

Карл Ф. Штифтер

СЕКСОЛОГИЯ ВАГИНАЛЬНОГО ОРГАЗМА

или

**что нужно знать женщине, чтобы расширить диапазон своих
ощущений**

(выдержки из книги)



Вена 2005 г.

Посвящается всем пользователям мышечного тренажера для клинического оргазма
С.О.М.Е.

Оргазм как высшая точка половых отношений

Целью написания этой книги, основанной на 25-летнем опыте работы автора в качестве терапевта и сексолога, является систематизация основных знаний, которые могут помочь женщинам в достижении оргазма при половом сношении.

Согласно оценкам, около 10 % женщин страдает полной аноргазмией (Bancroft, 1985г., стр. 199). Это означает, что, несмотря на наличие необходимых ситуативных условий и правильной стимуляции, они не могут испытать оргазм ни при мастурбации, ни при петтинге, ни во время полового акта. Доля женщин, которые не могут достичь оргазма во время полового акта, но вполне способных испытать его, занимаясь другими видами сексуальной активности, превышает 60 %. Считается, что такие женщины страдают *коитальной* или *вагинальной* аноргазмией.

Согласно Зигмунду Фрейду у девочки “основной эрогенной зоной является ее клитор. Но это не должно оставаться так и в дальнейшем, с ее взрослением и достижением женской зрелости, клитор должен полностью или частично уступить влагалищу свою роль чувственной плоти” (1932г., стр. 126). Другими словами, “зрелым” оргазмом следовало считать именно *вагинальный* оргазм, а женщин, способных к достижению только *клиторного* оргазма, трактовать как психосексуально незрелых. Это высказывание Фрейда стало для многих женщин причиной для страданий и комплексов, связанных с необходимостью «сексуально соответствовать». С момента появления этой фразы и по сей день не утихает тягостная и бессмысленная дискуссия на тему того, какой оргазм следует считать “правильным”. Героиня фильма Вуди Аллена “Манхэттен” весьма удачно подчеркивает нелепость этой дискуссии, говоря: “*Наконец-то я испытала оргазм, но доктор сказал мне, что это был неправильный тип оргазма.*”

В оргазме участвует вся триада – человеческое тело, сознание и душа. Решающими факторами являются оптимальное сексуальное возбуждение и устранение внутренних запретов. Это означает, что “правильным” оргазмом следует считать *просто сексуальный* оргазм! И есть только один способ его оценки, а именно, глубокое удовлетворение, которое мы ощущаем независимо от того, где и как это происходит. Науке никогда не удастся полностью раскрыть все тайны, даже после того, как будут исследованы все выделения гениталий, рассечен каждый нервный канал и изучен каждый слой слизистой оболочки. Все равно секс сохранит свою таинственность

Статистически подтверждено, что наиболее часто к оргазму приводит возбуждение клитора. Также является неоспоримым и тот факт, что 66 % из 1 243 участвующих в опросе женщин подтвердили, что им приходилось испытывать приятные ощущения в чувствительной области влагалища (Kaplan, Sager and Schiavi, 1989 г.). Средний возраст тех, кто сам испытал чувствительность этой

области, составлял 27 лет. Складывается впечатление, что после достижения половой зрелости большинству женщин потребовалось почти десятилетие для развития подобных чувственных способностей. Как бы то ни было, доказанным фактом является то, что при оргазме, вызванном стимуляцией влагалища, оказываются задействованы совсем другие сенсорные нервные цепи, чем при клиторном оргазме. В первом случае, это подчревное нервное сплетение (*plexus hypogastricus*) и нервы тазового сплетения (*nervi pelvici*), тогда как во втором задействованы срамные (или пудендалные) нервы (Beverly Whipple & John Perry, 1981г.). Кроме того, возбуждение G- точки приводит к более интенсивным сокращениям вагинальных мышц (Perry, 1984 г.)...

В большинстве случаев, основными причинами аноргазмии являются психологические блокировки. Последние чаще всего возникают в результате сознательных или бессознательных конфликтов, под действием необъяснимых страхов или неприятных предчувствий, которые мешают женщине раскрепоститься и отдаться своим желаниям. Здесь главную роль играют фобии: всякого рода страхи и опасения. Подобные страхи не всегда имеют невропатическую природу, типа боязни нежелательной беременности. К ним также относятся чувства беспокойства, например, боязнь разбудить детей, спящих неподалеку от супружеского ложа, или ощущение того, что исчезла гармония отношений между партнерами вне постели. Когда женщина испытывает проблемы с достижением оргазма в подобных условиях, у нее отсутствуют симптомы каких-либо невропатических сексуальных нарушений, точно также как и в случае *коитальной аноргазмии*, которая имеет место только по причине преждевременной эякуляции мужчины-партнера и нехватки времени у женщины для достижения пика сексуального возбуждения. Поэтому, анализируя неудачи в достижении оргазма, следует рассматривать весь комплекс проблем: “мужские качества” сексуального партнера, состояние отношений этой пары в целом, а также ситуативный фактор. Точно так же, проблему мужской импотенции нельзя рассматривать обособленно без учета той роли, которую играет женщина-партнер в сексуальных отношениях конкретной пары.

Основная установка на достижение оргазма звучит так: доведите свое сексуальное возбуждение до максимума, а табу – до минимума! В случае общей аноргазмии основной блокировкой является страх потерять над собой контроль и уступить своим сексуальным желаниям, которые еще в детстве отпечатались в сознании как скверные, греховные, грязные или опасные. Кроме того, данная проблема может иметь и социальные корни: женщина никак не может раскрепостить свое сознание, поскольку испытывает кризис самовыражения – никак не может найти свое место в жизни. Например, когда она бунтует против той роли, которая ей предписана патриархальным укладом общества. Явные и тайные агрессивные настроения и чувства по отношению к мужчинам могут уничтожить основу доверия, которое является необходимым для того, чтобы женщина «могла дать себе волю». В этом контексте женщины могут в борьбе за свою эмансипацию столкнуться и с другими противоречиями. Например, может возникнуть конфликт между двойственными чувствами: стремлением женщины к независимости, с одной стороны, и с другой стороны мечтаниями о том, чтобы «сильный мужчина овладел ею».

Публикация Графенберга и ее последствия

Статья Эрнста Графенберга, датированная 1950 годом, послужила первым отчетом о наличии очень чувствительного участка (пятна) на передней стенке влагалища.

Этот немецкий гинеколог родился 26 сентября 1881 года в г. Аделебсене близ Геттингена (Германия), в 1940 году эмигрировал в Америку, где и умер в 1957 году. Он опубликовал статью объемом в четыре страницы в международном сексологическом журнале (*The International Journal of Sexology*) о роли уретры в женском оргазме. Опубликование этой работы имело весьма неожиданные последствия для развития современной сексологии. Поскольку этот журнал издавался только в Бомбее, доступ к этой публикации оказался весьма ограниченным, а научный мир еще тридцать лет не подозревал о ее существовании. Поэтому оригинал статьи прочли очень немногие. Это привело к фатальному недоразумению, которое я попытаюсь пояснить.

Графенберг писал: *“Эротическую зону всегда можно было обнаружить на передней стенке влагалища вдоль уретры... Женщины, тестируемые таким способом, всегда определяли момент, когда палец соскальзывал с уретры, по снижению своего полового возбуждения. Во время оргазма эта область выпячивалась навстречу пальцу подобно маленькой грыже мочевого пузыря, высовывающейся во влагалищный канал”* (Графенберг, 1950 г.; стр. 146)

Из этого отрывка явно следует, что Графенберг описывает весь участок передней стенки влагалища, вдоль которого расположена уретра длиной 3 см, как высоко эрогенную зону. Далее, однако, следует самая главная фраза: *“... Особо возбудимая часть находится в области задней уретры, где последняя выходит из шейки мочевого пузыря.”* Именно эту часть влагалища исследователи Джон Перри и Беверли Виппл назвали точкой Графенберга в честь этого автора.

При выполнении обзора всех относящихся к данной теме исследований неизбежен вопрос: почему авторы так долго не замечали или игнорировали влагалище как источник удовольствия. Одно из возможных объяснений заключается в методике исследований, применяемой пионером современной сексологии Альфредом Кинси, отчет о которой сделал его знаменитым. В 50-ых годах он и его группа исследователей попытались определить, какие части женских гениталий являются наиболее сексуально возбудимыми. Три мужчины и две женщины-гинеколога выполнили тестирование более чем 800 женщин, исследуя шестнадцать определенных точек женских половых органов, включая клитор, большие и малые половые губы, слизистую поверхность влагалища и вход в матку. Для того, чтобы избежать обвинений в использовании порнографического и псевдонаучного подхода, команда Кинси провела свою инновационную работу с использованием подчеркнуто клинических и объективных методик. Для прикосновения к вышеуказанным зонам использовались стеклянные и металлические зонды – с марлевыми

наконечниками или без. Поскольку, однако, G-точка реагирует только на сильное давление, а не на мягкое прикосновение, Кинси соответственно пришел к выводу, что влагалище является фактически глухим к прикосновениям. 86% тестируемых женщин даже не замечали, когда прикасались к этому месту! Является ли такая реакция неожиданной в свете подобного поверхностного и непродуктивного подхода? Тем не менее, Кинси поспешил сделать следующий вывод: *“В связи с наличием доказательств того, что стенки влагалища являются, как правило, нечувствительными, является очевидным, что удовлетворение, получаемое от влагалищного проникновения должно зависеть от некоторого механизма, который находится вне влагалищных стенок”* (Kinsey, 1953 г.; с. 581).

Пионеры сексуальных исследований 1960-ых годов Уильям Мастерс и Вирджиния Джонсон осуществили дальнейшее развитие этого тезиса. На основании результатов исследований Кинси, они использовали в качестве предпосылки для своей работы тезис о том, что клитор является единственным источником женского возбуждения. Добровольные участники их испытательной программы были отобраны по критерию их способности получения оргазма путем возбуждения клитора. (Masters&Johnson, 1966 г.).

Как писал Графенберг: *“По всему телу человека распределены бесчисленные эрогенные точки, возбуждение которых может привести к сексуальному удовлетворению; эти точки так многочисленны, что можно с большим правдоподобием утверждать: нет такой части женского тела, которая не отвечала бы на сексуальное стимулирование, - партнеру нужно лишь найти эти эрогенные зоны”* (Gräfenberg, 1950 г.; с. 145).

Для многих мужчин мог бы послужить утешением тот факт, что даже Кинси и его команда оказались неспособными найти G-точку – и совсем не потому, что ее не существует. Согласно старой поговорке, искать надо не там, где светло, а там, где потерял...

Во время полового акта клитор только косвенно стимулируется. Нарастанию сексуального возбуждения начинает препятствовать то обстоятельство, что по мере возбуждения женщины ее влагалище значительно удлиняется - до 30 %, а ее внутренняя часть расширяется на две трети (*эффект вздутия*) (Singer-Kaplan, 1974 г.; с. 8). Кроме того, передняя стенка влагалища также выгибается в виде арки, образуя сводчатую полость (*тентовый эффект*) (Masters&Johnson, 1970 г. -b; с. 76, 79).

Из этого можно было бы заключить, что достижение оргазма фактически затрудняется по мере роста возбуждения женщины, если только пенис не обеспечивает достаточного возбуждения *G-точки* как ключевой эрогенной области влагалища. Это особенно заметно в случае вялости и слабости так называемой мышцы Кегеля (лонно-копчиковой мышцы) - т.е. части тазового дна, окружающего влагалище (рис. 24); другими словами, в этом случае влагалище охватывает пенис как бы тонким кольцом, а не широкой и плотной манжетой (Kahn-Ladas, Whipple and Перри, 1982 г.; с. 93.). Этот случай именуется *синдромом потери пениса*.

Данный синдром может привести к такому снижению возбуждения мужчины, что во время полового акта исчезает эрекция пениса. С другой стороны, это может

привести к аноргазмии женщины, так как отсутствует достаточный контакт между G-точкой и пенисом. Это является обоснованием часто обнаруживаемой корреляции между способностью к достижению оргазма и силой мышцы Кегеля.

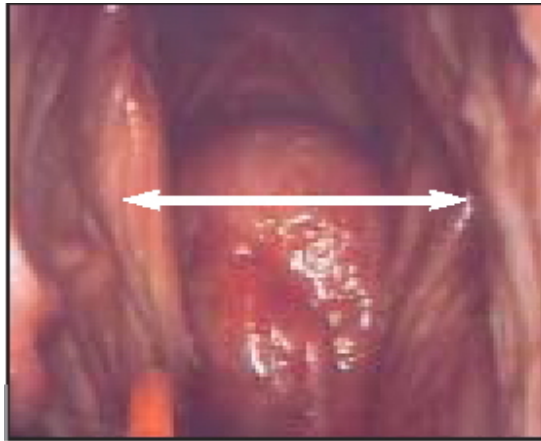


Рис. 21: Эффект раздувания влагалищных стенок

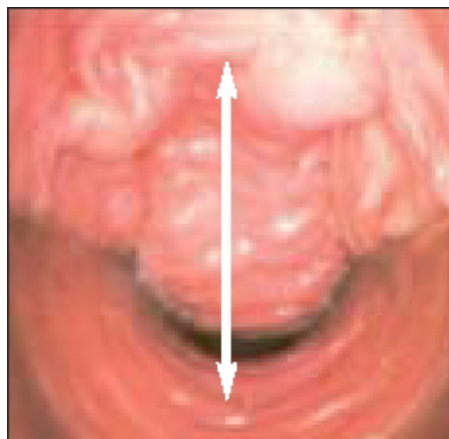


Рис. 22: Тентовый эффект оседания влагалищных стенок

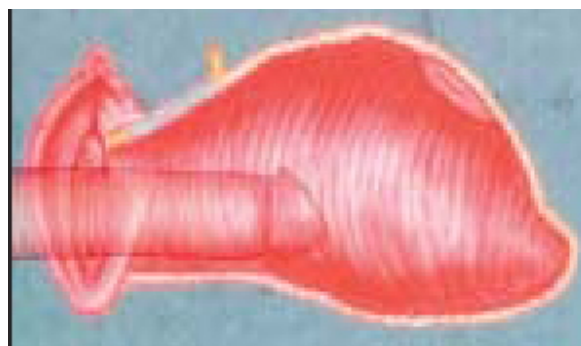


Рис. 23: Эффект «потери пениса»

Любовная мышца

На основании трех тысяч диагнозов, Арнольд Кегель еще в 1952 году обнаружил, что ощущения сексуального возбуждения во влагалище тесно связаны с лонно-копчиковой мышцей и, таким образом, путем специальной тренировки последней можно добиться усиления этих ощущений (Kegel, 1952 г. - а; стр. 522).

В последующие десятилетия эти результаты были подтверждены рядом исследователей (например, Rudinger Edwin A., 1976 г.; Meier Evelyn, 1977 г.; Graber Benjamin & Kline-Graber Georgia, 1979 г.; Perry John D. & Whipple Beverly, 1981 г.; Kline Georgia, 1982 г.; Lavoisier Pierre, 1982 г.; Huey Candance J. et al., 1982 г.; Eicher Wolf, 1991 г.; Graziottin Alessandra, 2000 г.; Beji Nezihe K. et al., 2003 г.; и т.д.).

Команда сексологов в составе супругов Граберов проанализировала результаты тестирования 281 женщины, которые были разделены на три группы. Первая группа вообще не испытывала оргазм, вторая - испытывала оргазм при возбуждении клитора, а третья - могла также испытать оргазм во время полового акта. Женщины из последней группы отличались значительно более развитыми влагалищными мышцами. Кроме того, последние были наименее развитыми в первой группе, состоящей из только из женщин, никогда не испытывающих оргазм. Средние уровни внутривлагалищного давления в группах 1, 2 и 3 соотносились между собой как 7:12:17. Для измерения внутривлагалищного давления использовался перинеометр: с помощью этого аналогичного манометру прибора нагнетался воздух в надувной шар, помещаемый во влагалищную полость, и регистрировалось давление, создаваемой влагалищными стенками.

Исследователь Эйхер измерил влагалищное давление 130 женщин. На рис. 25 показано, в группе женщин с уровнем влагалищного давления выше 10 мм ртутного столба частота достижения оргазма была в три раза выше, чем у женщин, которые не могли создать столь высокое влагалищное давление.

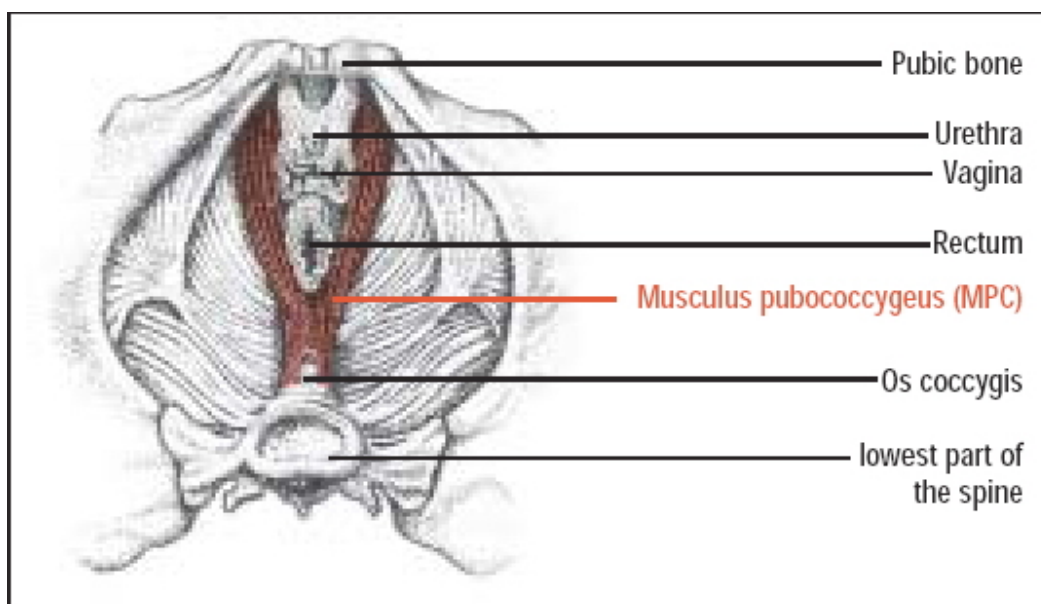


Рис. 24: Лонно-копчиковая мышца

Мышцы в верхнем слое тазового дна оказывают значительное влияние не только на влагалищные ощущения, но и на способность к эрекции пениса и клитора (De Lancey, 1994 г., Van Kampen, 2000 г.). Предполагается, что сокращения тазового дна выполняют главную триггерную функцию для достижения оргазма. Согласно Шерфи (Sherfey, 1974 г.) оргазм является рефлекс, приводимый в действие активацией в тазовых мышцах растягивающих рецепторов или так называемых мышечных веретен. При половом возбуждении лонно-копчиковая мышца расширяется, поскольку гениталии все более и более заполняются кровью. Исследователь Мулд (Mould, 1980 г.) писал, что основной эффект этого дополнительного притока крови состоит в усилении чувствительности мышечных веретен с тем, чтобы динамический рефлекс расширения обеспечил необходимые условия для оргастических сокращений.

Этот механизм предполагает, что за счет сжатия тазового дна снижается приток крови, что может привести к снижению способности к оргазму (Shafik, 2000 г.). Это также может послужить фактором, вызывающим болезненные ощущения при половом акте. В определенном случае мышцы так сильно сокращаются, что делают невозможным половой акт. Кроме того, результатом слишком длительного сокращения тазового дна может оказаться проникновение в него вкраплений соединительной ткани. А это, в свою очередь, может также привести к снижению эластичности и способности к сокращениям тазового дна.

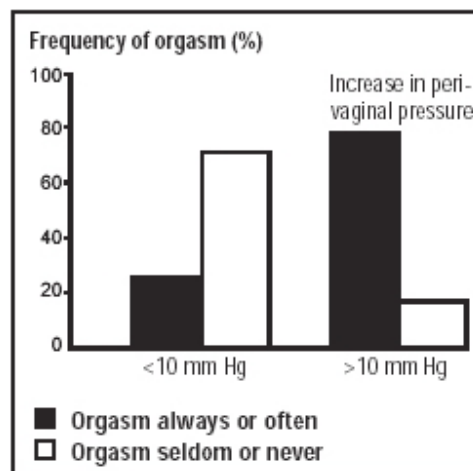


Рис. 25: Интенсивность оргазма и частота его достижения

Исторически так сложилось, что основное внимание всегда уделялось лонно-копчиковой мышце. До появления работы Арнольда Кегеля основное внимание фокусировалось на усилении сексуального удовольствия мужчины. В известном арабском трактате по искусству любви под названием «Душистый сад», написанном в 1450 году, часто упоминается женская «джабеда» (*jabeda*), которая переводится как «сосущее движение». «Полное сексуальное удовлетворение зависит только от одного фактора: самое главное, чтобы влагалище могло

совершать всасывающие движения... Ее *джабеда* повергла меня в трепет, ” писал арабский мудрец Абу Абдулла Мухаммед Нафзави (перевод 2002 г.).

Примерно в то же время древнеиндийский автор Калаянамалла (Kalayānamalla) столь же восторженно отзывался о мышце любви. В своем трактате о любви “Ананга-Ранга” он рекомендует женщинам сжимать мышцы влагалища так, чтобы они плотно охватывали лингам (пенис), затем уменьшить давление и повторить это сокращение; одним словом, уподобиться руке *Гопалы*, которая доит корову. Для овладения этим навыком требуется длительная практика и полная концентрация на этом органе. Аналогичный процесс может использоваться женщиной для обострения чувств - слуха и осязания. Тогда муж этой женщины будет ценить выше других жен и не променяет ее даже на самую красивую *рани* (принцессу) всех трех миров. Столь драгоценным даром почитают мужчины сжимающуюся йони (вагину) (Kalayānamalla, 1500 г.; перевод 1985 г.; стр. 147).

Согласно исследованиям Медицинским колледжа штата Вирджиния, лишь 49% женщин, прослушавших краткий инструктаж по упражнениям Кегеля, правильно делают эти упражнения. Это означает, что лишь половина женщин может сокращать соответствующие мышцы без существенного проявления так называемого эффекта Вальсальвы (Valsalva), который заключается в задерживании дыхания при сокращении брюшных мышц. Более того, у 25% женщин напряжение мышц при попытке применить эту методику приводило к усиленному мочеиспусканию, а не наоборот. Следовательно, помимо детального инструктажа решающую роль играет обратная связь. Тренинг может быть эффективным только при наличии какого-либо индикатора, показывающего, что задействуются именно нужные мышцы (Bump et al., 1991 г.). Кроме того, этот тезис подкрепляется тем фактом, что 10 % женщин не смогли вообще добиться сокращения лонно-копчиковой мышцы (Hartmann и Fithian, 1972 г.; с. 83). Прежде всего, женщины должны изучить эти мышцы. Если женщина имеет слабое представление о своей лонно-копчиковой мышце, то до начала тренинга ей рекомендуется провести самопроверку. Для этой цели вполне подходит *гинекологическая трансвагинальная пальпация*:

Введите указательный или средний палец на 3 – 4 см во влагалище и исследуйте его поверхность в окружном направлении. Согните палец и прощупывайте его кончиком стенку влагалища с интервалом в 1 см, продвигая его от входа во влагалище к шейке матки. Напрягите вашу лонно-копчиковую мышцу, и попытайтесь кончиком пальца почувствовать ее сокращение. Кегель утверждает, что нормально развитая лонно-копчиковая мышца может быть толщиной в три пальца, а слаборазвитая - может иметь толщину карандаша. Прощупывая свою влагалищную стенку с интервалом в 1 см, вы сможете быстро найти эту мышцу и самостоятельно исследовать ее (Schlüssler et al., 1994 г.).



Рис. 26: Трансвагинальная пальпация

Бессознательная взаимосвязь между удовольствием и лонно-копчиковой мышцей

Каждая женщина автоматически и подсознательно сокращает свою лонно-копчиковую мышцу каждый раз, когда видит что-нибудь возбуждающее. Например, когда тестируемым женщинам, способным к достижению оргазма, показывали слайд, который они воспринимали как весьма эротический, то эта субъективная оценка объективно подтверждалась сужением лонно-копчиковой мышцы и наоборот, то есть отсутствие каких-либо сокращений свидетельствовало о об отсутствии эротического эффекта. Однако эта корреляция отсутствует у женщин, имеющих проблемы с достижением оргазма. В этом случае, как это ни парадоксально, сокращения лонно-копчиковой мышцы иногда регистрируются даже тогда, когда воспринимаемая картинка совершенно не возбуждает женщину (Perгу, 1995 г.). То есть тело реагирует, а мозг не осознает эту физическую реакцию.

Голландский сексолог Эллен Лаан и ее команда также сообщают об этом любопытном несоответствии, отмеченном на другом физиологическом уровне. Для объективной оценки эффекта полового возбуждения Эллен Лаан использовала методику VPA (измерение амплитуды модуляции вагинальной пульсации), при которой измерялся прилив крови к стенкам влагалища - чем выше кровоток, тем выше амплитуда пульса во влагалищной области. При этом было сделано то же заключение, что и работе Перри, относительно сокращений лонно-копчиковой мышцы. Несоответствие между субъективным чувственным восприятием и измеряемой генитально-физиологической реакцией меньше у женщин с опытом вагинального оргазма, чем у женщин, достигающих оргазм при других видах сексуальной стимуляции (Brody, 2003 г.).

С терапевтической точки зрения, этот феномен свидетельствует о том, что достижение оргазма зависит не только от развитости лонно-копчиковой мышцы, но и от того, может ли “формирование полового рефлекса” исправить несоответствие между влагалищной реакцией и осознанным сексуальным возбуждением. Поэтому за счет тренировки своей лонно-копчиковой мышцы женщина не только развивает эту мышцу, но и регулярно фокусирует свое внимание на ощущениях в тазовом дне и, соответственно, в большей степени осознает значение этой мышцы для своего тела. Тем самым создается физическая предпосылка для развития способности сексуальной гармонизации и возбуждаемости. С учетом этого, упражнения любовной мышцы следует по возможности сочетать с возбуждающими сексуальными фантазиями. Эти образы

приобретают тем большую объемность, чем больше органов чувств они затрагивают.

В конечном счете, оргазм заключается в единении тела, сознания и души.

Китайский термин для описания промежности (тазового дна) - *Гуй-инь (Hui-Yin)*, означает точку накопления всей энергии Инь, или нижнюю точку встречи энергий. Это место также называют воротами жизни и смерти. *Центр Гуй-Инь* расположен точно посередине промежности между задним проходом и гениталиями (рис. 27). Согласно традициям даосизма, влагалище – это главные ворота жизненной силы. Основная энергия жизни *Ци (Chi)* может легко истощиться в этой точке и ухудшить функционирование всех органов. Стенки влагалища, более крепкие в молодости или после отдыха, начинают провисать от усталости и с возрастом. Одно только это обстоятельство является достаточной причиной для укрепления лонно-копчиковой мышцы с тем, чтобы сохранить поток энергии *Ци*, который в форме сексуальной энергии также называют *кундалини* (Mantak Chia, 2002 г.).



Рис. 27: Энергетический центр Гуй-Инь

Оптимальная тренировка лонно-копчиковой мышцы с помощью вагинального тренажера С.О.М.Е.

Несомненно, трудно придумать более скучное занятие, чем бесконечная и монотонная тренировка мышц. Арнольд Кегель рекомендовал выполнять упражнения лонно-копчиковой мышцы по его методике 3 раза в день в течение 20 минут (Hartmann 1972; стр. 87). Это равносильно занятиям триатлоном в течение одного часа в день! Примерно такой же график тренировок рекомендует женщина-сексолог Бриттон: “указанный промежуток времени... - небольшая цена, которую следует заплатить за чудесное чувство подъема, которое Вы ощутите даже после одного комплекса упражнений...” (Britton, 1982 г., стр. 108). Она рекомендует делать 300 сокращений мышцы в день в течение всей жизни!

Одна из наиболее несуразных рекомендаций, свидетельствующих о полном отсутствии понимания традиционных методов тренировки мышц, была сделана Мартикой Хинер (Martica Heaner, 1999 г.). Она предложила делать до 300 сокращений два раза в день, причем максимальная длительность каждого сокращения составляет 5 секунд (стр. 62). Это соответствует суммарной длительности мышечных сокращений, равной 50 минутам. Если добавить продолжительность пауз между индивидуальными сокращениями, которые

должны быть в два раза более длительными, чем сами сокращения, то эти рекомендации сводятся к занятиям триатлоном по 2.5 часа в день! Любопытно, что название вышеуказанной книги - “Тайны секса за семь минут ...”

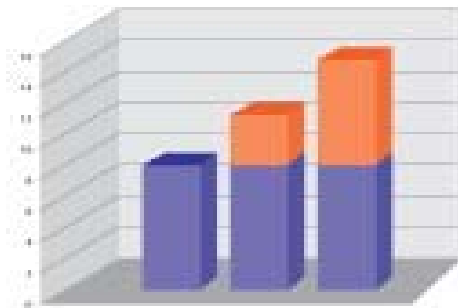
Мышцы тазового дна на 70 - 95% состоят из “медленных” волокон и, соответственно, доля «быстрых» волокон является значительно меньшей. Волокна первого типа менее поддаются развитию, а скорость, с которой они накачиваются, меньше по сравнению с «быстрыми» волокнами, однако при этом они сохраняют более длительную прочность. (Gosling et al., 1981 г.). При специальной тренировке мышц следует принять во внимание различные особенности и относительную долю этих типов волокон. В одной и той же рекомендации должно быть указано необходимое количество, интенсивность и продолжительность сокращений тренируемой мышцы за одну тренировку, рекомендуемые перерывы между сокращениями и количество тренировок в день. Таким образом, для укрепления слабых мышц тазового дна необходимо улучшать путем тренировки различные характеристики их прочности и добиваться получения их оптимальной комбинации для наилучшего физического состояния.

Согласно Шмидтблейхеру (Schmidtbleicher, 1994 г.) при тренировке мышц при уровне нагрузки 60 - 80% от максимально допустимой нагрузки достигается только повышение прочности мышц в результате увеличения их массы. При этом нормальным является выполнение упражнения 8-10 раз за один сеанс тренировки. Однако, повышение только мышечной прочности является недостаточным для тренировки мышц тазового дна. Важная динамическая характеристика функциональности мышц тазового дна - способность быстро реагировать и оказывать мгновенное сопротивление внезапному давлению (возникающему, например, при кашле, чихании, резком подскоке). Помимо тренировок, направленных на повышение мышечной прочности, внутримышечной координации и выносливости, также следует уделить внимание тренировке быстрой реакции, для чего необходимо выполнять упражнения, состоящие из коротких серий быстрых и интенсивных сокращений мышц. В связи с этим, рекомендации по выполнению упражнений Кегеля с нормой до 300 сокращений в день мало соответствуют представлениям современной спортивной медицины.

В течение последних нескольких десятилетий ученые неоднократно пытались оптимизировать тренировку лонно-копчиковой мышцы. Постепенно они все более убеждались в необходимости обратной связи для того, чтобы убедиться в том, что при тренировке напрягаются именно те мышцы, которые должны быть развитыми. На основании результатов моей многолетней сексологической практики, был разработан вагинальный тренажер С.О.М.Е. (Clinical Orgasm Muscle Exercizer или Тренажер Мышц для Клинического Оргазма), в котором сочетаются все преимущества современного тренировочного оборудования (подробности – на сайте www.C.O.M.E..com). В результате применения этого тренажера продолжительность тренировки может быть снижена в пять, а иногда и в десять раз, при том же уровне эффективности. Вместо мышечных тренировок с холостой нагрузкой, тренажер С.О.М.Е. дает возможность нагружать лонно-копчиковую мышцу упругой, индивидуально

подобранной для оптимального мышечного развития нагрузкой. Этот принцип, на основе которого организованы ускоренные интенсивные тренировочные курсы, гарантирует накачку мышцы за очень короткое время (Kiesler, 2004 г.). В одной из моих последних публикаций было сделано заключение о том, что группа женщин, прошедших тренировку с помощью С.О.М.Е. за шесть недель достигла повышения мышечной прочности до уровня, в 2.7 раза превышающего соответствующий уровень, достигнутый в группе, тренирующейся без С.О.М.Е. (рис. 28).

Кроме того, преимущество тренировки мышц тазового дна с помощью тренажера С.О.М.Е. демонстрирует представленная на рис. 29 более высокая разность между средними показателями прочности мышцы в напряженном и расслабленном состояниях. Таким образом, тренажер С.О.М.Е. позволяет достичь не только более высоких темпов укрепления мышцы, но и улучшить расслабление мышц (Stifter, 2004 г.).



1 2 3

Рис.28: Повышение мышечной прочности за 6 недель тренировки: (оранжевым показан прирост прочности, синим – исходный уровень) - столбец 1 – без тренировки ; столбец 2 – упражнения Кегеля без тренажера С.О.М.Е.; столбец 3 – тренировки с тренажером С.О.М.Е.

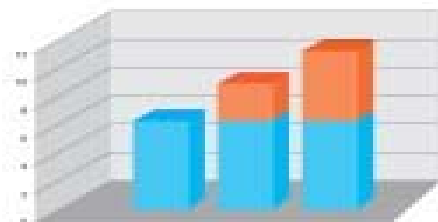


Рис. 29: Улучшение способности расслабления мышцы за 6 недель тренировки: (оранжевым показан прирост характеристики расслабления, синим – исходный уровень) столбец 1 – без тренировки ; столбец 2 – упражнения Кегеля без тренажера С.О.М.Е.; столбец 3 – тренировки с тренажером С.О.М.Е.

При использовании тренажера С.О.М.Е. также обеспечивается:

- Контроль биологической обратной связи за счет «эффекта бабочки»
- Оптимальная анатомическая форма
- Максимальная гигиена и комфорт
- Автономность и компактность устройства
- Простота выполнения упражнений

Подготовка к вагинальным упражнениям

Согласно рекомендациям Арнольда Кегеля, прежде чем приступить к тренировкам, вы должны идентифицировать и ощутить свою лонно-копчиковую мышцу: для этого следует сесть на унитаз и расставить ноги, так чтобы внутренние поверхности бедер не касались друг друга. Мочитесь в этом положении, и затем попробуйте прервать мочеиспускание. Обратите внимание, какую именно мышцу вы сократили для прерывания мочеиспускания. Это и есть та самая мышца, которую следует сокращать при упражнениях. Чтобы убедиться в правильности ее идентификации, вам следует лечь на постель и вставить во влагалище палец (используя гель для смазки), наблюдая за этим процессом в зеркальце. Теперь сократите те же мышцы, что и при прерывании мочеиспускания, и обратите внимание на то, как сильно вы можете сжать ими свой палец. Кроме того, следите за тем, как при этих сокращениях подтягиваются тазовая и анальная области. Повторив этот процесс после нескольких недель тренировки, вы сможете отметить повышение прочности этой мышцы.

Многие женщины никогда не разглядывали собственную вульву (вагинальное отверстие). Даже неоднократно рожавшим женщинам это кажется чем-то неудобным и неприличным. Некоторые женщины признаются в том, что осматривая собственную вульву в первый раз они испытывали чувство отвращения; тем не менее, следует разобраться в своих чувствах – какими бы они ни были. Попробуйте нейтрализовать какие-либо негативные эмоции мыслями о том, сколько наслаждений может доставить этот орган. Учтите, что зеркало служит для вас тем же инструментом, что и для балерины, добивающейся наилучшей корреляции между своими движениями и их визуальным восприятием. Вы сможете увидеть, как сокращаются и расслабляются ваши мышцы и оценить свое визуальное восприятие этого процесса. Вы сможете наблюдать, как при сокращении лонно-копчиковой мышцы втягивается анус и подтягивается промежность.

Выполнение вагинальных упражнений

Оптимальной позой для выполнения упражнений является положение полулежа-полусидя: ступни - на плоской горизонтальной поверхности, бедра – расставлены достаточно широко, но в удобном для вас положении. Проведем 6-минутную тренировку. Вставьте тренажер С.О.М.Е. во влагалище согласно прилагаемой к нему инструкции, затем сожмите свою лонно-копчиковую мышцу усилием порядка 80 % от вашего максимально возможного уровня и постарайтесь в течение 4 секунд не снижать это сжимающее усилие. Прежде чем повторить это упражнение, следует расслабить мышцу и сделать перерыв длительностью не менее 8 секунд.

Это упражнение следует выполнить до 30 раз. Последняя рекомендация носит общий характер, поскольку чрезмерная перегрузка мышцы может вызвать болезненные ощущения. Поэтому очень важен индивидуальный подход с учетом вашего состояния. Если вы хотите ускорить тренировочный процесс, и это позволяет состояние ваших мышц, то уже через неделю тренировок вы можете начать выполнять эти упражнения два раза в день с обязательным перерывом в несколько часов между тренировками. Чтобы обеспечить одновременное развитие быстрых волокон мышцы, после прохождения начального цикла тренировок вам следует включать в них заключительную серию из пяти-десяти очень быстрых и очень сильных сокращений.

Для ускорения процесса накачки мышц современная спортивная медицина рекомендует несколько раз в неделю переходить на усиленный режим тренировки: вместо многоразовых 4-секундных сокращений практиковаться в более длительных и менее частых сокращениях мышцы. Очень сильно сожмите мышцу и поддерживайте этот уровень давления в течение 30 - 40 секунд. По крайней мере, достаточно долго, чтобы почувствовать усталость мышцы. Затем полностью расслабьтесь и сделайте перерыв, как минимум вдвое превышающий по времени длительность выполненного упражнения. После перерыва еще раз выполните это упражнение. Вы должны выполнять этот комплекс упражнений по крайней мере 2 - 3 раза в день (см. Markwell & Sapsford, 1998 г.). При сокращении мышц никогда не следует задерживать дыхание. Дышите как обычно - через нос, и не напрягайте брюшной пресс. Убедитесь в том, что при выполнении упражнения напрягается только лонно-копчиковая мышца, а не мышцы ног, паховой или ягодичной областей. О том, что напрягается именно лонно-копчиковая мышца, а не какие-либо другие, свидетельствует опускание кончика индикатора тренажера. Этот сигнал обратной связи (рис. 30) будет весьма полезен для вашего самоконтроля, пока вы не научитесь достаточно уверенно выполнять упражнения должным образом.

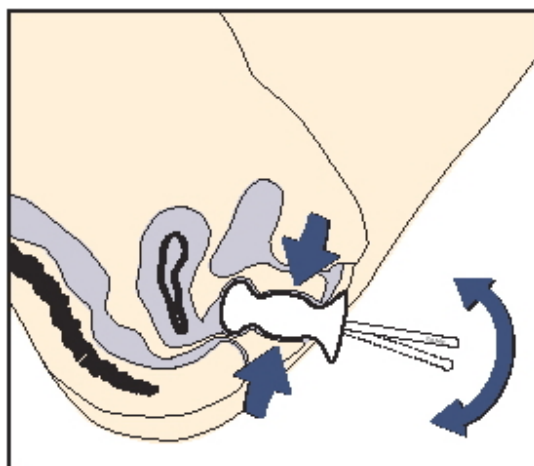


Рис. 30: Индикатор вагинального тренажера С.О.М.Е.

В случае выскальзывания тренажера С.О.М.Е. попытайтесь удержать его в своем влагалище усилиями лонно-копчиковой мышцы. Кроме того, попробуйте изменить угол наклона своего тела или придерживайте тренажер пальцем перед началом упражнений. Не исключено, что сокращение мышцы в течение 4 секунд или выполнение рекомендуемого количества упражнений окажется вам не по силам. Здесь главное - не перенапрягаться! Будьте терпеливы и радуйтесь даже малым достижениям.

Ранее уже было отмечено, что тренировки любовной мышцы будут более успешными, если сочетать их с сексуальными фантазиями. Дайте простор своему воображению для того, чтобы усилить вашу способность к вагинальному возбуждению. Например, представьте себе, что ваша любовная мышца охватывает и массирует член вашего партнера. Представьте себе, как рука Гопалы доит корову, и попробуйте воспроизвести это движение своим влагалищем в перерывах между упражнениями или в любой подходящий момент.

Для улучшения функционирования мышц таза не менее важным, чем их укрепление, является умение их расслаблять! В противном случае результаты тренировок могут оказаться односторонними и даже отрицательными. Не забывайте об этом при выполнении каждого упражнения. Время от времени вам следует после выполнения упражнений тренировать свою вагинальную чувствительность. Например, почаще усаживайтесь на теплой грелке и пытайтесь обострить свое восприятие этого ощущения. Или, если это позволяет ваше физическое состояние, время от времени принимайте такие позы, в которых эти мышцы слегка растягиваются: например, в положении лежа на животе, с подложенной по нему подушкой, или стоя на четвереньках – в коленно-локтевой позе. В дополнение к общим упражнениям, положительный эффект для мышц таза дают дыхательные упражнения брюшного типа. (Carrière, 2003 г.)

Рекомендуемые дополнительные упражнения

1. При отсутствии тренажера С.О.М.Е. вы можете время от времени выполнять следующее дополнительное упражнение, которое считается очень полезным для улучшения сексуальной энергии с точки зрения даосизма (древнекитайской философской и мистической школы). Сядьте на краешек стула. Выпрямите спину и упритесь ступнями в пол. Даосисты утверждают, что это наиболее благоприятная поза для того, чтобы энергии *кундалини* поступала в мозг и накапливалась в нем. Теперь сжимайте и расслабляйте лонно-копчиковую мышцу с интервалом в одну секунду. Такой временной интервал выбран в связи с тем, что при оргазме наблюдаются неконтролируемые пульсации лонно-копчиковой мышцы с интервалом в 0,8 сек. Таким образом, при подобной тренировке лонно-копчиковая мышца будет адаптироваться к этому ритму. Если эта задача окажется для вас слишком трудной, следует увеличить временной интервал между сокращениями до такого уровня, при котором вы сможете легко различать фазы расслабления и сокращения мышцы. Основная цель этого упражнения заключается в повышении мышечной выносливости: вы должны приспособиться к этому быстрому темпу сокращений, легко его поддерживать и таким образом избавиться от ощущения, что ваш язык никак не поспевает за скороговоркой. Лучше всего заниматься этим в игривом настроении и заканчивать упражнения до того, как вам наскучит это занятие.

2. Второе дополнительное упражнение хорошо сочетается с основными упражнениями: Представьте себе, что ваша лонно-копчиковая мышца - это лифт. Сосчитайте от одного до четырех – это должно занять четыре секунды. На счет *один* – вы поднялись с первого этажа на второй, и ваша лонно-копчиковая мышца слегка напрягается. При этом вы чувствуете некоторый подъем мышц в тазовой области. На счет *два* - еще немного сократите лонно-копчиковую мышцу – при этом воображаемый лифт поднимет вас на следующий этаж. На счет *три* - вы поднимаетесь на предпоследний этаж, а *четыре* соответствует последнему этажу, на котором находится матка, и при этом лонно-копчиковая мышца сокращается до максимально возможного уровня. При последующем расслаблении вам следует считать в обратном порядке от четырех до одного, постепенно (как бы «поэтажно») расслабляя лонно-копчиковую мышцу с выдержкой в одну секунду на каждом уровне вплоть до полного расслабления. Вы можете “кататься в лифте” пока вам это не надоест, хотя 20 раз - вполне достаточно. Главным и решающим фактором успеха любой тренировочной программы является ваша мотивация и целеустремленность. Как сказано в книге Арнольда Шварценеггера «Воспитание культуриста», «поскольку именно человеческий дух заставляет его тренировать свое тело, то для успешной тренировки тела сначала нужно правильно воспитать свой дух» (1978 г.). То есть, добиться должной самодисциплины можно только в случае, когда принято твердое решение выполнить поставленную задачу. Слабые же попытки обречены на провал. С другой стороны, едва ли стоит лезть из кожи вон, пытаясь развить эти мышцы до рекордного уровня.

В этой связи уместно упомянуть стриптизерш (так называемых «шоу-герлз») Бангкока, зарабатывающих на жизнь скандальными демонстрациями в ночных клубах уникальных возможностей своих влагалищ: с их помощью они откупоривают бутылки кока-колы, пускают кольца дыма, подают мячи для настольного тенниса и даже ухитряются с помощью вставленных во влагалища духовых труб со стрелами вести прицельный огонь по надувным шарам. Измерение характеристик прочности лонно-копчиковых мышц среди такого рода стриптизерш Бангкока и изучение используемых ими тренировочных методик показалось мне необходимым для исследований сексологической функции лонно-копчиковых мышц. Исследования, проведенные в сотрудничестве с местным медицинским университетом, показали, что максимальное вагинальное давление у некоторых из этих стриптизерш в шесть раз превышало соответствующий средний показатель, измеренный у венских женщин того же возраста (Stifter, 1984 г.). При этом оказалось, что стриптизерши применяли тренировочные методики, аналогичные вышеописанным.

В одной из научно-исследовательских работ было показано, что оргазм зависит не только от состояния мышцы Кегеля, но и от правильного восприятия и сознательного управления этим органом со стороны женщины (Stifter, 1995 г.). В отличие от мужского полового члена, понятие влагалища не имеет ни осознанного образа (*имиджа*), ни образа, формируемого в подсознании человека и влияющего на его поведение (*имаго*). В этом случае может ли подобное «белое пятно на карте» вызвать радостные ощущения? Как же могут женщины контролировать, развивать или чувственно воспринимать нечто, о чем они даже не знают?

Столь низкая осведомленность женщин о тазовой диафрагме объясняет, например, почему на пренатальных подготовительных курсах (т.е. занятиях по подготовке беременных женщин к родам) часто можно наблюдать следующую картину: инструктор дает команду «Напрячь мышцы тазового дна!», а группа женщин, лежащих на спине, просто начинает задирать вверх свой таз. В связи со слаборазвитым мышечным восприятием, у многих пациенток отсутствует достаточная мотивация к участию в систематических тренировках, предписанных им для лечения гинекологических или урологических болезней; если даже они делают рекомендуемые упражнения, то часто оказывается, что они задействуют не те мышцы, которые нужно, за счет чего не достигается желательный терапевтический эффект. Даже в некоторых книгах, которые преподносятся читателям как методические пособия по достижению оргазма, можно встретить такие рекомендации, как «напрячь ягодицы» (например, Berman et al., 2002 г.; с. 81).

Несомненно, мышцы тазового дна реагируют во взаимодействии с другими группами мышц, такими как диафрагма, мышцы ног и, в особенности, брюшные мышцы (Sapsford et al., 2001 г.). Однако, если не концентрировать внимание именно на мышцах тазового дна, соответствующие тренировки будут гораздо менее успешными. Вследствие вышеупомянутого мышечного взаимодействия

состояние тазового дна оказывает влияние на общую осанку человека. Последнее является показателем единства тела и духа.

Само понятие осанки и позы отражает это психофизическое единство, и в этом смысле выражения «выпрямить спину», «принять соответствующую позу» или «показать хорошую выправку» свидетельствуют о внутреннем настрое. В немецком языке существуют такие идиомы как “Haltung bewahren” - (буквально - “поддержание осанки”, а фигурально – переход в уравновешенное состояние) или “Haltung einnehmen” - занять позицию (что буквально переводится как “принять позу”), а так же “Geisteshaltung” (настроение, или буквально осанка духа). Прямая осанка или позиция также означают честный, открытый подход к делу. На языке тела осанка говорит о чувстве собственного достоинства, гордости и харизме человека, но со своей стороны прямая осанка также влияет на наши эмоции.

Согласно древней восточной традиции, в тазовом дне расположен важный энергичный центр – муладхара (*Muladhara*), также именуемый корневой чакрой. Его энергия из чресел переходит и в ноги и, таким образом, предопределяет жизненный путь человека. В фигуральном смысле *муладхара*, согласно Юнгу – это “наш корень, земля, на которой мы стоим... Это - символ нашего земного, сознательного, личного существования.” (C. G. Yung, 1932 г., стр. 83).

Если глаза - зеркало души, то тазовое дно – это, несомненно, сцена, на которой разыгрываются важные физиологические эффекты. Так, например, чувства страха, протеста и отвращения ассоциируются с напряжением тазового дна; указанное напряжение возникает и при желании уклониться или удержаться от чего-то. Очень сильный страх может вызвать неконтролируемое расслабление сфинктера и непроизвольное опорожнение желудка. При возникновении как агрессивных, так и нежных чувств, отмечаются изменения уровня напряжения в этой области. Однако при этом целый ряд аффектов, настроений и эмоций не воспринимается человеком на сознательном уровне, а уходит на самое, так сказать, тазовое дно подсознания.

Более 50 лет назад Моше Фельденкрейс, пионер исследований в области психологии осанки человека, заявил, что “*контроль над мышцами таза является для человеческого тела не менее важным, чем краеугольный камень – для арочного свода*” (Moshé Feldenkrais, 1992 г.). Он установил, что подавление чувства страха субъективно испытывается как появление большей свободы движений в центре тазовой диафрагмы. Он считал самопознание человеком своего тела настолько важным, что приписывал успех «чисто психотерапевтического» лечения только косвенному эффекту снятия мышечного напряжения и связанному с этим исправлением осанки.

Хочу описать случай, который открыл мне глаза на важнейшее значение факторов самопознания и контроля тазового дна для лечения аноргазмии при половом сношении.

Во время *первой международной конференции по оргазму*, которая проходила в Нью-Дели в 1991 году, я впервые услышал о том, что у женщин одного индейского племени в Бразилии мышцы влагалища оказались в три раза более сильными, чем у белых женщин из крупных бразильских городов,

входящих в тестируемую контрольную группу. После долгих поисков мне наконец удалось связаться с доктором Мойзеса Пацьорником, который опубликовал результаты этих измерений. Он подтвердил, что использовал обычный перинеометр, функционирующий по принципу манометра, присоединенного к надутому резиновому шарiku, для измерения давления во влагалищах женщин индейского племени, и их влагалищные мышцы оказались очень сильными. Индейцам племени *Caingangues* он был хорошо известен как знахарь в лучшем смысле этого слова, так как двадцать лет врачевал их в тропических лесах бразильской провинции Паранья. Он сказал мне, что индейские женщины никогда не слышали о недержании мочи и были изумлены сообщением о том, что многие белые женщины не испытывают оргазм во время полового акта. Для них, это было чем-то неслыханным.

Посетив индейскую резервацию, я был посвящен в тайну необычайного развития лонно-копчиковых мышц женщин племени. Сначала Пацьорник отметил тот факт, что и шейные мышцы (*musculus sternocleidomastoideus*) женщин племени оказались в три раза более сильными, чем у европейских женщин. Он полагал, что существует прямая корреляция между развитием шейных мышц и мышц Кегеля (лонно-копчиковых мышц). Это связано с тем, что у индейских женщин принято носить своих детей и другие грузы на спине, закрепляя их с помощью ременной повязки, другой конец которой крепится на голове. Натяжение повязки должно быть уравновешено их верхней частью тела, что возможно только в том случае, если при этом также сокращается их лонно-копчиковые мышцы.

Другая непроизвольная тренировка этих мышц достигается их многочасовым ежедневным сидением на корточках – индейцы этого племени не пользуются ни скамейками, ни стульями. Сидение на корточках оказывает тот же эффект, что и вышеупомянутая ременная повязка: чтобы удержать равновесие и не упасть назад, мышцы промежности должны быть напряжены, а кроме того, несколько растянуты, что тоже играет важную роль.

Но что касается осведомленности о своем теле, то еще более важным открытием, чем прочность мышц, оказалась весьма своеобразная трактовка роли влагалища этими женщинами. Из частых бесед с индейцами этого племени я узнал, что влагалище воспринимается ими как “полая мышца”, а половой акт описывается как “игра флейтистки на пенисе”. В этом фундаментальное отличие от наших представлений. Это племя воспринимает влагалище как нечто активное и динамическое. Женские гениталии не предназначены исключительно для приема пениса; это - не только приемный сосуд, соединительный рукав или детородные пути, как часто можно услышать, скорее это – нечто такое, чем женщина должна пользоваться осознанно и активно, *сознательно* получать свое удовлетворение (Paciornik, 1991).

Поскольку не только мужчины, но и женщины имеют функционирующую простату, нет ничего удивительного, что женщины также испытывают некоторый вид эякуляции. Жидкость, в больших или малых количествах выделяемая женщинами непосредственно перед наступления оргазма, преимущественно вырабатывается их простатой. Так как у 95 % женщин имеется эта железа, было

бы логично предположить, что такой же процент женщин испытывает эякуляцию. При этом некоторые из них выделяют при эякуляции так мало жидкости, что почти не замечают этого, тогда как другие буквально заливают простыни своими выделениями. Однако независимо от объема выделений многие женщины испытывают при эякуляции одно и то же ощущение – как будто нечто изливается из них струей, и это ощущение становится для них ключевым компонентом и признаком “острого наслаждения при оргазме”.

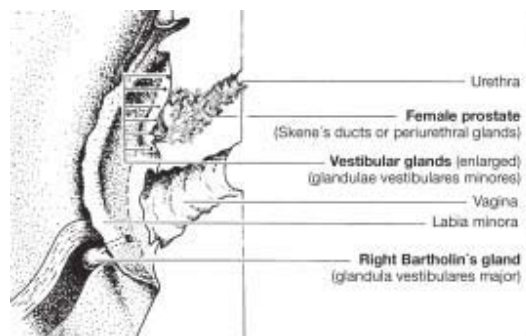


Рис. 38: Женские наружные генитальные железы

Однако еще большее количество женщин испытывает противоположное чувство: непосредственно перед эякуляцией у них появляются ощущения, весьма схожие с позывами к мочеиспусканию. Если же из-за своего сексуального невежества женщина принимает течение “оргастичного любовного сока» за недержание мочи, это зачастую препятствует достижению ей оргазма (Stifter, 1991 г.). В подобных случаях женщина не позволяет себе расслабиться и «спустить», и искусственно сдерживается, предпочитая лишиться оргазма, лишь бы не намочить постель! Тем более – сделать это в присутствии своего сексуального партнера. Таким образом, природа женского оргазма и поведение женщины при его достижении играют центральную роль в терапии влагалищной аноргазмии.

С другой стороны, выделения женской простаты при оргазме часто принимают за влагалищную смазку. Однако последняя жидкость, как правило, появляется еще в начальный момент сексуального возбуждения и служит для смазки влагалища и ее преддверия - вульвы. Эта смазка выделяется прежде всего слизистой оболочкой влагалища и двумя бартолиновыми железами размером с горошину, расположенными по обе стороны вульвы. При этом вестибулярные железы, расположенные вокруг уретрального отверстия, не вносят практически никакого вклада в смазку влагалища ввиду своего микроскопического размера.

Следует признать, что на первый взгляд термин “женская эякуляция” звучит не менее противоречиво, чем “будущее прошлое время” для лингвиста, и так же нелепо, как “женская простата”. Не нужно быть профессором биологии для того, чтобы знать общеизвестный факт – сперму выделяют только мужчины! Однако история изучения этого вопроса изобилует таким количеством разного рода заблуждений, что мнимые парадоксы становятся неотличимыми от реальных, а их концептуальный и лингвистический анализ может завести в тупик. В области

сексологии некоторое время назад наблюдалась весьма парадоксальная ситуация, от последствий которой она еще не полностью оправилась. Результаты исследований, проведенных за последние 20 лет, явно подтверждают то, что было широко известно примерно 200 лет назад, но с тех пор было предано забвению, а именно, то что во время полового акта женщины тоже выделяют жидкость, которая, естественно, не содержит никаких сперматозоидов, но очень напоминает по своему химическому составу мужскую семенную жидкость. Согласно исследованию, проведенному американскими женщинами-сексологами, 54 % тестируемых женщин испытали эякуляцию (см. Bullough et al., 1984 г.), в то время как в рамках исследования канадских сексологов, в которых участвовало 1 230 женщин, 40% из них признало факт своей эякуляции во течение оргазма (Darling, 1990 г.). Некоторые женщины редко испытывали это ощущение, тогда как другие почти всегда эякулировали во время полового акта и, как правило, это происходило незадолго до достижения ими оргазма. Более того, эякуляция имело место, независимо от того, был ли оргазм достигнут при петтинге, мастурбации или половом акте.

Однако до последнего времени в сексологии наблюдалась тенденция к умолчанию или забвению того факта, что женщины также выделяют секрецию предстательной железы. Это обстоятельство кажется тем более удивительным, если принять во внимание, что за последние сорок лет, особенно в период появления работ Мастерса и Джонсон, каждое природное отверстие человеческого тела было тщательно изучено. При этом сексуальная реакция даже самого мельчайшего из этих отверстий и каждой железы была так скрупулезно исследована и зарегистрирована в лабораторных условиях, что, казалось бы, ничто существенное не могло ускользнуть от пристального внимания сексологов и натуралистов. Но остается фактом, что нижеприведенный медицинский случай, взятый из практики сексуальной терапии, по-прежнему приводит многих в замешательство и противоречит некоторым общепринятым доктринам.

Медицинский случай: Пациентка - Рената, возраст - 40 лет, замужем, две дочери "В первый раз я испытала это примерно два года назад. Такое событие не забывается. Я занималась сексом со своим любовником. Я лежала на нем, и вдруг мы почувствовали, что по его животу течет что-то теплое. Помню, я даже была недовольна тем, что он так долго не может кончить и хотела, чтобы он "спустил" в меня, а потом еще раз кончил вместе со мной. Так или иначе, я продолжала двигаться. Мы занимались этим в темноте, и сначала он думал, что это - моя менструальная кровь. Ее вылилось очень много. Вся простыня насквозь промокла. Когда мы включали свет, оказалось, что это нечто другое. Причем это была не моча, а что-то, похожее на воду. Вы будете смеяться, но запах у него был как у кошки. И нельзя сказать, что это неприятный запах. Всякий раз, когда я возвращаюсь домой после такого любовного свидания, мой пес бурно радуется моему появлению и долго меня обнюхивает. Этим он когда-нибудь выдаст меня моему мужу. Этот запах не исчезает в течение нескольких часов даже после тщательного мытья. А теперь мой любовник заранее знает, когда я кончу. Он, вероятно, замечает, как все у меня внутри вдруг набухает. Тогда он говорит мне "Ну давай, спускай!". Похоже, ему это даже нравится, как бы подтверждает, что он хорошо

потрудились. В 90 % случаев мне удается эякулировать. Но для этого все должно быть гармонично. Если мы ссоримся, у меня не получается сделать это. Со своим мужем я никогда не эякулировала. А других любовников, кроме этого моего приятеля, у меня я никогда не было. Я очень редко занимаюсь мастурбацией, но когда я это делаю, то или вообще нет жидкости или очень мало. А в период овуляции ее очень много, и тогда у меня особенно разгорается сексуальный аппетит. Моя эякуляция никак не связана с самим ощущением оргазма; скорее это – как бы третье сексуальное измерение, дополняющее клиторный и влагалищный оргазм. Когда я испытываю один из этих видов оргазма при мастурбации или половом акте, мне этого оказывается достаточно, и после оргазма я даже не могу больше возбуждать себя или двигаться. Но когда я эякулирую, не испытав оргазма, то после этого я совсем не чувствую себя удовлетворенной. Если бы мой любовник был способен выдержать этот темп, мне кажется, я могла бы продолжать заниматься сексом и спускаться без конца. Этот фонтан отключается только тогда, когда прекращаются сокращения моего влагалища. Вообще-то, нам бы уже не хотелось заниматься сексом без этого. Иначе исчезло бы что-то важное. (цитируется по работе Stifter, 1988 г., стр. 11).

Следует категорически заявить, что женская эякуляция – это совершенно нормальное сексуальное явление. Однако при этом было бы весьма ошибочным утверждать, что, если женщина вообще не эякулирует или выделяет лишь незначительное количество секреторной жидкости, то это говорит о наличии у нее каких-либо сексуальных проблем. Речь идет не об установлении новых стандартов, а скорее о признании права женщины на спонтанное сексуальное самовыражение, которое в конечном счете увеличивает вероятность достижения ею оргазма. Женская эякуляция впредь не должна омрачать гармонию любовных отношений и ни в коем случае не должна рассматриваться как нечто, нуждающееся в "исцелении". Подобные попытки избавиться от этого явления были бы, по меньшей мере, беспочвенными и извращающими человеческую природу, а скорее всего, просто вредными.

Все мы – конструкторы нашей собственной реальности. Хотя к правде эта виртуальная реальность может не иметь никакого отношения. При этом наиболее догматичным конструктором является, несомненно, идеология с ее взглядом на мир сквозь непроницаемые стекла очков для слепых. В 1971 году Жермен Грир написала следующие строки в своей книге «Женщина-евнух» с подзаголовком «Призыв к освобождению женщин». «По-прежнему распространяется множество глубоко ошибочных представлений о женщинах, хотя уже много лет назад они были опровергнуты: Многие мужчин никак не могут отказаться от использования понятия женской эякуляции, которое оказалось совершенно ошибочным, несмотря на долгую историю своего существования!» (Greer, 1971; стр. 48). На самом деле, в наши дни наблюдается совершенно противоположная тенденция. Большинству мужчин кажется абсурдной сама идея о том, что эякулировать «умеют» не только мужчины, но и женщины. Часто эта идея воспринимается с большим недоверием. В основном, это связано с тем, что в протяжении последнего столетия эякуляция считалась

привилегией мужчин, вследствие чего многие мужчины или вообще не знают о феномене женского “потока наслаждения” или относят его к области патологии.

Что касается эякуляции, то во многих случаях от имени женщин почему-то выступают именно те представительницы прекрасного пола, которые по сути дела продолжают отстаивать созданный мужчинами стереотип женской сексуальности. Примером тому может служить журналистка Катарина Штайн, написавшая критическую статью о результатах моих лабораторных исследований в февральском номере немецкого издания журнала «Космополитен» 1984 года. «А нужна ли она нам вообще, эта простата? - спрашивает она с возмущением, - ..., может быть, автор просто хотел помочь нам, слабым угнетаемым женщинам, у которых нет пениса – а до этого момента не было ни простаты, ни эякуляции? Чтобы нашим упряманным внутрь гениталиям и крошечному клитору было не так страшно противостоять мужскому члену с его мощной эрекцией и обильной эякуляцией ... Мало того, что эта теория накладывает на нас новое бремя ответственности, в качестве бесплатного приложения к ней нам дают понять, что женщину можно считать равной мужчине только в том случае, если она тоже имеет простату и эякулирует подобно мужчине. Однако если мы позволим судить о себе с этой точки зрения, то это будет означать, что мы не осознали чудесных возможностей своего тела и свойственных женщинам сексуальности и чувственности, а вернулись в то далекое время, когда нас удалось убедить в том, что мы являемся всего лишь недоразвитыми, атрофированными и уменьшенными копиями мужчин ..., пока мы позволяем относиться к себе свысока и оцениваться мужчинами, не имеющими ни малейшего понятия о том, в чем состоит истинное сексуальное удовлетворение женщины, пока мы не научимся любить себя и доверять себе настолько, что начнем отстаивать наши собственные сексуальные желания, - до тех пор будет расти список потерь на сексуальном фронте” (German Cosmopolitan, No. 2, 1984; стр. 25).

Несомненно, этот список потерь будет и дальше пополняться, если сотни тысяч эякулирующих женщин будут по-прежнему пребывать в заблуждении, что при занятиях сексом у них проявляется недержание мочи. Поскольку переживания по поводу этой мнимой болезни негативно влияют на сексуальный имидж и самооценку этих женщин, они пытаются сдерживать эякуляцию, тем самым делая невозможным достижение оргазма. Также несомненно, что и мужчин следует приучить к мысли о том, что эякуляция их сексуальных партнеров являются таким же нормальным явлением, как и ее отсутствие.

Вопрос о том, хотят ли люди иметь простату или нет, просто абсурден. Медицинские факты нельзя подчинить чьим-либо пожеланиям. Анализируя опыт даже последних нескольких десятилетий, можно увидеть, что в области сексологии мы постоянно рискуем скатиться на позиции воинствующих невежд, вообразивших, что они обладают магическим кристаллом мудрости. Каждый раз, когда чье-либо личное мнение берет верх над строго объективными знаниями, нелишне вспомнить о лягушке, сидящей в фонтане и полагающей, что мир заканчивается за стенкой фонтана. В сущности, многих просто пугает и сбивает с толку сам феномен женской эякуляции. А страх, как известно, ослепляет людей, не позволяя им увидеть очевидные факты, которые легко можно проверить. Следует со всей серьезностью отнестись к опасениям насчет собственного

несоответствия надуманным критериям «сексуальной адекватности» согласно существующей классификации, доведенной до абсурда. Рассмотрим под этим углом зрения многочисленные дискуссии вокруг G-точки. В течение многих месяцев интимная обстановка в бесчисленных спальнях скорее напоминала процедуру прохождения техосмотра. Популярным видом спорта для многих мужчин стал поиск этой «кнопки эквалайзера» на теле своих сексуальных партнерш. При этом объекты подобного «техосмотра» чаще всего испытывали лишь чувства разочарования и унижения.

За драматическим возгласом “А нужна ли нам простата?!” скрывается один из самых главных барьеров на пути достижения оргазма, который может оказаться более критическим, чем рефлекс блокировки оргазма в связи с боязнью недержания мочи. В этом возгласе слышен гнев, причем этот гнев настолько слеп, что даже игнорируются объективные лабораторные результаты; в нем слышен и глубоко укоренившийся протест не только против сексологических исследований (которые до недавнего времени велись в основном мужчинами), но и вообще против подавления женской сексуальности мужчинами. Но нельзя пожать друг другу руки, не разжав при этом кулаки. Ваши явные или скрытые агрессивные побуждения и чувства к вашему сексуальному партнеру могут подорвать то взаимное доверие, без которого вы не сможете «дать себе волю». Доверие является ключевым словом в этом контексте. Только те, кто верит в себя и в свою способность достичь оргазма, могут раскрепоститься и полностью отдаться сексуальному экстазу. Те же, кто даже во время занятий сексом переживает, как бы не лишиться своей независимости и эмансипации, не обладают подобным доверием и не могут «дать себе волю». Вообще-то, спальня – неподходящее место для силовых игр. Их следует вести в другое время и на другой сцене. Богиня экстаза дарует сладостный миг лишь тем, кто не оспаривает ее господство...



«Дентальное депо».

03057, г. Киев, ул. Зоологическая, 1, стоматологический корпус Национального
медицинского университета.

Тел. +38 044 361 81 16, +38 050 402 09 10

ел. почта: dental_depo@ukr.net