [9]. Вона, зокрема, може обумовлюватися вираженою **психотравматизацією**. Так, до нас по лікувальну допомогу у зв'язку з раптово виниклою гіперсексуальністю звернулася молода жінка. Цей стан розвинувся у неї після сильної сварки з чоловіком, через яку вона пішла з дому.

А.М. Свядош [16] наводить приклад, коли гіперсексуальність виникла у жінки, за якою гнався чоловік. Ось як він описує цей випадок: «18-річна касирка пізно ввечері поверталася додому по темному провулку, маючи при собі велику суму грошей. За нею погнався чоловік. Вона насилу встигла забігти в будинок, зачинивши перед ним двері. Була перелякана. Тремтіла від хвилювання. Відчула ниючий біль внизу живота, виникли часті позиви до сечовипускання. З цього часу виникло сильне статеве збудження, яке тримається протягом 22 років.

Хвора майже постійно відчуває сильне бажання статевої близькості, 3–5 разів на добу воно різко посилюється і протягом 2–3 годин стає шаленим. Тоді хвора не знаходить собі місця, іноді метушиться, насилу пригнічує його зовнішні прояви. Наближення до чоловіків викликає посилення статевого потягу.

Спадковість не обтяжена. Росла, розвивалася нормально. Отримала дуже суворе виховання в сім'ї. Місячні з 14 років, по 2–3 дні, безболісні. Статеве життя з часу заміжжя – з 21 року. Має 5-річну доньку. Статевим життям з чоловіком живе через день. Статевий акт при цьому дає лише короточасну розрядку.

Статевий потяг намагається придушити за моральними міркуваннями. Не заводить випадкових знайомих, не допускає думки про можливість заняття онанізмом. Просить лікарів видалити їй яєчники, щоб позбутися від болісного статевого потягу. Багато часу проводить вдома, займається домашнім господарством. Уникає ходити в кіно, театри, їздити в переповнених автобусах і тролейбусах, позаяк близькість чоловіків викликає сильне статеве збудження. Іноді починає здаватися, що вони можуть по її обличчю і манерам здогадатися про це.

До початку хвороби не відчувала статевого потягу, не цікавилася сексуальними питаннями, ні в кого не закохувалася, еротичних сновидінь не було. Онанізмом ніколи не займалася. За характером мовчазна, мало спілкується. До 18 років, крім кору, нічим не хворіла.

Хвора середнього зросту, правильної статури, жіночна. Вторинні статеві ознаки розвинені нормально. З боку жіночої статевої сфери відзначається лише незначне збільшення придатків. Є недостатність мітрального клапана ревматичної етіології, хронічний гепатит.

Обстежена нами стаціонарно в психіатричній клініці. Ознак психічного захворювання не виявлено. Симптомів органічного ураження нервової системи, а також ендокринних порушень не виявлено. Гормональна терапія, а також моноброміста камфора, транквілізатори не дали ефекту. Лікування аміназином і іншими нейрореплетиками не проводилося через хворобу печінки.

В цьому випадку у здорової дівчини 18 років з вельми слабким статевим потягом після сильного переляку і фізичного напруження (швидкий біг) раптом виникли явища німфоманії. Ці явища стійко трималися протягом 22 років. Можна припустити, що вони були спричинені порушеннями субкортикальних іннерваторних механізмів, ймовірно, судинного генезу. Менш ймовірно припущення про те, що мала місце слабкість цих механізмів, у зв'язку з чим сильний емоційний і фізичний стрес викликали їхню декомпенсацію і виникнення гіперсексуальності гіпоталамічного генезу».

Гіперсексуальність може бути проявом **передчасного психосексуального розвитку** [8, 16].

Деякі люди з **граничним розладом особистості** (borderline personality disorder; BPD) можуть бути помітно імпульсивними, спокусливими і надзвичайно сексуальними. Сексуальна розбещеність, сексуальні нав'язливі ідеї і гіперсексуальність є дуже поширеними симптомами у чоловіків і жінок з BPD. Іноді у деяких з них можуть виникати парафільні спонукання і бажання [32].

Як відомо, BPD – патологія, що характеризується імпульсивністю, низьким самоконтролем, емоційною нестійкістю, високою тривожністю і сильним рівнем десоціалізації. BPD включено в останній американський Діагностичний і статистичний порадник з психічних розладів 5-го перегляду (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition; DSM-V) 2013 року [27] і в МКХ-10. В останній BPD вважається підвидом емоційно нестійкого розладу особистості [11, 14].

Гіперсексуальність може стати наслідком **субманіакальних і маніакальних станів**. Н.Ш. Татлаєв [20] повідомляє, що у чоловіків у маніакальній стадії (гіпоманія, манія) маніакально-депресивного психозу (МДП) [цей термін використовувався в МКХ-9, у МКХ-10 застосовується термін «біполярний афективний розлад»] лібіді порушується у 92,8% чоловіків, а статева активність – у 95,6%. При цьому наголошується, що статевий потяг посилюється пропорційно наростанню маніакального афекту. Разом з тим рівень статевої активності дещо підвищується при гіпоманії, однак при атипівій манії рівень статевої активності нижче вихідного, а при типовій манії, навпаки – вище, але нижче, ніж при гіпоманії. При типових маніакаль-

них станах посилене лібідо реалізувалося в основному більш частими статевими актами, а при атипичних лібідо переважно проявляється некоїтальними формами сексуальних проявів (полюції, мастурбація тощо). Н.Ш. Татлаев зазначає [21], що сексуальна активність чоловіків у маніакальній фазі зростає в 2–3 рази і більше, статеві ексцеси частішають, зменшується тривалість рефрактерного періоду копулятивного циклу.

В.О. Гіляровський так описує біполярний афективний розлад в маніакальній фазі: «Для характеристики емоційного стану таких хворих велике значення має одна риса, яка відбивається на всій їхній поведінці, – підвищена сексуальність. У легких випадках справа обмежується особливою кокетливістю, прагненням одягати яскравий одяг, чимось прикрашаючи його, схильністю до розмов на матримоніальні або просто легковажні і еротичні теми; особливо характерна здатність швидко закохуватися ... При більшому ступені збудження підвищений еротизм веде до легкого зав'язування зв'язків часто з мало-знайомими або зовсім незнайомими людьми» [3].

А. Нохуров [12] у зв'язку з цим повідомляє наступне: «Багато хворих з МДП у гіпоманіакальному стані пишуть вірші і поеми своїм коханим, витрачають майже всі свої гроші на квіти, дорогі подарунки, але їх захоплення вкрай нестійкі. Підвищена еротичність проявляється в тому, що хворі активно шукають сексуальних партнерів, легко заводять знайомства, форсують інтимне зближення. Їх статева потреба стає ненаситною. Тема «сексу» проходить у хворих червоною лінією через все, про що вони говорять. Хворі втрачають контроль над своєю сексуальною поведінкою, можуть проявляти сексуальні домагання до осіб, які не досягли повноліття, або вступати в статеві стосунки з особами, аморальність яких не викликає сумніву».

Н.Ш. Татлаев [21] відзначає, що статева «ненаситність» чоловіків у маніакальній фазі цього захворювання, незважаючи на протести дружини, призводить до зміни стереотипу сексуальної поведінки і пошуку нових форм проведення коїтусу, наприклад, орально-генітальної і, більш того, штовхає хворих на гомосексуальні зв'язки (J. Allison, W. Wilson, 1960). При вираженій гіперсексуальності також з'являється прагнення до групового сексу.

Низка прикладів зміни сексуальної поведінки у жінок у цій фазі, які хворі на біполярний афективний розлад, наводить О.І. Вольфовський [3]. Так, у хворої А. з 23 років гіпоманіакальний стан вперше розвинувся під час перебування з чоловіком на курорті. Вже захворівши, вона посварилася з ним. Чоловік, не зрозумівши того, що у його дружини почалося психічне захворювання, розсердився на неї, залишив її саму і повернувся додому. Залишившись одна, хвора розвинула бурхливу діяльність, легко вступала в статеві зв'язки і заразилася гонореею. Її психічний стан все більше погіршувався і з гіпоманіакального перейшов в маніакальний. Була госпіталізована в психіатричний стаціонар. Маніакальна фаза була затяжною, і ремісія настала тільки через півроку.

Яскравий приклад, який демонструє різко виражену гіперсексуальність хворої З., 30 років (працює швачкою в ательє) в гіпоманіакальній фазі біполярно-

го афективного розладу, що проявлялася значним спотворенням її сексуальної поведінки, наводить А. Нохуров [12]. На судово-психіатричній експертизі вона була визнана неосудною. «У жовтні в стані хворої раптово наступив різкий перелом. Знову стала активною, діяльною, життєрадісною. На святі виступала в клубі на концерті самодіяльності, після концерту на вечірці продовжувала співати, читала вірші, була в центрі уваги. Випивши кілька келихів шампанського, стала «показувати стриптиз», чим викликала захват сп'янілої компанії. У той самий вечір вступила в статевий зв'язок з чоловіком, до якого раніше була байдужа. У наступні дні тільки й говорила про свій незвичайний талант, заявляла, що кине роботу в ательє, оскільки її чекають в театрі оперети, запевняла, що вона «зірка Голлівуду» і прославить всіх своїх знайомих. Вночі погано спала, постійно вимагала від чоловіка статевих зносин. Після свят на роботу не пішла, додому з'явилася пізно вночі у збудженому стані. Виявилось, що вона весь день провела в чоловічому гуртожитку, де хотіла «активізувати художню самодіяльність», мала неодноразові статеві зносини з кількома чоловіками і зарадилася гонореею. У наступні дні на роботу вийшла, але подала заяву про звільнення, «так як переходить на роботу в театр». Шкода було розлучатися з «улюбленим колективом», кілька разів влаштувала прощальні концерти. Її завчасно відпускали додому, але вона йшла на «громадську роботу» в чоловічий гуртожиток. Агітуючи брати участь в художній самодіяльності, ходила з кімнати в кімнату, співала, з багатьма чоловіками здійснювала статеві акти. Чоловікові заявила, що виконувала громадську роботу, що він даремно обурюється і ревнує, вона його пристрасно любить і доведе це ... Так тривало близько 2 тижнів, поки вона не була притягнута до кримінальної відповідальності за зараження венеричною хворобою (її супруг і 18 чоловіків були заражені гонореею). Сама хвора тим, що трапилося, не пригнічена. На допиті говорила про «специфіку» відносин між артистами, зараження називала «дрібноницею», не вартою уваги «в століття розвиненої медицини». Була кокетлива зі слідчим і лікарями, перебувала в піднесеному настрої, жартувала, розповідала анекдоти.

Такий піднесений настрій залишався у хворої і в період перебування на судово-психіатричній експертизі. Заявляла хворим, медичному персоналу, лікарям про свою надзвичайну талановитість, про те, що визнана народом, про своє блискуче майбутнє. Написала любовну поему лікарю-чоловіку, в бесіді з ним зробила зауваження, що він мало говорить їй компліментів. Зараженням гонореею, можливою кримінальною відповідальністю, реальними ускладненнями у відносинах з чоловіком не переймається. Не критична до свого стану».

Причиною гіперсексуальності у хворих під час манії називають патогенну гіперактивність дофамінергічного мезолімбічного шляху в головному мозку, що формується [53]. А.М. Свядощ [16] повідомляє, що вкрай рідко різке посилення статевого потягу може спостерігатися під час депресивної фази біполярного афективного розладу, можливо як елемент змішаного стану. При цьому він посиляється на В.П. Осипова, що на своїй лекції розповів про хвору, у якої під час депре-

сивної фази виник настільки сильний статевий потяг, що вночі вона вбігла у будку, де знаходився молодий вартовий, і на колінах благала його, щоб він здійснив з нею статевий акт, що і сталося.

У хворих на **шизофренію** лібідо може зазнавати різні зміни. Може йтися як про різні ступені його ослаблення навіть до повної відсутності, так і про його посилення. Зміни лібідо можуть бути пов'язані з типом перебігу шизофренії, для якого характерно чергування манії і депресії (так званий шизоафективний її тип). Під час гіпоманії/манії має місце підвищення лібідо, а при депресії – його зниження.

У своїй публікації про особливості сексуальності підлітків чоловічої статі, хворих на шизофренію, в клінічній картині якої значне місце займали сексуальні переживання. Д.Д. Ісаев [7] на підставі обстеження 77 підлітків віком від 15 до 17 років виявив, що у 14 хворих початок захворювання проявлявся розгальмованістю статевого потягу, грубою й оголеною еротичністю. Це стало результатом морально-етичного зниження і втрати сором'язливості, а також прагнення до безпосередньої реалізації своїх бажань. При цьому фіксувалися сексуальні домагання до найближчих родичів (мати, сестра) і малолітніх дівчаток.

Гаджа Ага Гашум оглы Султанов [19] зазначає, що низка авторів (Л.Л. Рохлін, А.А. Абаскулієв, Н.В. Іванов, Л.Я. Мільман, В.Д. Кочетков та ін.) говорять про порушення потягу на ініціальних етапах простої форми шизофренії. Водночас акцентується увага на мастурбації, що відбувається у цієї групи хворих «особливо нестримно, інтенсивно». Клінічні спостереження цитованого автора свідчать, що наполеглива, нічим не переборна мастурбація в деяких випадках може бути однією з перших ознак початкового етапу шизофренічного процесу, а в інших – наслідком емоційно-вольових розладів при простій формі шизофренії, що далеко зайшли. Цитований автор обстежив 150 хворих з діагнозом «шизофренія, проста форма», в анамнезі яких мала місце тривала мастурбація.

Відмінними ознаками для зазначеної групи хворих, які мастурбували в пубертатному і постпубертатному періодах, є частота онаністичних ексцесів, їх завзятий характер, що нагадує нав'язливість, кататонічну стереотипію, без прагнення до оргастичної розрядки. При детальному вивченні анамнезу і катанезу осіб, у яких, на думку автора, стійкий онанізм, що важко усунути, знаменує собою початок шизофренічного процесу, виявляється наступне. Спочатку онаністичні акти приносять деяке сексуальне задоволення і є компенсацією юнацької гіперсексуальності, проте в подальшому «психічна сторона мастурбації» характеризується бідністю і аморфністю сексуальних уявлень, їх інфантильним, іноді перверсним змістом, частково обумовленим психотичними переживаннями.

В інших випадках, продовжує автор, тривала, нічим не переборна мастурбація є результатом емоційно-вольових розладів, що далеко зайшли. Це може спостерігатися при різних формах шизофренії. Така поведінка, на його думку, може бути проявом загальної і сексуальної розгальмованості в розгорнутих стадіях шизофренічного процесу.

Серед хворих на **генуїнну епілепсію**, які звертаються по лікувальну сексологічну допомогу, превалюють чоловіки, а серед скарг на статевий потяг – вказівки на його зниження. Ті, у кого відзначається підвищений статевий потяг, до сексопатологів не звертаються, а потрапляють в поле зору психіатрів у результаті вчинення ними сексуально детермінованих правопорушень. У жінок, так як і у чоловіків, може спостерігатися як ослаблення, так і посилення потягу, яке проявляється статевою розгальмованістю, гіперсексуальністю. Крім цього, у них може виявлятися сексуальна аверсія. Також наголошується, що гіперсексуальність є рідкісним явищем у хворих на епілепсію [38].

Повідомляється, що гіперсексуальність має місце у хворих з скроневою епілепсією [26]. Слід зазначити, що виявлено зв'язок між менструальним циклом і епілепсією: виражений еротизм у хворих на епілепсію може відзначатися при затримці місячних, що є передвісником «психічного стану» [15].

Гіперсексуальні прояви можуть бути у хворих, що страждають **деменцією**. Bilal Chughtai і співавтори [26] повідомляють, що гіперсексуальність (у результаті хвороби Альцгеймера, хвороби Піка) і слабоумство, обумовлене СНІДом, можуть бути пов'язані з неврологічною патологією, яка зачіпає частину мозку, контролює інгібіцію (гальмування) імпульсів і відчуття насичення [46]. Людина з недоумством може отримувати задоволення від сексуального акту і управлятися компульсивною (нав'язливою) потребою ініціювати секс знову і знову. В якості альтернативи називають той факт, що людина може просто забути про проведений статевий акт і незабаром знову ініціювати сексуальне зближення. (На думку мимоволі приходить анекдот, коли літній чоловік з атеросклерозом повторно проводив статеві акти, бо забував, що раніше він це вже робив. – *Примітка наша [ГСК].*) Слабоумство будь-якого генезу, де є пошкодження скроневих часток або інших областей мозку, пов'язаних із задоволенням, може призводити до виникнення гіперсексуальності [46, 52].

Hugh Series, Pilar Dégano [50] у своїй статті наводять наступне показове спостереження, де йшлося про літнього чоловіка, у якого розвинулася гіперсексуальність, обумовлена деменцією:

«Містер А., 83-річний чоловік, що поступив до відділення швидкої та невідкладної допомоги, виявляв фізичну агресію і словесно ображав оточуючих. У пацієнта були виявлені помірно виражені порушення в когнітивній сфері, тому його направили в психіатричну лікарню відповідно до розділу 2 Закону про охорону психічного здоров'я від 1983 року. Епізоди агресії повторювалися, але без сексуальних проявів у поведінці. Після шести місяців перебування в лікарні його виписали на піклування в інтернат, де він іноді погрожував оточуючим, замахуючись своєю палицею. Пацієнт постійно відмовлявся від будь-яких лікарських препаратів. Через чотири роки він став ще агресивнішим, його довелося перевести в лікарню загального профілю у зв'язку з інфекційним захворюванням, а потім знову перевести в психіатричну лікарню відповідно до того самого розділу закону від 1983 року. За цей час порушення в когнітивній сфері посилювалися, хворому було

встановлено діагноз деменції. У відділенні лікарні знову відзначалися прояви агресії. Через кілька місяців його перевели в будинок для людей похилого віку з медичним обслуговуванням, і тут він, як і раніше, відмовлявся від медикаментозної терапії.

У будинку для літніх А. одразу почав приставати до його мешканок із сексуальними пропозиціями. Персонал спробував вирішити цю проблему, перевівши його на інший поверх, проте поведінка А. не змінилася – тепер він приставав до жінок в цьому відділенні. Його перевели знову в лікарню, оскільки персонал не міг домогтися адекватної поведінки. У перший день свого перебування в лікарні пацієнт почав проявляти ініціативу, демонструючи неадекватну сексуальну поведінку по відношенню до пацієнтів, у яких теж була діагностована деменція. Якщо персонал намагався втрутитися, наприклад, просив А. повернутися в свою палату, це викликало у нього почуття озлоблення і він починав загрожувати. Крім того, будучи в гніві, він бив пацієнтів своєю палицею. Методи поведінкової терапії давали мінімальний результат.

Зрештою члени бригади дійшли висновку, що ступінь небезпеки для оточуючих, не дивлячись на використання техніки поведінкової терапії, була неприйнятною, тому йому була призначена примусова медикаментозна терапія відповідно до Закону про охорону психічного здоров'я від 1983 року. У лікувальному плані передбачався прийом препаратів per os, але пацієнт відмовився, тому йому ввели внутрішньом'язово 25 мг хлорпромазину, щоб перевірити реакцію на антипсихотичний препарат, який А. раніше не використовував. Через тиждень після цього була зроблена ін'єкція зуклопентиксолу ацетату (50 мг), препарату короткочасної дії, а ще через тиждень – ін'єкція депонованої форми антипсихотичного препарату зуклопентиксолу деканоату (50 мг). Цей препарат продовжували вводити щомісяця. Протягом наступних двох місяців прояви розгальмованої поведінки редукувалися, але виникли помірно виражені побічні екстрапірамідні симптоми.

Пацієнт А. був виписаний на депо-препараті у відпустку в будинок для людей похилого віку з медичним обслуговуванням. Однак, незважаючи на надання повної інформації про його правовий статус (який дозволяв застосування депо-препарату навіть без його згоди) і на обґрунтування введення депо-препарату, персонал будинку пристарілих не був упевнений в тому, що може вводити його своєму підопічному. Внаслідок цього у хворого знову виникли прояви нав'язливої сексуальної поведінки. У будинку для літніх А. неодноразово займався взаємною генітальною стимуляцією з жінкою, що була визнана неосудною, яка, очевидно, отримувала задоволення від його залищань. Персоналу важко було обговорювати ситуацію з чоловіком цієї жінки. Хворого А. перевели в інше крило будівлі, проте він примудрявся повертатися в початкове місце. З огляду на таку ситуацію його повернули до лікарні. Через кілька тижнів А. захворів на запалення легенів, але від лікування відмовився і помер».

Повідомляється [32], що гіперсексуальність може бути спричинена деменцією з кількох причин, включаючи розгальмовування внаслідок органічних захворювань, не-

правильне сприйняття соціальних сигналів, збереження вивченої сексуальної поведінки після втрати інших форм поведінки і побічні ефекти медикаментів, що застосовуються для лікування (MD Griffiths, MK Dhuffar, 2014). В якості ще однієї можливої причини гіперсексуальності, пов'язаної з деменцією, називають неналежним чином виражену психологічну потребу в близькості [32].

При прогресуванні цієї патології, підвищена гіперсексуальність «теоретизується», щоб іноді компенсувати зниження самооцінки і когнітивної функції [54]. Низка досліджень свідчать, що гіперсексуальність, обумовлена деменцією, може бути пов'язана із супроводжуваними її біохімічними або фізіологічними змінами [32].

Сексуальне розгальмування має місце і у хворих з **розумовою відсталістю** (олігофренів). А. Нохуров [13] зазначає, що з метою систематизації статей порушень у хворих з різноманітними формами «олігофренії», можна обмежитися трьома синдромальними варіантами (ейфоричний синдром, синдром імпульсивної гіперсексуальності, апатико-абулчний синдром). Гіперсексуальність спостерігається при перших двох названих синдромах. Розвиток ейфорійного синдрому пов'язують з пошкодженням фронтального відділу кори головного мозку, з ураженням фронтолімбічних зв'язків. Хворі задоволені собою, у них відносно стійко підвищений настрій (з відтінком «всеблаженства») (С.С. Корсаков). Вони безтурботні, добросерді, бадьорі, але бездіяльні, зазвичай не укладають шлюб і самі не звертаються до сексопатологів. Часта і досить оголена мастурбація змушує родичів приводити їх до лікарів. «Хворі пояснюють свою поведінку одноманітно: «Мені хочеться, я нікому не заважаю. І одружитися я хочу; одружуся – і перестану». ... Переконати хворих приховувати онанізм від оточуючих зазвичай не вдається, хоча отримати таку обіцянку можна легко» [13].

Синдром імпульсивної гіперсексуальності може спостерігатися при різних клінічних варіантах розумової відсталості, проте частіше – у хворих з дисфоричним і психоподібним станом. Крафт-Ебінг повідомляв, що в олігофренів можна спостерігати періодично наступаюче статево збудження з бурхливим прагненням до задоволення сексуального потягу. Він відзначав, що при цьому «олігофрени» накидаються на дітей і тварин. Якщо їх жертви чинять опір, то вони навіть здійснюють вбивства [13].

А. Нохуров [13], характеризуючи хворих з розумовою відсталістю, також повідомляє: «У випадках *дисфоричного синдрому*, що виникає як аутохтонно, так і в результаті психогенних факторів, гіперсексуальність супроводжувалася іншими компонентами дисфоричного стану – розгальмованістю, підвищеною дратівливістю, збудливістю, непосидючістю. При *психоподібному синдромі* гіперсексуальність зазвичай проковувалася алкогольним сп'янінням».

Гіперсексуальність може мати місце при різних **органічних ураженнях головного мозку** (внаслідок нейроінфекцій, травм, судинних уражень, новоутворень). В якості регулятора лібідона називають скроневу і лобову частки мозку. Особи, які страждають від травм цих ділянок мозку, зазнають, зокрема, підвищений ризик появи гіперсексуальності [40], яка може виникнути і після односторонньої скроневої лоботомії [42].

До нас звернулася молода жінка з гіперсексуальністю, що була обумовлена неодноразовим побиттям чоловіком (бив, зокрема, по голові в стані алкогольного сп'яніння). Її було направлено на консультацію з діагнозом хронічного арахноенцефаліту травматичного генезу. Статеве збудження не покидало пацієнтку протягом дня, внаслідок чого вона не могла нормально працювати. Швидкий позитивний результат був отриманий нами при використанні гіпноугестії. Під час інтимної близькості пацієнтка вимагала від чоловіка трьох-чотирьох статевих актів, які не задовольняли її повністю, не дивлячись на те, що оргазм виникав у неї при кожному коїтусі. Це стало однією з причин наростаючих сімейних конфліктів, бо до виникнення захворювання для повного взаємного задоволення подружжю було цілком достатньо одного статевого акту.

Під час першого гіпнотичного сеансу (2–3-я стадія гіпнозу за Форелем) хворій проводили навіювання, спрямовані на ліквідацію порушення в неадекватній обстановці («Заспокоюються ділянки головного мозку, що відповідальні за виникнення статевого збудження ... Вони загальмовуються ... Статеве збудження залишає вас, йде, розсіюється ... протягом усього дня ви абсолютно спокійні ... Можете успішно виконувати свою роботу» тощо). Також проводилася сугестія, спрямована на корекцію поведінки жінки під час інтимної близькості («Статеве збудження виникатиме тільки під час інтимної близькості і зникати після першої оргастичної розрядки ...»). Вже після першого сеансу статеве збудження набагато послабшало. Кожен наступний сеанс (всього було проведено 5 сеансів) також знижував рівень статевого збудження. Інтерес цього спостереження полягає в тому, що поведінка пацієнтки під час інтимної близькості повністю відповідала зробленим навіюванням. Одночасно їй був призначений сонапакс і рекомендовано лікування у невролога. З огляду на значні відмінності у вираженості статевого потягу до і після кожного з перших гіпнотичних сеансів, а також на факт призначення сонапакса тільки після 3-го сеансу, коли статеве збудження в неадекватній обстановці виникало дуже рідко і не було інтенсивним, ми зайвий раз переконалися в результативності гіпноугестивних впливів на синдроми органічного генезу [9].

Інтерес представляють дані, які наводить К. Імелінський [6]. Він зазначає, що R.D. Lisk (1967) у результаті своїх досліджень дійшов висновку про наявність в гіпоталамусі двох сексуальних центрів. Перший з них розташований в передній частині гіпоталамуса, а саме – в ядрі Кахаля. Він «вивільняє» сексуальну активність і відповідає за сексуальну поведінку. Другий сексуальний центр (гормональний) знаходиться в середній і задній частині гіпоталамуса і обумовлює сексуальний потяг опосередковано (через секрецію гонадоліберину, контролюючого функцію передньої долі гіпофіза). Висловлюється думка, що гормональний сексуальний центр можливо знаходиться в ядрі воронки. При двосторонньому ізолюваному «виключенні» центру, відповідального за сексуальну поведінку, статевий потяг зникає. Призначення статевих гормонів не відновлює його. Статеві залози при цьому можуть функціонувати

цілком нормально. При двосторонньому ізолюваному «виключенні» гормонального сексуального центру відзначається втрата інтересу до сексуального партнера, а також розвиток атрофії статевих залоз. Однак уведення статевих гормонів відновлює лібідю.

А.М. Свядоц [16] повідомляє, що гіперсексуальність може стати наслідком порушення діяльності гіпоталамічної ділянки, лімбічної системи. Як відомо, лімбічна система (від лат. *limbus* – межа, край) – сукупність низки структур головного мозку, розташованих на обох сторонах таламуса, безпосередньо під кінцевим мозком. Вона огортає верхню частину стовбура головного мозку ніби поясом і утворює його край (лімб). Це не окрема система, а скупчення структур кінцевого мозку, проміжного мозку (діенцефалона) і середнього мозку (мезенцефалона) [10].

Існує кореляція між розвитком гіперсексуальності та ушкодженнями певних ділянок мозку у пацієнтів з нетравматичним мозковим пошкодженням. У пацієнтів з базальними лобними ушкодженнями або пошкодженням таламічної і перівентрикулярної ділянок правої півкулі відзначається сексуальна стурбованість в контексті маніакального синдрому [40]. Пошкодження скроневої частки викликає межприпадочну гіперсексуальність (*interictal hyposexuality*), акцентовану гіперсексуальним збудженням після нападів. Подібна гіперсексуальність була зафіксована після скроневої лобектомії у хворих на епілепсію. Був описаний синдром Клювера–Бьюсі після вогнепальної рани скроневої частки. Структури скроневої частки можливо також є посередником сексуальної переваги. Як атравматичний синдром Клювера–Бьюсі, так і той, що виникає після пошкодження головного мозку, у людей зазвичай асоціюється з афазією, амнезією, недоумством, а іноді з нападами. Це більш часто призводило до змін у сексуальній перевазі, ніж до гіперсексуальності. Наприклад, випадок фетіша англійської шпильки (*a case of safetypin fetish*), як повідомлялося, був пов'язаний зі скроневою епілепсією. Як фетіш, так і епілептичні напади зникли після успішного хірургічного видалення епілептогенної ділянки.

Н. Hanada і співавтори [29] повідомляють про 23-річного чоловіка з неправильним розвитком правого гіпокампа, який «демонстрував сексуальні злочини», спричинені гіперсексуальністю, з 8 років, а з 13 років успішно лікувався карбамазепіном. Автори стверджують, що зміни таламічної активності можуть спричинювати гіперсексуальність. І.Л. Ботнева [2] детально описала синдром гіпоталамічної гіперсексуальності у жінки.

У пацієнтів чоловічої статі з ушкодженнями в лімбічній системі або поблизу неї розвивається педофілія і нетиповий вуайеризм, а у гетеросексуальної жінки виникає гомосексуальний потяг [23]. Лімбічний енцефаліт (енцефаліт лімбічної локалізації), характерний для сказу / водобоязні, асоціюється з гострою сексуальною розгалюваністю. Подібна картина постійно відзначалася у молодій жінки, яка перенесла енцефаліт у ранньому дитинстві [57].

А.М. Свядоц [16] наводить приклад гіперсексуальності, обумовленої органічним ураженням головного

мозку: «До нас на консультацію була направлена жінка похилого віку (70 років) після того, як гінекологічні та ендокринологічні захворювання були виключені. Її ріст становив 156 см, маса тіла – 65 кг. Зі сльозами на очах вона благала позбавити її від появи нестерпного статевого потягу. «Я не можу дивитися на чоловіків, – говорила вона, – вони мене сильно збуджують. Я буквально дійшла до відчаю. Сексуальне збудження не покидає мене з ранку до вечора. Особливо інтенсивно воно проявляється під ранок. Я готова покінчити життя самогубством, якщо не позбудуся цього».

Хвора за характером товариська, спокійна, врівноважена. Закінчила історичний факультет Московського педагогічного інституту і протягом 40 років працювала вчителькою в школі. Останні роки на пенсії. Росла і розвивалася нормально. Менструації з 11 років, рясні, регулярні, по 4–5 днів через кожні 24 дня. Менопауза з 49 років.

Статеве життя – з 22 років, з заміжжя, було 8 вагітностей. Має двох дорослих дітей: сина і дочку. Чоловік загинув, коли хворій було 35 років. З цього часу статевим життям не жила. Часто відчувала еротичні сновидіння з оргазмом, снилося статеве життя з чоловіком. У перші місяці після заміжжя чоловік здійснював 3–4 акти протягом ночі, в подальшому – 3–4 акти за тиждень. Сама ініціативу до статевого зближення ніколи не проявляла (чоловік навіть ображався). Оргазм вагінальний, не частіше одного разу за ніч. З 35 до 65 років – мастурбація (3–4 рази на місяць) шляхом введення пальця в піхву.

Останні 6 років страждає на цукровий діабет у важкій формі (дотримується дієти) і гіпертонічною хворобою II стадії. Артеріальний тиск – 160–180–200/100 мм рт. ст. Періодично сильні запаморочення.

Захворіла гостро 2 роки тому. Раптово виникли сильне запаморочення і нудота. Слідом за цим з'явилося різке статеве збудження. Спочатку було ниюче відчуття внизу живота. Звернулася до гінеколога, однак патології не було виявлено. Потім це відчуття змінилося все більш і більш наростаючим статевим збудженням. Воно трималося протягом дня і ночі. До мастурбації не вдавалася, позаяк думала, що стан, який вона переживає, – наслідок того, що в минулому займалася нею. Еротичні сновидіння з оргазмом не поновлювалися. Тривога, хвилювання посилювали статевий потяг. Грудні залози стали дуже чутливі до дотику. Підмивання також призводило до посилення статевого потягу. Психічні фактори (телевізійні передачі або книги, де йдеться про кохання) посилювали потяг, у зв'язку з чим перестала читати подібні книги і дивитися телевізійні передачі». Далі автор повідомляє про абсолютно неадекватну терапію, яка була проведена гінекологами (чоловічі та жіночі статеві гормони). Потім зазначає, що бромиста камфора, триоксазин і еленіум не справляли істотний вплив на силу статевого потягу. Значне зниження сили статевого потягу у хворої було досягнуто лише після прийому великої дози аміназину (150 мг на добу). Однак вживання даного препарату викликало різку загальну млявість, адинамію і сонливість.

На підставі обстеження та проведеного лікування автор робить наступні висновки: «У даному випадку

у жінки віком 70 років, що страждала на гіпертонію, після перенесеного судинного кризи виникли явища гіперсексуальності. Вони стійко трималися протягом 2 років. Послабити силу статевого потягу вдалося лише призначенням 150 мг аміназину на добу. Можна вважати, що причиною хвороби є порушення мозкового кровообігу з ураженням мозку на субкортикальному рівні» [16].

T.N. Monga і співавтори [41] відзначають, що гіпосексуальність є поширеною проблемою у пацієнтів з інсультом. Однак у деяких хворих, які перенесли інсульт, може спостерігатися гіперсексуальність. Автори повідомляють про 53-річного чоловіка, у якого після перенесеного інсульту спостерігалася посилення статевого потягу і збільшення частоти статевих зносин, а також простежувалася «тенденція до пріапізму». Під час проведення комп'ютерної томографії у пацієнта виявлено ураження головного мозку скроневій локалізації, чим автори, імовірно, і пояснили виникнення гіперсексуальності.

M. Spinella [51] повідомляє, що гіперсексуальність може бути результатом інсультів декількох нейроанатомічних структур, які регулюють сексуальну поведінку. Автор наводить випадок дорослого чоловіка з інфарктом таламуса, який спричинив паралітичний таламічний синдром, що складається з гіперсомнолентності, конфабуляційної антероградної амнезії (включаючи редуплікативну парамнезію), дефіциту вертикального погляду і гіпофонічної мови. Також у хворого виникло соціальне розгальмування, неконтрольоване бажання жартувати, дефіцит моторного гальмування і залежність від оточення. Гіперсексуальність, нехарактерна для його преморбідної поведінки, проявилася ексгібіціонізмом, відкритою мастурбацією і використанням у мові матюків. У зв'язку з розладом, що розвинувся, обговорюється роль медіодорсального таламічного ядра.

H. Sakamoto і співавтори [48] повідомили про чотирьох чоловіків з **анти-NMDA-рецепторним енцефалітом**, у яких діагностована гіперсексуальність. Анти-NMDA-рецепторний енцефаліт – тяжка гостра форма енцефаліту з можливістю як летального результату, так і швидкої ремісії, яка спричиняється аутоантителами до NR1 і NR2-субодиниць глутаматного NMDA-рецептора. Захворювання частіше зустрічається у жінок і асоційоване з тератомами яєчників, проте пухлини виявляються не у всіх випадках даного енцефаліту. Описи цього захворювання існували в медичній літературі під різними найменуваннями. У 2007 році була встановлена його етіологія і дана назва цієї хвороби [1].

Гіперсексуальні прояви можуть бути і у хворих на **розсіяний склероз (РС)**, хоча палітра сексуальних дисфункцій при цьому захворюванні досить різноманітна, і у пацієнтів (чоловіків і жінок) превалюють різні гіпосексуальні і пов'язані з ними прояви. Так, повідомляється, що у них відзначаються труднощі в досягненні оргазму, недостатня лубрикація, розлади ерекції, ослаблений оргазм, зниження лібідо, ослаблені відчуття й оніміння в статевих органах, зменшення впевненості в собі, незадоволеність своїм тілом. Ці

симптоми позитивно корелюють з часом, який минув з моменту постановки діагнозу [43]. Гіперсексуальні думки або поведінка рідкісні, але можуть відзначатися на тлі постійного погіршення когнітивних функцій або психічних розладів типу манії. Ще рідше зустрічається ізольована гіперсексуальність. Нейровізуалізація і нейропсихологічні дослідження вказують на дисфункцію лобової частки, в той час як гормональні дослідження не виявляють істотних змін. Епізодична гіперсексуальність може бути тимчасовим проявом РС [28].

С.С. Yang і співавтори [56] наводять історію хвороби 51-річної вчительки початкових класів з РС, яка пред'явила скарги на раптове виникнення підвищення лібідо і сексуальної активності. За 10 днів до цього вона прокинулася від звуку типу «постріл» у голову. За ним відразу виникли два інших схожих звуки, локалізовані над її лівим вухом. Після цих подій сексуальний апетит пацієнтки став ненаситним. Вона була щаслива в шлюбі протягом 25 років. Однак з деякого часу її поведінка стала абсолютно нетиповою. Після кількох днів частих статевих зносин її чоловік не зміг задовольняти її сексуальні запити. Вона часто мастурбувала, щоб зменшити своє сексуальне бажання, чого раніше ніколи не робила. Мастурбація не завжди приводила до оргазму і зазвичай не приносила задоволення.

Також у пацієнтки виникли посилення загальної чутливості тіла, болючість і напруженість грудних залоз, збудження статевих органів навіть без їх стимуляції. Носити бюстгалтер стало незручно, і рухи її таза (наприклад, під час їзди на автомобілі) посилювали її генітальне збудження майже до оргазму. Її сексуальні реакції значно посилювалися. Через РС у неї було слабо виражене нетримання сечі, яка стала більш концентрованою. Також почастишали закрепи.

Збільшилася її поведінкова імпульсивність. Вперше вона почала лаятися з чоловіком і купила лотерейні квитки на 200 доларів, хоча раніше ніколи в житті не грала в азартні ігри. Зміни в сексуальній сфері пацієнтки стали для неї значним джерелом стресу. Вона відчувала сором і турбувалася про самовладання в присутності інших чоловіків і навіть міркувала про подружню невірність, щоб задовольнити свої сексуальні спонукання. Дев'ять років тому у пацієнтки був діагностований РС ремітуючого типу. МРТ головного мозку з гадолінієм виявила численні перивентрикулярні ураження білої речовини. Виявлені зміни не відрізнялися від даних попередніх досліджень. Через гостроту того, що сталося, і сукупність симптомів, яка виникла, зміну сексуальної поведінки було розцінено як складову частину загострення РС. Хворій був призначений метилпреднізолон по 1 г внутрішньовенно протягом 5 днів з подальшим пероральним прийомом преднізону. Це призвело до негайного зменшення всіх симптомів. Через кілька днів після проведеного курсу лікування симптоми знову повернулися, але були меншої інтенсивності, ніж в початковому епізоді. Повторна МРТ головного мозку з гадолінієм не виявила будь-яких змін. Був проведений другий 5-денний курс внутрішньовенного введення метилпреднізолону, що призвело до повного усунення всіх симптомів.

Обговорюючи даний клінічний випадок, автори пишуть, що гострий початок гіперсексуальних проявів і позитивний ефект від стероїдів дали підставу припустити, що ці прояви були пов'язані із загостренням РС. З нейроанатомічної точки зору цей випадок гіперсексуальності можна пояснити ураженням лобової частки. Проте автори відзначають, що їх висновок є правильним, позаяк після погіршення стану і появи гіперсексуальності не було виявлено нових ідентифікованих пошкоджень при МРТ головного мозку, які б з'явилися з часу попередніх досліджень.

R. Huws і співавтори [31] також повідомляють, що гіперсексуальність і фетишизм виникли у пацієнта з РС, у якого під час проведення МРТ були виявлені ураження лобової і скроневої частки головного мозку. Ortega Neil і співавтори [44] відзначають, що гіперсексуальність і парафільна поведінка асоціюються з різними вогнищевими ураженнями мозку, але рідко були документовані у хворих на РС. Автори повідомляють про жінку з РС, у якої виникли множинні парафілії, розгальмування і гіперсексуальність. У пацієнтки були виявлені великі ураження, що залучають базальні лобові, а також періталамічну, перегородкову, гіпоталамічну і скроневу ділянку. Ураження лобових часток і діенцефальних структур, відзначають автори, впливають на сексуальну поведінку.

Гіперсексуальність фіксували і при такому рідкісному захворюванні, як **хвороба Гентінгтона** (синдром Гантінгтона, хорея Гентінгтона або Хантінгтона). Це генетичне захворювання нервової системи, що характеризується поступовим початком зазвичай у віці 30–50 років і поєднанням прогресуючого хорейчного гіперкінезу і психічних розладів. Хвороба Гентінгтона вражає деякі ділянки мозку. Найбільш помітні ранні зміни зачіпають базальні ганглії (так зване смугасте тіло), яке складається з хвостатого ядра і шкаралупи. Інші ушкоджені ділянки включають чорну субстанцію, 3, 5 і 6 шари кори головного мозку, гіпокамп, клітини Пуркіньє в мозочку, бічні туберальні ядра гіпоталамуса і частину таламуса [55].

A. Jhanjee і співавтори [33] повідомляють про 30-річну жінку з цією патологією, у якої спостерігали гіперсексуальність. Автори відзначають, що невідомо, чи пов'язана сексуальна дисфункція у пацієнтів, що страждають даним розладом, з певним ураженням головного мозку або з несприятливими психосоціальними факторами, пов'язаними з хворобою Гентінгтона. Хоча принципи лікування гіперсексуальності при цьому захворюванні, засновані на фактичних даних, відсутні, у пацієнтки після прийому оланзапіну і галоперидолу настало значне поліпшення.

Гіперсексуальність спостерігається у хворих із **синдромом Кловєра-Бьюсі** (Klüver-Bucy syndrome; KBS). Синдром названий на честь американців, які його описали, – невролога Н. Klüver і нейрохірурга Р.С. Bucy. KBS може виникнути в будь-якому віці, хоча про дітей, які страждають на цю патологію, повідомлялося мало. Більшість випадків, що були описані в літературі, відносяться до пубертатного або постпубертатного періоду [37].

Цей синдром характеризується емоційною байдужістю, пасивністю в поєднанні з гіперсексуальністю,

нав'язливим прагненням доторкнутися до будь-якого предмета або покласти його в рот, ненажерливістю, а також порушенням здатності розпізнавати оточуючі предмети [18].

Відзначається, що поведінкові прояви, які спостерігаються при KBS, також включають афазію, амнезію, недоумство і напади. KBS пов'язують з різними неврологічними розладами. Вони включають герпетичний енцефаліт (herpes encephalitis), хворобу Піка, хворобу Альцгеймера, травму головного мозку, цереброваскулярні порушення і скроневу епілепсію. Також називають хорею Гентінгтона (Huntington chorea), гіпоксію, гіпоглікемію, субарахноїдальний крововилив і наслідки використання нейролептиків. Найпоширеніша морфологічна особливість даного синдрому всіх етіологій – двостороннє (білатеральне) руйнування скроневої частки в середньому її відділі (bilateral mesial temporal lobe destruction) або дисфункція цієї ділянки скроневої частки. Були зареєстровані випадки KBS, які виникали після теплового удару (heat stroke) або внаслідок енцефалопатичної хвороби (encephalopathic illness) [26].

David Myland Kaufman і Mark Milstein [35] підкреслюють, що навіть коли мова йде про часткові прояви KBS у дітей або дорослих, вони є яскравим прикладом пошкодження лімбічної системи. David Myland Kaufman і співавтори [34] повідомляють, що в рамках класичної лабораторної моделі синдрому Клювер-Бьюсі нейрохірурги виконали двосторонню передню скроневу лобектомію, яка включала видалення обох мигдалин у макак-резусів. У післяопераційному періоді тварини, крім інших симптомів, проявляли безладну гетеросексуальну і гомосексуальну активність. У людей прояви цього синдрому значно відрізняються від тих, які зустрічаються у мавп. Тільки близько половини людей демонструють почастішання гетеросексуальної активності або мастурбації. Більшість кажуть або жестикулюють тільки в агресивній або сексуальній манері.

S. Lirpe і співавтори [37] повідомляють про особливості гіперсексуальних проявів у маленьких дітей, які страждають на KBS. При цьому вони посилаються на дані Pradhan і співавторів (1998), які обстежили сім хлопчиків віком від 2,5 до 6 років, у яких після простого герпетичного енцефаліту розвинулися важкі бітемпоральні ураження. У дітей відзначалися емоційні порушення, булімія і гіпероральність, для яких характерне сильне бажання покласти непродовольчі товари в рот і пережовувати їх. Гіперсексуальність виявлялася частими дотиками до статевих органів, переривчастими штовхоподібними рухами таза і тертям геніталій, лежачи в ліжку на животі. Всі, крім однієї дитини, які демонстрували таку поведінку, були молодше 4 років. Як припускають Pradhan і співавтори (1998), така поведінка може виникати на основі філогенетично примітивних рефлексів. Ділянки мозку, уражені KBS, є медіальними скроневиими частинами лімбічної системи, які являють нервовий субстрат для примітивних механізмів виживання, таких, як захист, пошук їжі і розмноження (Pradhan і співавтори, 1998).

Синдром Клейне-Левіна (СКЛ) (синдром сплячої красуні) також може супроводжуватися гіперсексуальністю [24]. Це надзвичайно рідкісний розлад. До

2014 року в літературі було описано трохи більше 200 його випадків [39]. Для нього характерні періодичні епізоди надмірної сонливості (гіперсомнії) і звуження свідомості. Хворі сплять більшу частину доби (до 18 годин, а іноді й довше), прокидаючись лише для того, щоб поїсти і сходити в туалет; стають дратівливими або агресивними, якщо їм не давати спати. Розбудити їх при цьому надзвичайно складно. Хвороба виникає найчастіше в юнацькому віці [5].

Синдром Клейне-Левіна виникає на другому десятилітті життя, хоча були описані випадки в осіб віком від 4 до 80 років. Хвороба розвивається частіше у чоловіків (2–4 : 1). Епізоди виникають кожні 3–6 місяців і зазвичай тривають 2–3 дні, максимум – до 6 тиж. У період між епізодами пацієнти почувають себе цілком здоровими і не пред'являють жодних скарг, їхня увага не порушена, когнітивні здібності і психічний статус у нормі [17]. Після 40 років досить часто зустрічається спонтанна ремісія [5].

Н.Н. Торопіна, Г.Г. Яхно [22] повідомляють, що причини і патогенез СКЛ залишаються невідомими. В його розвитку передбачають участь аутоімунних, гормональних, інфекційних і запальних механізмів. Досить частими провокуючими факторами є гострі респіраторні захворювання, більш рідкісними – черепно-мозкові травми, підвищені фізичні або розумові навантаження, психологічний стрес, операції під загальною або місцевою анестезією, включаючи стоматологічні, а також вживання алкоголю, марихуани, зміна часових поясів, сонячний удар, напад геміпаретичної мігрені, у жінок – лактація і менструація [25]. Описано також випадки так званого вторинного СКЛ, асоційованого з інсультом, посттравматичною внутрішньочерепною гематомою, генетичним захворюванням, розсіяним склерозом, гідроцефалією, аутоімунним або тяжким інфекційним енцефалітом, карциномою шийки матки [25].

У ході аналізу можливості участі різних структур головного мозку в патогенетичних механізмах, що обумовлюють клінічні прояви СКЛ, зокрема зазначається, що однофотонна емісійна комп'ютерна томографія в кількох випадках свідчила про таламічну гіпоперфузію. Деякі дослідники висловили припущення, що поява даного синдрому спричинена порушенням функцій лімбічних і гіпоталамічних структур [17].

У хворих з СКЛ спостерігається сплутаність свідомості, дезорієнтація, занепад сил, апатія. Хворі не здатні відвідувати школу або роботу, піклуватися про себе. Характерні когнітивні порушення, можлива амнезія на події, сноподібний стан, деперсоналізація. У деяких пацієнтів виникають зорові і звукові галюцинації, параноїдне і паранояльне марення. Більшість хворих скаржаться, що все навколо здається «не в фокусі», деякі відзначають чутливість до шуму і світла.

У більшості випадків (75%) поза сну у хворих розвивається компульсивна мегафагія (ненажерливість) без почуття насичення. Хворі зазвичай віддають перевагу солодощам і нетиповим продуктам харчування. Приблизно у половини пацієнтів спостерігається гіперсексуальна поведінка (частіше у чоловіків). У чоловіків вона проявляється частою мастурбацією,

непристойною лайкою, самооголенням, сексуальними домаганнями. Жінки схильні до депресивних проявів [17].

Г.Г. Торопіна, Н.Н. Яхно [22] у своїй статті, де наведені докладні відомості про СКЛ, посилаючись на дані інших авторів, повідомляють: «Гіперсексуальність під час загострень СКЛ спостерігається у 43% хворих [25]. У чоловіків це проявляється в мастурбації, оголенні геніталій, непристойній мові. Пацієнти можуть домагатися медичного персоналу та відвідувачів жіночої статі, рідних сестер, дочок і навіть інших чоловіків. Аналогічні симптоми описані у жінок і навіть дітей в препубертатному віці, хоча значно рідше [36, 45, 47, 49]».

S. Hussain і співавтори [30] повідомляють про молодого людину із СКЛ, у якій протягом 8 днів зазначалася аномальна поведінка, що включало зниження тривалості сну і апетиту, гіперсексуальність, агресивність і зорові галюцинації. Всі дослідження у відділенні невідкладної допомоги показали нормальні результати. Був встановлений попередній діагноз епізоду СКЛ із психозом. Пацієнту призначили прийом арипіпразолу по 10 мг 1 раз на день і лоразепаму по 2 мг внутрішньовенно двома поділеними дозами в разі збудження або безсоння. Він був виписаний на 10 мг арипіпразолу, який приймав 1 раз на день, і 2 мг лоразепаму – 2 рази на день за необхідності протягом 2 тиж, щоб впливати на збудження і безсоння. Також пацієнт приймав карбонат літію по 400 мг на ніч. Через 5 днів після виписки він повернувся до преморбідного рівня функціонування.

Гіперсексуальність може бути обумовлена різними **гормональними порушеннями**. А.М. Свядоц [16] вказує, що гіперфункція кори надниркових залоз, наприклад при пухлині, що обумовлює посилене виділення чоловічого статевого гормону (андрогену), може стати причиною виникнення синдрому німфоманії. «Так, у жінки віком 52 років різке посилення статевого потягу стало першою ознакою пухлини кори надниркових залоз. У добовій кількості сечі у неї виявлено значне збільшення вмісту 17-кетостероїдів». Також, як зазначає даний автор, посилення статевого потягу нерідко відзначають у себе жінки, яких лікують великими дозами чоловічих статевих гормонів. Іноді, на його думку, воно виникає у жінок в клімактеричному періоді, що, як він припускає, пов'язане з порушенням гормональної рівноваги між чоловічими і жіночими статевими гормонами, яке виникає у зв'язку з ослабленням гормональної функції яєчників.

Причиною гіперсексуальності можуть стати гормонально активні пухлини яєчників. В.І. Здравомислов і співавтори [4] наводять наступне клінічне спостереження: «А. К., 26 років. Прийшла в клініку з чоловіком, старшим інженером одного із заводів, який розповів наступне: «Ми одружені 1,5 року. Із самого початку статеве життя було дуже інтенсивним, але через деякий час я вже втомився від «медового місяця». Подружні обов'язки мені доводилося виконувати кожен день, позаяк у дружини бажання ставало з кожним днем все сильніше. Всі товариші після вихідного дня приходять на завод відпочилими, свіжими, а я ... Дружина в суботу зустрічає мене біля заводу, приходимо додому, вона замикає квартиру на ключ, вимикає телефон, роздягає мене, замикає костюм в шафу і не відпускає мене до ранку понеділка. В результаті я починаю тиждень розбитим, слабким, з головним болем. Потім стало ще гірше: вона стала приходити на роботу і вимагати статевого акту в службовому кабінеті. Щоб не сперечатися, я іноді погоджувався. Якщо ж я був зайнятий, то дружина йшла на автобусну зупинку, брала першого-ліпшого чоловіка і приводила його на наше ліжко. Це жахливо! Але я її люблю і розумію, що це тяжке захворювання, а не розбещеність. Допоможіть нам зберегти сім'ю!»

Сама А. К. повністю підтвердила слова чоловіка: «Я люблю чоловіка, усвідомлюю аморальність моєї поведінки, але нічого не можу із собою зробити. Це постійне збудження – вище моїх сил!». При гінекологічному огляді – норма. Психотерапія в глибокому гіпнотичному стані дала стійкий ефект. Порушення пройшло, налагодилося нормальне статеве життя. Сім'я була збережена. Через 1,5 року у хворої була видалена кіста правого яєчника. При гістологічному дослідженні діагностовано гормонально-активну пухлину, яка, очевидно, ще не визначаючись пальпаторно, вже надавала такий потужний збудливий ефект. Незважаючи на присутність такої пухлини, психотерапія дала стійкий ефект».

Гіперсексуальність може стати наслідком передменструальних змін і впливу вірлізуючих гормонів у дитячому віці або внутрішньоутробному періоді [25].

Отже, гіперсексуальність може бути наслідком різних розладів. На нашу думку, слід ділити гіперсексуальність щонайменше на дві категорії: справжню гіперсексуальність і сексуальну розгальмованість, коли при нормальному або навіть зниженому рівні вираженості лібідо гіперсексуальна поведінка є результатом відсутності або недостатності стримуючих механізмів (наприклад при деменції).

Відомості про автора

Кочарян Гарнік Суменович – Харківська медична академія післядипломної освіти, 61176, м. Харків, вул. Амосова, 58; тел.: (095) 259-65-23, (098) 521- 61-46. *E-mail: kochargs@rambler.ru*

Information about the author

Kocharyan Garnik S. – Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, 61176, Kharkiv, 58 Amosova str.; tel.: (095) 259-65-23, (098) 521-61-46. *E-mail: kochargs@rambler.ru*

Сведения об авторе

Кочарян Гарник Суменович – Харьковская медицинская академия последипломного образования, 61176, г. Харьков, ул. Амосова, 58; тел.: (095) 259-65-23, (098) 521- 61-46. *E-mail: kochargs@rambler.ru*

ПОСИЛАННЯ

1. Anti-NMDA-retseptornyiy entsefalit. URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Anti-NMDA-retseptornyiy_entsefalit (data obrashcheniya: 04.05.2019).
2. Botneva IL. Sindrom gipotalamicheskoy giperseksualnosti. Chastnaya seksopatologiya: (Rukovodstvo dlya vrachey). Pod red. GS. Vasilchenko. M.: Meditsina. 1983;1:264–68.
3. Volfovskiy OI. Seksualn porusheniya pri psikhichnih zahvoryuvaniyah. Statevi rozladi. Za red. YM. Aptera. Kiyv: Zdorov'ya, 1972. 156–161 p.
4. Zdravymyslov VI, Anisimova ZE, Libih SS. Funktsionalnaya zhenskaya seksopatologiya. Alma-Ata: Kazahstan, 1985. 272 p.
5. Ivanets NN, Tyulpin Yu G, Chirko W, Kinkulnikina MA. Psihiatriya i narkologiya: uchebnik. M.: GEOTAR-Media. 2006. 832 p.
6. Imieliński K. Seksologiya i seksopatologiya: Per. s polsk. M.: Meditsina. 1986. 424 p.
7. Isayev DD. Ob osobennostyakh seksualnosti podrostkov muzh-skogo pola. bolnykh shizofreniyey. Aktualnyye voprosy seksopatologii. M. Meditsina. 1986. 104–106.
8. Kinessa M. Brak pod mikroskopom. Fiziologiya polovoy zhizni cheloveka. Kishinev: Ada. 1990. 184 p.
9. Kocharyan GS. Giperseksualnost. Khar'kov: OOO «DISA PLYUS». 2020. 263 p.
10. Limbicheskaya sistema URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Limbicheskaya_sistema (data obrashcheniya: 03.05.2019).
11. Mezhdunarodnaya klassifikatsiya boleznej (10-j peresmotr). Klassifikatsiya psichicheskikh i povedencheskikh rasstrojstv. Klinicheskie opisaniya i ukazaniya po diagnostike. SPb.: «ADIS». 1994. 304 p.
12. Nohurov A. Narusheniya seksual'nogo povedeniya: sudбно-psihiatricheskij aspekt. M.: Medicina. 1988. 224 p.
13. Nohurov A. Polovye rasstrojstva pri oligofreniyah. Rukovodstvo dlya vrachey. Pod red. G. S. Vasil'chenko. M.: Medicina. 1983;2:172–80.
14. Pogranichnoe rasstrojstvo lichnosti. URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Pogranichnoe_rasstrojstvo_lichnosti (data obrashcheniya: 23.05.2019).
15. Svet-Moldavskaya ED. Osobennosti gormonal'nyh narushenij u zhenschin, stradayushchih epilepsiej, ih terapiya. Voprosy kliniki i terapii psichicheskikh zabolevanij. 1960. 248–57 p.
16. Svyadoshch AM. Zhenskaya seksopatologiya. Izdanie pyatoe, pererab. i dopol. Kishinev: SHTiica. 1991. 184 p.
17. Sindrom Klejne-Levina. URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Sindrom_Klejne_-_Levina#CITEREFRamdurg2010 (data obrashcheniya: 09.05.2019).
18. Sindrom Klyuvera-B'yusi. URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/Sindrom_Klyuvera_-_Byusi (data obrashcheniya: 09.05.2019).
19. Sultanov Gadzha Aga Gashum ogy. Seksual'nye narusheniya v klinike shizofrenii i ih dinamika: avtoref. dissertatsii na soiskanie uchenoj stepeni doktora meditsinskih nauk. Baku. 1972. 29 p.
20. Tatlaev N Sh. Klinika seksual'nyh rasstrojstv u muzhchin, stradayushchih maniakal'no-depressivnym psihozom: avtoref. dis. ... kand. med. nauk: 14.00.18. 1984. 24 p.
21. Tatlaev NSh. Seksual'nye narusheniya u muzhchin, stradayushchih maniakal'no-depressivnym psihozom. Chastnaya seksopatologiya: rukovodstvo dlya vrachey. Pod red. G.S. Vasil'chenko. T. 2. M.: Medicina. 1983. 160–72.
22. Toropina GG, YAhno NN. Sindrom Klejne-Levina. Sovremnyye dannye i opisaniye trekh sluchaev. Neurologicheskij zhurnal. 2016;4:202–12.
23. Absher JR, Vogt BA, Clark DG, Flowers DL, Gorman DG, Keyes JW, Wood FB. Hypersexuality and hemiballism due to subthalamic infarction. Neuropsychiatry Neuropsychol Behav Neurol. 2000;13(3):220–9.
24. Andersen B, Kawa B. [Kleine-Levin syndrome is a diagnostic challenge] [Article in Danish]. Ugeskr Laeger. 2012;174(43):2638–9.
25. Arnulf I, Zeitzer JM, File J, Farber N, Mignot E. Kleine-Levin syndrome: a systematic review of 186 cases in the literature. Brain. 2005;128 (Pt 12):2763–76. DOI: 10.1093/brain/awh620
26. Chughtai B, Sciuolo D, Khan S, Rehman H, Mohan E, Rehman J. Etiology, diagnosis & management of Hypersexuality: a review. The Internet Journal of Urology. 2009;6(2). DOI: 10.5580/1231. URL: <http://www.ispub.com/journal/the-internet-journal-of-urology/volume-6-number-2/etiology-diagnosis-amp-management-of-hypersexuality-a-review.html> (the date of the reference: 11.10.2012).
27. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. United States: American Psychiatric Association. 2013. 947 p.
28. Gondim FA, Thomas FP. Episodic hyperlibidinisism in multiple sclerosis. Mult Scler. 2001;7(1):67–70.
29. Hanada H, Akiyoshi J, Kanehisa M, Ishitobi Y, Tsuru J, Tanaka Y, Shimomura T, Kawano Y. Hippocampal Agenesis in an Individual who Engaged in Violent Criminal Behaviors After Discontinuing Carbamazepine and Paroxetine Treatment. J Fo-rensic Sci. 2013. 58;(1):255–8. DOI: 10.1111/j.1556-4029.2012.02248.x.
30. Hussain S, Al Jarman K, Hussain S. Sleeping beauty syndrome presenting with insomnia. 2018. BMJ Case Rep. pii: bcr-2018-225873. DOI: 10.1136/bcr-2018-225873.
31. Huws R, Shubsachs AP, Taylor PJ. Hypersexuality, fetishism and multiple sclerosis. Br J Psychiatry. 1991;158:280–1.
32. Hypersexuality. URL: <https://en.wikipedia.org/wiki/Hypersexuality> (the date of the reference 02.03.2019).
33. Jhanjee A, Anand KS, Bajaj BK. Hypersexual features in Huntington's disease. Singapore Med J. 2011;52(6):e131–3.
34. Kaufman David Myland, Geyer Howard L., Milstein Mark J. 2018. Chapter 16. Neurologic Aspects of Sexual Function. Kaufman's Clinical Neurology for Psychiatrists. 8th Edition. Elsevier. 347–359.
35. Kaufman David Myland, Milstein Mark J. Chapter 16. Neurologic Aspects of Sexual Function. Kaufman's Clinical Neurology for Psychiatrists. 7th Edition. Saunders. 2013. 351–63.
36. Kesler A, Gadoth N, Vainstein G, Peled R, Lavie P. Kleine – Levin syndrome (KLS) in young females. 2000;23(4):563–7.
37. Lippe S, Gonin-Flambois C, Jambaqué I. Chapter 135. The neuropsychology of the Klüver–Bucy syndrome in children. Hand-book of Clinical Neurology. Pediatric Neurology, Part II., Volume 112. 1st Edition (Eds. Olivier Dulac, Maryse Lassonde, Harvey B. Sarnat). Elsevier. 2013. 1285–8.
38. Metin SZ, Ozmen M, Ozkara C, Ozmen E. Hypersexuality in a patient with epilepsy during treatment of levetiracetam. Seizure. 2013;22(2):151–2. DOI: 10.1016/j.seizure.2012.11.002.
39. Miglis MG., Guilleminault C. Kleine–Levin syndrome: a review. Nat. Sci. Sleep. 2014;6:19–26.
40. Miller BL, Cummings JL, McIntyre H, Ebers G, Grode M. Hypersexuality or altered sexual preference following brain injury. J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry. 1986;49(8):867–73. DOI: 10.1136/jnnp.49.8.867
41. Monga TN, Monga M, Raina MS, Hardjasudarma M. Hypersexuality in stroke. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 1986;67(6):415–7.
42. National Institute of Neurological Disorders and Stroke. «NINDS Klüver-Bucy Syndrome Information Page». Retrieved 2009-10-10.
43. Orasanu B, Frasure H, Wyman A, Mahajan ST. Sexual dysfunction in patients with multiple sclerosis. Mult Scler Relat Disord. 2013;2(2):117–23. DOI: 10.1016/j.msard.2012.10.005.
44. Ortego Neil, Miller Bruce L, Itabashi Hideo, Cummings Jeffrey L. Effects of Dextedrine on Performance Consistency Following Brain Injury. URL: https://journals.lww.com/cogbehavneuro/Abstract/1993/10000/Altered_Sexual_Behavior_with_Multiple_Sclerosis_A.9.aspx (the date of the reference: 12.05.2019).
45. Pike M, Stores G. Kleine–Levin syndrome: a cause of diagnostic confusion. Arch. Dis. Child. 1994;71(4):355–7.
46. Robinson KM. Understanding hypersexuality: a behavioral disorder of dementia. Home Healthcare Nurse. 2003;21(1):43–7.
47. Sagar RS, Khandelwal SK, Gupta S. Interepisodic morbidity in Kleine–Levin syndrome. Br. J. Psychiatry. 1990;157:139–41.
48. Sakamoto H, Hirano M, Samukawa M, Ueno S, Maekura S, Fujimura H, Kuwahara M, Hamada Y, Isono C, Tanaka K, Kusunoki S, Nakamura Y. Details of Treatment-Related Difficulties in Men with Anti-N-Methyl-D-Aspartate Receptor Encephalitis. Eur Neurol. 2012;69(1):P.21–6.
49. Salter MS, White PD. A variant of the Kleine–Levin syndrome precipitated by both Epstein–Barr and varicella–zoster virus infections. Biol. Psychiatry. 1993;33(5):388–90.
50. Series Hugh, Décano Pilar. Hypersexuality in dementia. Advances in Psychiatric Treatment. 2005;11(6):424–31.
51. Spinella M. Hypersexuality and dysexecutive syndrome after a thalamic infarct. Int J Neurosci. 2004;114(12):1581–90.
52. Tang-Wai D, Lewis P, Boeve B, Hutton M, Golde T, Baker M, Hardy J, Michels V, Ivnik R, Jack C, Petersen R. Familial frontotemporal dementia associated with a novel presenilin-1 mutation. Dement Geriatr Cogn Disord. 2002;14(1):13–21.
53. Uitti Ryan J, Tanner CM, Rajput AH, Goetz CG, Klavans HL, Thiessen B. Hypersexuality with antiparkinsonian therapy. Clinical Neuropharmacology. 1989;12(5):375–83. DOI:10.1097/00002826-198910000-00002
54. Vogel HP, Schiffer R. Hypersexuality: A complication of dopaminergic therapy in Parkinson's disease. Pharmacopsychiatry. 1983;16(4):107–10. DOI:10.1055/s-2007-101745
55. Walker FO. Huntington's disease. Lancet. 2007;369(9557):218–28. DOI:10.1016/S0140-6736(07)60111-1
56. Yang CC, Severson B, Bowen JD. Hypersexual sensations and behavior in a multiple sclerosis exacerbation: a case report. International Journal of Impotence Research. 2004;16(4):382–4.
57. Zencius A, Wesolowski MD, Burke WH, Hough S. Managing hypersexual disorders in brain-injured clients. Brain Inj. 1990;4(2):175–181.

Стаття надійшла до редакції 14.04.2021. – Дата першого рішення 20.04.2021. – Стаття подана до друку 24.06.2021