**СЕКСУАЛЬНЫЕ ДИСФУНКЦИИ И ДРУГИЕ СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА**

В DSM-III-R перечислены шесть основных категорий сексуальной дисфункции:

расстройства сексуальных желаний;

расстройства сексуальной активации;

расстройства оргазма;

сексуальные болевые расстройства;

сексуальные расстройства, нигде более не классифицируемые;

другие сексуальные расстройства, резидуальная категория для смешанных групп расстройств, которые не были классифицированы ни в одной из перечисленных выше рубрик.

Есть основания считать, что дисфункции, как расстройства, связаны с определенной фазой цикла сексуальной реакции. Таким образом, расстройства сексуальных побуждений связаны с первой фазой цикла реакции, называемой фазой возбуждения. Ниже перечислены все фазы цикла сексуальной реакции и сексуальные дисфункции, связываемые с ними, имеющиеся в DSM-III-R.

Во время первой фазы, фазы влечения, наблюдаются очень четкие отличия в физиологическом аспекте; они отражают мотивации, побуждения и личность субъекта. Эта фаза характеризуется сексуальными фантазиями и желанием к вступлению в сексуальные сношения. При этой фазе иногда имеют место нарушения функции в виде расстройства сексуальных желаний и аверсивные сексуальные нарушения.

Во время второй фазы, фазы возбуждения, имеет место субъективное чувство сексуального удовольствия и сопутствующие физиологические проявления, отмечаемые в фазе возбуждения и в последующей фазе "плато" Masters и Johnson (с которыми авторы настоящей работы полностью согласны). На этой фазе могут иногда возникать нарушения, которые проявляются в виде расстройства сексуальной активации у женщин, расстройства эрекции у мужчин (они могут иметь место также и на третьей фазе).

Во время третьей фазы, фазы оргазма, отмечается кульминация сексуального удовольствия со снижением сексуального напряжения и ритмическими сокращениями мышц промежности и тазовых половых органов. К нарушениям, наблюдающимся в этой фазе, относятся торможение оргазма у женщин (аногазмия), задержка эякуляции или преждевременная эякуляция у мужчин.

Четвертая фаза включает процессы, которые завершаются общим расслаблением, хорошим самочувствием и мышечной релаксацией. Во время этой фазы у мужчин имеет место рефрактерность в отношении оргазма на период времени, который увеличивается с возрастом, тогда как женщины способны ко множественному оргазму без рефракторного периода. Нарушениями, которые иногда имеют место на этой фазе, являются посткоитальная депрессия и посткоитальная головная боль. Сексуальные дисфункции могут быть симптоматическими, связанными с биологическими нарушениями (биогенные), интрапсихическими, интерперсональными конфликтами (психогенные) или комбинациями этих факторов. На сексуальную функцию могут оказывать неблагоприятное влияние любого рода стрессы, эмоциональные расстройства или пренебрежение сексуальной функцией и физиологией. Дисфункция может длиться всю жизнь или развиться после периода нормального функционирования. Она может быть генерализованной или ситуационной, а это значит, что она ограничивается определенным партнером или определенной ситуацией и может быть либо тотальной, либо парциальной.

Рассматривая эти расстройства, врачи должны исключить психическое расстройство, которое может лежать в основе или вносить свой вклад в дисфункцию. Если расстройство биогенное, оно кодируется по Оси III в DSM-III-R; если оно психогенное, то кодируется по Оси 1. Если участвуют оба фактора, психогенный и биогенный (например, расстройство сексуальной активации; вторичное по отношению и к диабету, и к интрапсихическому конфликту), оба кодируются. В некоторых случаях у больного может иметь место более одной дисфункции (например, расстройство в виде гипоактивного сексуального желания или расстройство в виде отвращения к сексуальной жизни).

**РАССТРОЙСТВА СЕКСУАЛЬНЫХ ЖЕЛАНИЙ**

Расстройства сексуальных желаний (ранее называемые заторможенными сексуальными желаниями) разделены на два класса: гипоактивные сексуальные желания, характеризующиеся недостаточностью или отсутствием сексуальных фантазий и желаний сексуальной деятельности, и расстройства в виде отвращения к сексуальной жизни, характеризующиеся отвращением или избеганием сексуальных контактов через половые органы с сексуальным партнером. Ниже приведены диагностические критерии для этих расстройств, причем первое из них встречается более часто, чем второе; однако истинная распространенность этих расстройств неизвестна.

Диагностические критерии для расстройства в виде гипоактивных сексуальных желаний:

А. Устойчивые или повторяющиеся недостаточность или отсутствие сексуальных фантазий и желаний сексуальной деятельности. Вывод о недостаточности или отсутствии делается врачом, принимая во внимание факторы, которые влияют на сексуальные функции, такие как возраст, пол и обстоятельства жизни.

Б. Проявление не только во время другого расстройства, классифицируемого по Оси 1 (не сексуальной дисфункции), такого как тяжелая депрессия.

Диагностические критерии для расстройства в виде отвращения к сексуальной жизни:

А. Устойчивые или повторяющиеся крайнее отвращение или избегание всех или почти всех сексуальных контактов через половые органы с сексуальным партнером.

Б. Проявление не только во время другого расстройства, классифицируемого по Оси I (не сексуальной дисфункции), такого как обсессивно-компульсивное расстройство или тяжелая депрессия.

По данным Masters и Johnson, отсутствие желания является одной из наиболее частых жалоб среди женатых пар, причем это более характерно для женщин, чем для мужчин. В одном исследовании приводятся цифры: 35% женщин и 15% мужчин высказывали жалобы на отсутствие желания сексуальной активности.

С расстройством сексуальных желаний связано множество этиологических факторов. Больные с нарушением желания часто тормозят желание, что служит защитой от бессознательного страха по поводу секса. Неприемлемые гомосексуальные импульсы могут также подавлять либидо или вызывать отвращение к гетеросексуальным контактам. Фрейд рассматривал снижение сексуальных желаний как результат торможения во время фаллической психосексуальной фазы и неразрешившихся эдипальных конфликтов. Некоторые мужчины, у которых отмечается фиксация на фаллической стадии развития, боятся влагалища, полагая, что они будут кастрированы, если приблизятся к нему; эта концепция Фрейда называется vagina dentata, поскольку они бессознательно считают, что влагалище имеет зубы. Поэтому они полностью избегают контакта с женскими половыми органами. Отсутствие желания может также быть следствием хронического стресса, тревоги или депрессии. Препараты, подавляющие центральную нервную систему, или понижающие выработку тестостерона, также могут ослаблять желание. Иногда сексуальные импульсы подавляются в результате длительного отсутствия сексуальных контактов. Желание обычно снижается после многих заболеваний, после тяжелых заболеваний или операций, особенно если после них наблюдается расстройство восприятия собственного тела, что особенно характерно после таких операций, как мастэктомия, илеостомия, гистерэктомия и простатэктомия. Утрата желания может быть также выражением враждебности или признаком распадающейся связи.

В одной работе проводилось исследование молодых женатых пар, прервавших половые сношения на период 2 мес; при этом причина разрыва у мужчин и у женщин разные. На мужчин оказывали влияние социальные факторы, такие, как недавняя иммиграция, религия или занятость их жен на работе или отсутствие таковой. Женщины были более озабочены относительно доминирования, принятия решений, привязанности и угрозы мужей уйти из дома. Как мужчины, так и женщины отмечали отсутствие интимности как причину прекращения сексуальной активности. Однако наиболее частой причиной называется прекращение или торможение сексуальной активности.

При постановке диагноза врач должен оценить возраст, общее состояние здоровья и стрессы, имевшие место в жизни больного. Следует попытаться установить основной уровень сексуальных интересов больного перед началом расстройств. Потребность в сексуальных контактах и удовлетворении варьирует у отдельных лиц и у одного и того же лица в разное время. В группе из 100 женатых пар обнаружено, что 8% имели сношения реже одного раза в месяц. В другой группе пар одна треть сообщала об отсутствии сексуальных связей за период времени, в среднем составляющий 8 нед. И, наконец, диагноз не должен ставиться в тех случаях, когда отсутствие желания не является причиной страдания больного.

**РАССТРОЙСТВА СЕКСУАЛЬНОЙ АКТИВАЦИИ**

Эти расстройства, ранее называемые заторможенной сексуальной активацией, в DSM-III-R подразделяются на: 1) расстройство эрекции у мужчин, характеризующееся повторяющейся и устойчивой частичной или полной неспособностью достигать или поддерживать эрекцию до тех пор, пока не будет закончен половой акт;

2) расстройство сексуальной активации у женщин, характеризующееся повторяющейся и устойчивой частичной или полной неспособностью поддерживать сексуальное возбуждение, сопровождающееся увлажнением и набуханием половых органов до тех пор, пока не будет закончен половой акт. При постановке диагноза принимается во внимание фокус, интенсивность и продолжительность сексуальной активности, в которой участвует субъект. Если стимуляция неадекватна по фокусу, интенсивности или продолжительности, диагноз ставить не следует. Ниже приводятся диагностические критерии для расстройств активации.

Диагностические критерии для расстройства эрекции у мужчин:

А. Либо 1), либо 2):

1) устойчивая или повторяющаяся частичная или полная неспособность у мужчины достигать или поддерживать эрекцию до тех пор, пока не будет закончен половой акт;

2) устойчивое или повторяющееся отсутствие субъективного чувства сексуального возбуждения или удовольствия у мужчины во время сексуальной активности,

Б. Проявление не только во время другого расстройства Оси 1 (не сексуальной дисфункции), такого как тяжелая депрессия Диагностические критерии расстройства сексуальной активации у женщин:

А. Либо 1), либо 2):

1) устойчивая или повторяющаяся частичная или полная неспособность поддерживать сексуальное возбуждение, сопровождающееся увлажнением и набуханием половых органов до тех пор, пока не будет закончен половой акт;

2) устойчивое или повторяющееся отсутствие субъективного чувства сексуального возбуждения или удовольствия у женщины во время сексуальной активности. Б. Проявление не только во время другого расстройства Оси 1 (не сексуальной дисфункции), такого как тяжелая депрессия.

Женщины

Распространенность женских сексуальных расстройств обычно недооценивается. Женщины, у которых отмечается дисфункция на фазе возбуждения, имеют также обычно нарушения на фазе оргазма. В одном исследовании, проведенном на относительно счастливых семейных парах, обнаружено, что у 33% женщин имеются нарушения сексуального возбуждения.

Женское сексуальное торможение связано со многими психологическими факторами. Психологические конфликты могут выражаться через торможение сексуального возбуждения и оргазма; они будут обсуждаться в разделе, посвященном дисфункциям фазы оргазма. У некоторых женщин расстройства фазы возбуждения связаны с диспареунией или с отсутствием желания.

Физиологические исследования дисфункции показали, что гормональный паттерн может вносить вклад в характер реактивности женщин, страдающих нарушением функции на фазе возбуждения. Masters и Johnson обнаружили, что женщины с нормальной реактивностью особенно расположены к сексуальным отношениям перед началом менструации. Женщины с дисфункцией обычно чувствуют наибольшее сексуальное возбуждение сразу же после менструации или во время овуляции. Изменение уровней тессостерона, эстрогенов, пролактина и тироксина также влияет на расстройства возбуждения у женщин.

Мужчины

Расстройство эрекции у мужчин называется также дисфункцией эрекции или импотенцией. При первичной импотенции мужчина никогда не может достигнуть эрекции, достаточной для введения полового члена во влагалище. При вторичной импотенции мужчина успешно достигает эрекции, достаточной для полового акта, в некоторые периоды своей сексуальной жизни, тогда как в другое время он не может этого сделать. При селективной импотенции мужчина при некоторых обстоятельствах способен совершать половой акт, а при других - нет; например, функция может быть нормальной при сношениях с проституткой; но с женой имеет место импотенция.

Вторичная импотенция отмечается у 10-20% всех мужчин. Фрейд часто слышал эти жалобы от своих больных. Среди всех мужчин, лечившихся по поводу сексуальных расстройств, более 50% называют в качестве основной жалобы импотенцию. Первичная импотенция является редким расстройством, встречающимся у 1% мужчин до 35 лет. С возрастом число случаев импотенции увеличивается. Среди взрослых лиц молодого возраста она встречается у 8% населения. Kinsey отмечает, что в возрасте 80 лет 75% мужчин являются импотентами. Masters и Johnson отмечают, что страх импотенции испытывают все мужчины старше 40 лет, что, как полагают исследователи, отражает мужской страх перед утратой вирильности с возрастом. Однако возраст по-разному сказывается на половой функции у разных людей; важнее, чем возраст сам по себе для нормальной половой функции, наличие сексуального партнера.

Этиологически импотенция может быть обусловлена органическими факторами, психологическими факторами или комбинацией их обоих. Многие исследования посвящены анализу соотношения психологической и органической импотенции. Некоторые исследователи сообщают, что частота органической импотенции среди больных, находящихся на лечении в больнице, составляет 75-85%. Другие считают, что эти же самые больные не подверглись адекватному психологическому исследованию и утверждают, что более чем 90% больных страдают импотенцией, которая обусловлена психологически. Ниже перечислены органические причины импотенции или заболевания, вызывающие дисфункцию эрекции: инфекционные или паразитические заболевания - элефантиаз, эпидемический паротит; сердечно-сосудистые заболевания - атеросклероз, аневризма аорты, синдром Лериша, сердечная недостаточность; почечные и урологические заболевания

- болезнь Пейрони, хроническая почечная недостаточность, гидроцеле или варикоцеле; заболевания печени - цирроз (обычно связанный с алкоголизмом); заболевания легких - дыхательная недостаточность; генетические заболевания - синдром Клайн-фелтера, врожденные сосудистые или структуральные нарушения пениса; нарушения, связанные с питанием - недостаточность питания, недостаток витаминов; эндокринные расстройства -сахарный диабет, дисфункция оси гипофиз -надпочечник - яичко, акромегалия, болезнь Аддисона, хромо-фобная аденома, неоплазии надпочечников, микседема, гиперти-реоидизм; неврологические заболевания

- рассеянный склероз, миелит поперечных мышц, дрожательный паралич, эпилепсия лобной доли, заболевания спинного мозга, опухоли центральной нервной системы, амиотрофический боковой склероз, заболевания периферической нервной системы, общий парез, сухотка спинного мозга; фармакологические воздействия - алкоголь и другие вещества, вызывающие привыкание (героин, метадон, морфий, кокаин, фенамин, барбитураты), назначенные с целью лечения препараты (психотропные вещества, антигипертензивные, эстро-гены, антиандрогены); отравления - свинец, гербициды; хирургические операции - перинеальная простатэктомия, абдоминально-перинеальная колонэктомия, симпатэктомия (часто препятствует эякуляции), аортоподвздошный анастомоз, радикальная цистэктомия, ретроперитонеальная лимфаденэктомия; смешанные заболевания

- радиационная терапия, перелом таза, каждое тяжелое системное заболевание или изнуряющее состояние.

Побочное влияние лекарств может нарушать половую функцию целым рядом способов и у мужчин, и у женщин (табл. 6). Кастрация (удаление яичников или яичек) не всегда приводит к сексуальной дисфункции в зависимости от данного субъекта. Эрекция может иметь место и после кастрации. Рефлекторная дуга, возбуждаемая стимуляцией внутренних поверхностей бедер, действует через сакральный отдел спинного мозга на центры эрекции, что и обусловливает это явление.

Фрейд описал один вид импотенции как результат неспособности примириться с чувством привязанности или желания к одной и той же женщине. Такие мужчины могут совершать половой акт только с женщиной, находящейся, как они считают, в униженном положении. Другими факторами, которые могут приводить к импотенции, являются карательное суперэго, неспособность верить, чувство, что партнер не соответствует его желаниям или что он нежелаем для партнера. Может иметь место неспособность выразить сексуальный импульс потому, что человек испытывает страх, тревогу и моральный запрет. В уже сложившейся связи импотенция может отражать трудности между партнерами, особенно если мужчина не может реализовать свои потребности или свой гнев прямым и конструктивным способом.

Важную роль для решения вопроса об этиологии данной дисфункции играет история болезни. Если больной сообщает о том, что у него бывает спонтанная эрекция в периоды времени, когда он не планирует иметь сношения, что бывают также утренние эрекции или нормальная эрекция при мастурбации или при сношениях не с обычным партнером, а с другим, то органическая причина импотенции исключается, и можно не тратить денег на ненужное и дорогостоящее диагностическое исследование.

Целый ряд процедур, и безвредных и инвазивных, используются для того, чтобы отдифференцировать органически обусловленную импотенцию от импотенции функциональной. Эти процедуры включают ноктуральные измерения набухания пениса (эрекции, которые появляются во время сна), в норме связанные с быстрыми движениями глаз; измерение набухания вместе с напряжением; измерения кровяного давления в половом члене наряду с плетизмограммой или ультразвуковым исследованием, с помощью которых измеряется кровоток внутренней артерии наружных половых органов (пудендальной артерии) и измерение латентного времени пудевдального нерва. Другими тестами, используемыми для описания органической основы импотенции, являются тесты переносимости глюкозы, анализ гормонов плазмы, тесты на функцию печени и щитовидной железы, пролактин, FH и FSH и цистометрическое исследование. Инвазивными процедурами являются пенильная артериография, инфузионная кавернозография и радиоактивная ксеноновая пенография. Эти процедуры могут интерпретировать только высококвалифицированные специалисты, и они используются только для тех больных, которые являются кандидатами для сосудистых реконструктивных операций.

Влияние веществ на сексуальную функцию женщины в достаточной мере не исследовано, но женщины, по-видимому, менее подвержены воздействию на сексуальную сферу со стороны фармакологии, чем мужчины. Оральные контрацептивные вещества понижают либидо у некоторых женщин, а фенелзин нарушает и оргазмические реакции у некоторых женщин. Психоактивные вещества могут вызывать как увеличение, так и снижение либидо. Трудно отделить эти эффекты от лежащего в их основе состояния или от улучшения состояния. Сексуальная дисфункция, связанная с применением препарата, исчезает после его отмены.

**ЗАТОРМОЖЕННЫЙ ОРГАЗМ У ЖЕНЩИН (АНОРГАЗМИЯ)**

Заторможенный оргазм у женщин определяется как повторяющееся и устойчивое торможение оргазма у женщин, проявляющееся отсутствием оргазма после фазы нормального сексуального возбуждения, которую врач находит адекватной по фокусу, интенсивности и длительности. Это расстройство рассматривается как неспособность женщины достигать оргазма при мастурбации и коитусе. Женщины, которые могут достигнуть оргазма с помощью одного из этих способов, не считаются страдающими аноргазмией, хотя некоторую степень сексуального торможения можно предположить. Ниже приводятся диагностические критерии для заторможенного оргазма у женщин:

А. Устойчивая или повторяющаяся задержка или отсутствие оргазма у женщины вслед за нормальной сексуальной фазой возбуждения во время сексуальной активности, которую врачи находят адекватной по фокусу, интенсивности и длительности. Некоторые женщины способны ощущать оргазм при некоитальной стимуляции клитора, но не способны ощущать его во время коитуса, если отсутствует мануальная стимуляция коитуса. Для большинства из этих женщин это представляет нормальные варианты сексуальной реакции женщин и здесь диагноз заторможенного оргазма не является оправданным. Однако у некоторых из этих женщин действительно имеет место психологическое торможение, которое делает данный диагноз оправданным. Трудности диагностики можно преодолеть глубоким сексуальным исследованием, в которое может быть включена и проба на лечение.

Б. Проявление не только во время другого заболевания Оси 1 (не сексуальной дисфункции), такого как тяжелая депрессия.

Исследования, посвященные физиологии женских сексуальных реакций, показали, что оргазм, обусловленный стимуляцией клитора и вагинальной стимуляцией, физиологически идентичны. Теория Фрейда о том, что женщины должны отказаться от чувствительности клитора в пользу чувствительности влагалища, чтобы достигнуть сексуальной зрелости, в настоящее время рассматривается как ошибочная, но некоторые женщины говорят, что они испытывают особое чувство удовлетворения от оргазма, связанного с коитусом. Одни авторы относят это к психологическому чувству близости, порождаемому коитусом, но другие придерживаются точки зрения, что коитальный оргазм является физиологически другим ощущением. Многие женщины достигают оргазма во время коитуса комбинацией мануальной стимуляции клитора и стимуляции влагалища половым членом. Некоторым женщинам, которые могут испытывать оргазм во время стимуляции клитора, не связанной с коитусом, но не в состоянии испытывать его во время коитуса при отсутствии мануальной стимуляции клитора, можно с достаточным основанием поставить диагноз аноргазмии. Однако появляется все больше и больше данных о том, что исключительно клиторальный оргазм также представляет собой один из вариантов нормального поведения.

Первичная неоргазмическая дисфункция имеет место в тех случаях, когда женщина совсем не испытывала оргазма при любом типе стимуляции. Вторичной оргазмической дисфункцией считается такая дисфункция, при которой женщина ранее испытывала по меньшей мере один оргазм, независимо от того, при каких обстоятельствах или способах стимуляции он наблюдался: при мастурбации или во время сна при сновидениях. Кинси обнаружил, что только 5% замужних женщин старше 35 лет никогда не достигали оргазма. Оргазм обычно увеличивается с возрастом. Согласно Kinsey, первый оргазм появляется в подростковом возрасте приблизительно у 50% женщин; остальные обычно испытывают оргазм по мере того, как становятся старше. Первичная аноргазмия более часто наблюдается среди незамужних женщин, чем среди замужних женщин. Увеличение оргазмического потенциала у женщин старше 35 лет объясняется меньшей физиологической заторможенностью и большей сексуальной опытностью.

Вторичная оргазмическая дисфункция является частой жалобой среди больных, находящихся в клинике. По данным одного клинического лечебного учреждения, женщины с жалобами на отсутствие оргазма встречаются в 4 раза чаще в его практике, чем больные со всеми другими сексуальными расстройствами. В другом исследовании отмечено, что 46% женщин жалуется на трудность в достижении оргазма, а 15%-на невозможность достигнуть его. Истинная распространенность проблемы поддержания возбуждения неизвестна, но торможение сексуального возбуждения и нарушения оргазма часто сочетаются. В DSM-III-R цифрой, обозначающей заторможенный женский оргазм, обусловленный всеми причинами, называется 30%.

С торможением женского оргазма связаны многочисленные психологические факторы. Они включают страх перед беременностью, отвергание сексуальных партнеров или повреждение влагалища; враждебность по отношению к мужчинам, чувство вины, связанное с сексуальными импульсами. Для некоторых женщин оргазм ассоциируется с чувством потери контроля над собой или же с агрессивным, деструктивным или насильственным поведением; их страх перед этими импульсами может быть выражен через торможение возбуждения или оргазма. Культурные основы или общественные ограничения, налагаемые на женщин, также имеют значение. Женщины, не испытывающие оргазма, могут быть нормальными во всех других отношениях или испытывать фрустрацию разными способами,включая такие жалобы, как боли внизу живота, зуд, выделения из влагалища, так же как усиленное напряжение, раздражительность и усталость.

**ЗАТОРМОЖЕННЫЙ ОРГАЗМ У МУЖЧИН**

При заторможенном оргазме у мужчин, который называется также задержанной эякуляцией, мужчина достигает эякуляции во время коитуса с большими трудностями, если вообще достигает. Мужчина считается страдающим от первичной задержки эякуляции, если он никогда не может достигнуть эякуляции во время коитуса. Это расстройство диагностируется как вторичное, если оно развивается после периода нормального функционирования в прошлом. Ниже приводятся диагностические критерии для заторможенного оргазма у мужчин:

А. Устойчивые или повторяющиеся задержка или отсутствие оргазма у мужчины вслед за нормальной фазой сексуального возбуждения во время сексуальной активности, которую врач, принимая во внимание возраст больного, считает адекватной по фокусу, интенсивности и длительности. Неспособность достигнуть оргазма обычно ограничивается ситуацией неспособности достигнуть оргазма во влагалище, тогда как оргазм при других типах стимуляции сохранен, например, при мастурбации.

Б. Проявление не только во время другого расстройства Оси I (не сексуальной дисфункции), такого как тяжелая депрессия.

Некоторые исследователи предполагают, что надо отличать оргазм от эякуляции. Естественно заторможенный оргазм следует дифференцировать от ретроградной эякуляции, при которой эякуляция имеет место, но семенная жидкость поступает обратно в мочевой пузырь. Последнее всегда обусловлено органическими причинами. Ретроградная эякуляция может развиваться после генитоуринарной хирургии и также связана с лекарствами, имеющими антихолинергические побочные эффекты, например, фенотиазины. У некоторых мужчин эякуляция сохранена, но они жалуются на отсутствие чувства субъективного удовольствия во время оргазма (оргазмическая ангедония).

Распространенность заторможенного мужского оргазма намного ниже, чем преждевременная эякуляция или импотенция. Masters и Johnson сообщают, что лишь 3,8% из одной группы, состоявшей из 447 человек, имели сексуальную дисфункцию. В целом распространенность считается равной 5% случаев.

Заторможенный оргазм у мужчин может часто обусловливаться физиологическими причинами или может наступить после операций на генитоуринарном тракте, таких как простатэктомия. Он может быть также связан с дрожательным параличом и другими неврологическими расстройствами, включая повреждения люмбарного и сакрального отделов спинного мозга. Антигипертензивное средство октадин (guanethidine monosulfate), метилдофа и фенотиазины играют роль в задержке эякуляции.

Первично заторможенный оргазм у мужчин может указывать на более тяжелую психопатологию. Такой мужчина часто воспитывался в жестких пуританских условиях; он воспринимает секс как грешную вещь, а все, что связано с половыми органами, как грязь; у него могут также иметь место сознательные или бессознательные желания к кровосмешению и чувство вины. Отмечаются также трудности с близостью в других отношениях, кроме сексуальной сферы.

При уже сложившихся отношениях вторичное торможение эякуляции часто отражает трудности в межличностных отношениях. Это расстройство может явиться способом, которым мужчина справляется с реальными или выдуманными изменениями во взаимоотношениях. Эти изменения могут включать планы насчет беременности, в целесообразности которых мужчина не уверен, потерю сексуальной привлекательности партнерши или ее требования большей сексуальной активности. У некоторых мужчин неспособность к эякуляции отражает невыраженную враждебность по отношению к женщине. Это расстройство чаще встречается среди мужчин с обсессивно-компульсивными нарушениями, чем среди других.

**ПРЕЖДЕВРЕМЕННАЯ ЭЯКУЛЯЦИЯ**

При преждевременной эякуляции мужчина постоянно достигает оргазма и эякуляции раньше, чем он этого хочет. Определенной временной рамки, внутри которой можно было бы определить эту дисфункцию, нет. Диагноз ставится, когда эякуляция у мужчины наступает регулярно перед или сразу же после введения полового члена во влагалище. Врач должен рассмотреть факторы, влияющие на длительность фазы возбуждения, такие как возраст, новизна и пол партнера и частоту и длительность коитуса. Ниже приводятся диагностические критерии для преждевременной эякуляции: устойчивая или повторяющаяся эякуляция при минимальной сексуальной стимуляции перед ней, во время нее или вскоре после проникновения во влагалище до того, как субъект этого хочет. Врач должен принимать во внимание факторы, которые оказывают влияние на длительность фазы возбуждения, такие как возраст, новизна сексуального партнера или ситуации и частота сексуальной активности.

Masters и Johnson рассматривают это расстройство в рамках пары партнеров и считают, что мужчина страдает преждевременной эякуляцией, если он не может управлять эякуляцией значительный отрезок времени, сдерживая ее при интравагинальном положении полового члена до тех пор, пока у партнерши не наступит удовлетворение по крайней мере в половине случаев, когда они имеют коитус. Это определение подразумевает, что женщина способна к оргазмической реакции. Как и при других дисфункциях, это нарушение не обусловлено исключительно органическими факторами и не является симптоматическим, свойственным любому другому синдрому психических расстройств. Данные относительно женского преждевременного оргазма отсутствуют; в DSM-III-R отсутствует также категория преждевременного оргазма для женщин. Авторы данного раздела наблюдали множественные спонтанные оргазмы у женщин без сексуальной стимуляции, которые были обусловлены эпилептогенным фокусом в височной доле.

Преждевременная эякуляция в настоящее время чаще наблюдается среди мужчин с высшим образованием, чем у менее образованных, и, как полагают, она связана с озабоченностью тем, чтобы удовлетворить своих партнерш; однако истинная распространенность этого заболевания неизвестна. От 35 до 40% мужчин, лечившихся по поводу сексуальных дисфункций, имели в качестве основного проявления преждевременную эякуляцию. Затруднения в управлении эякуляцией могут быть связаны с тревогой относительно выполнения сексуальной активности или страхом перед влагалищем. Оно может также явиться результатом негативного обусловливания культурными особенностями. Мужчина, который имел большинство своих ранних сексуальных контактов с проститутками, которые требуют, чтобы половой акт совершался быстро или в ситуациях, в которых было бы нежелательно обнаружить это (например, на заднем сидении машины или в родительском доме), привыкают к быстрому достижению оргазма. В длительно существующих отношениях обнаруживается сильное влияние партнерши на мужчину, приводящее к преждевременной эякуляции. Женитьба, связанная со стрессами, обостряет это расстройство. Условия, в которых происходило развитие больного, и психодинамика одинаковы при этом расстройстве и импотенции.

**СЕКСУАЛЬНЫЕ БОЛЕВЫЕ РАССТРОЙСТВА: ДИСПАРЕУНИЯ**

Диспареуния представляет собой повторяющуюся и устойчивую боль, появляющуюся перед, во время или после полового сношения либо у мужчины, либо у женщины. Гораздо более часто она встречается у женщин, причем часто совпадает с вагинизмом. Рецидивирующие приступы вагинизма могут приводить к диспареунии и наоборот, но в каждом случае следует исключить органическую основу. Диагноз диспареунии не ставится, когда обнаружена органическая основа для боли или когда у женщины она не связана полностью с вагинизмом или отсутствием нормального смазывания и увлажнения влагалища. Ниже приводятся диагностические критерии для диспареунии:

А. Повторяющаяся или устойчивая боль в гениталиях либо у мужчины, либо у женщины перед, во время или после сексуальных сношений.

Б. Нарушение не обусловлено исключительно отсутствием нормального смазывания или увлажнения влагалища или с вагинизмом, т.е. люмбрикации.

Истинная распространенность диспареунии неизвестна, но считается, что при хирургических операциях на гениталиях в 30% случаев наступает диспареуния. Кроме того, у женщин, которые предъявляют эти жалобы, находясь в клиниках сексотерапии, в 30-40% случаев имеет место патология тазовых органов.

Органическая патология, приводящая к диспареунии и вагинизму, включает раздражение и инфекцию оставшихся участков девственной плевы и рубцов от эпизиотомии, воспаление бартолиновых желез, различные формы вагинита и цервицита, эндометриоз, а также другие заболевания тазовых органов. У женщин в постменопаузальном периоде может развиваться диспареуния в результате истончения слизистой оболочки влагалища и снижения люмбрикации. В большинстве случаев, однако, причиной являются динамические факторы. Болезненный коитус может быть результатом напряжения и тревоги относительно полового акта, что заставляет женщину непроизвольно сокращать мышцы влагалища. Когда имеет место истинная боль, сношения становятся неприятными или непереносимыми. Мысли о будущих болях могут приводить к тому, что женщина избегает коитуса вообще. Если партнер продолжает сношение, не обращая внимания на состояние женщины, положение еще более ухудшается. Диспареуния может возникать также у мужчин, но это наблюдается нечасто и обычно связано с органической причиной, такой как болезнь Пейрони (Peyronie's disease), при которой имеются склеротические бляшки на половом члене, что обусловливает искривление пениса.

**СЕКСУАЛЬНЫЕ БОЛЕВЫЕ РАССТРОЙСТВА: ВАГИНИЗМ**

Вагинизм представляет собой непроизвольное сокращение наружной трети влагалища, которое препятствует введению полового члена во влагалище и естественному половому сношению. Эта реакция может обнаруживаться во время гинекологического исследования, когда возникающее непроизвольное сокращение влагалища препятствует введению во влагалище зеркала. Диагноз не ставится, если дисфункция обусловлена исключительно органическими факторами или если она является симптомом другого расстройства Оси I, относящегося к психическим заболеваниям. Ниже приводятся диагностические критерии для вагинизма:

А. Повторяющийся или упорный непроизвольный спазм мускулатуры наружной трети влагалища, который препятствует коитусу.

Б. Это расстройство не обусловлено исключительно физическим нарушением и не связано с другим расстройством Оси I. Вагинизм распространен меньше, чем аноргазмия. Он часто поражает более высоко образованных женщин и женщин, принадлежащих к высшим слоям общества. Женщины, страдающие вагинизмом, на осознанном уровне могут желать иметь коитус, но неосознанно они препятствуют введению полового члена в свое тело. Вагинизм может развиваться в результате такой сексуальной травмы, как изнасилование. Женщины с психосексуальными конфликтами могут воспринимать половой член как оружие. У некоторых женщин боль или ожидание боли при первом сношении могут стать причиной вагинизма. Строгое религиозное воспитание, согласно которому секс считается грехом, часто встречается в анамнезе женщин, страдающих этим расстройством. В других случаях причиной могут стать двойственные отношения: если женщине эмоционально неприятен партнер, она может выражать протест таким невербальным путем.

**СЕКСУАЛЬНЫЕ ДИСФУНКЦИИ. НИГДЕ БОЛЕЕ НЕ КЛАССИФИЦИРУЕМЫЕ**

Эта категория предназначается для психосексуальных дисфункций, которые не могут быть классифицированы ни в одной из выше приведенных категорий. Примерами могут служить лица, которые испытывают физиологические компоненты сексуального возбуждения и оргазм, но утверждают, что у них не возникает эротическое чувство или даже имеется полная бесчувственность (оргазмическая ангедония). Сюда же относятся женщины, страдающие расстройством, сходным с преждевременной эякуляцией у мужчин. Женщины, которые имеют оргазм, однако не всегда ощущают его, также могут быть отнесены сюда. Кроме того, в рубрику атипичных дисфункций могут быть отнесены избыточные, а не заторможенные реакции, например, компульсивная мастурбация, а также генитальные боли, появляющиеся во время мастурбации. Другими неуточненными расстройствами являются таковые, обнаруживающиеся у лиц, имеющих одну или больше сексуальных фантазий, по поводу которых они чувствуют себя виновными или испытывают другие неприятные переживания. Однако диапазон всех сексуальных фантазий очень обширный.

Посткоитальные головные боли

Этот феномен характеризуется головными болями, наступающими сразу же вслед за коитусом, которые могут продолжаться несколько часов. Ее описывают как пульсирующую по характеру; локализована она бывает в затылочных или лобных областях. Причина ее неизвестна. Она может быть этиологически связана с сосудистыми изменениями, мышечным сокращением (напряжением) или с психогенными моментами. Коитус может усиливать мигрень или рассеянную головную боль у предрасположенных лиц,

Оргазмическая ангедония

Этот термин характеризует состояние, при котором отсутствует физическое ощущение оргазма, несмотря на то, что физиологический компонент (например, эякуляция) остается нормальным. Органические причины, такие как повреждение сакрального или краниального отделов, которые нарушают проводящие пути от гениталий до коры, следует обязательно исключить. Психические факторы бывают обычно связаны с крайне выраженным чувством вины из-за ощущения сексуального наслаждения. Эти чувства вызывают реакции диссоциативного типа, которые отделяют аффективный компонент оргазмического ощущения от сознания.

Боль при мастурбации

В некоторых случаях бывает боль при мастурбации. Всегда следует исключить органическую причину. Болезненные ощущения могут возникать при небольшом разрыве влагалища или на ранней стадии болезни Пейрони. Это состояние следует дифференцировать от компульсивной мастурбации. Субъекты могут продолжать мастурбацию до такой степени, что повреждают свои половые органы и иногда ощущают боль при последующих мастурбациях. Такие случаи составляют отдельное сексуальное расстройство и так и должны классифицироваться. Некоторые виды мастурбации включают то, что называется аутоэротической асфиксией. Она состоит в том, что во время мастурбации субъект сдавливает себе шею петлей, чтобы повысить эротические ощущения и усилить оргазм с помощью легкой гипоксии. Хотя после оргазма он ослабляет свою петлю, установлено, что от 500 до 1000 лиц в год случайно убивают себя путем повешения. Большинство лиц, занимающихся этим, мужчины; с этим нарушением обычно сочетается трансвестизм, и большинство смертей происходит у подростков. Такая мазохистская практика обычно наблюдается у лиц, страдающих тяжелыми психическими заболеваниями, например, шизофренией или тяжелыми расстройствами настроения.

**ДРУГИЕ СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА**

Имеется много сексуальных расстройств, которые не могут быть классифицированы ни в одной из предыдущих категорий сексуальных расстройств (например, парафилия или сексуальная дисфункция). Они либо являются редкими, плохо документированными, не легко классифицируемыми, либо не описаны специально в DSM-III-R. Ниже приведены диагностические критерии для сексуальных расстройств, нигде более не классифицируемых: Сексуальные расстройства, которые нельзя классифицировать ни в одной из предыдущих категорий. В редких случаях эта категория может быть использована одновременно с одним из определенных диагнозов, если они оба необходимы для объяснения или описания клинического нарушения.

Примеры:

выраженное чувство неадекватности относительно состояния своего тела, размера и формы половых органов, сексуальной деятельности или других особенностей, связываемых с установленными самим или самой стандартами мужественности или женственности; переживания по поводу паттерна повторяющихся сексуальных завоеваний или других форм непарафилического сексуального привыкания, включая ряд людей, которые существуют лишь как вещи для использования; устойчивые и выраженные расстройства в связи с собственной сексуальной ориентацией. Посткоитальная дисфория

Это состояние не отмечено в современной классификации DSM-III-R. Оно появляется во время фазы резолюции, когда субъект испытывает чувство общего блаженства, сопровождающееся мышечной и психологической релаксацией. У некоторых лиц, однако, появляется посткоитальная дисфория. После успешного во всех других аспектах сношения у них возникают депрессия, напряжение, тревога, раздражительность и психомоторная ажитация. Им часто хочется освободиться от партнера, и они становятся грубыми, чаще в вербальной форме, но иногда и физически. Распространенность этого расстройства неизвестна, но оно более часто встречается у мужчин. Имеется несколько причин, которые могут обусловливать его, и они могут быть связаны с отношением субъекта к сексу в целом и к партнеру в частности. Оно иногда наблюдается при нарушении супружеской верности или при сношениях с проститутками. За последнее время участились случаи этого расстройства в связи с опасением заболеть СПИДом. Лечение включает терапию, ориентированную на критику, чтобы помочь больному понять то бессознательное, что предшествовало его поведению и установкам.

Проблемы пар

Иногда жалобы следует рассматривать в терминах супружеского союза или пары, а не дисфункции, характерной для одного индивидуума. Примером является пара, один член которой предпочитает совершать половой акт утром, тогда как другой - ночью; другим примером является пара, члены которой имеют разную частоту желаний.

Незавершенные брачные отношения

Пара, участвующая в незавершенных брачных отношениях, никогда не имеет коитуса и, как правило, ничего не знает в отношении секса; сексуальная сфера этих лиц обычно находится в состоянии торможения. Чувства вины, стыда, неадекватности только усиливаются от переживаемых ими трудностей, а от необходимости, с одной стороны, искать помощи у других, а с другой - скрывать свои переживания у них возникают конфликты. Подобные проблемы характерны для пар, находящихся в браке от нескольких месяцев до нескольких лет. Masters и Johnson описывают незавершившиеся брачные отношения, продолжавшиеся 17 лет.

Часто члены пары не прибегают к прямому поиску помощи, а, например, женщина рассказывает о своих трудностях гинекологу, к которому она пришла якобы по поводу легких гинекологических и соматических жалоб. Исследуя ее, гинеколог может обнаружить нетронутую девственную плеву. В некоторых случаях для разрешения проблемы жене следует сделать гименэктомию, но эта хирургическая операция может явиться еще одним стрессом и часто только усиливает чувство неадекватности данной пары. Жена может чувствовать себя обманутой, оскорбленной или искалеченной, а у мужа усиливаются сомнения относительно его мужских качеств. Гименэктомия обычно усложняет ситуацию, не решая основной проблемы. Расспрос врача, если ему удобно говорить о сексуальных проблемах, может быть первым шагом к искреннему обсуждению трудностей, переживаемых парой. Часто предлогом для визита к врачу служит обсуждение противозачаточных средств или, что еще более иронически звучит, просьба установить причину бесплодия. Если уже жалоба высказана, ее можно успешно лечить. Длительность существования проблемы существенно не влияет на прогноз или выход из данной ситуации.

Причины различны: отсутствие сексуального образования, сексуальный запрет, чрезмерно подчеркиваемый родителями и обществом, невротические нарушения, связанные с эдипальным комплексом, незрелость обоих родителей, чрезмерная зависимость от основателей семейного клана и проблемы идентификации пола. Религиозная ортодоксальность со строгим контролем сексуального и социального развития или приравниванием сексуальности к греху или грязи также может явиться одной из основных причин. Многие женщины, состоящие в незавершенных брачных отношениях, имеют неправильное представление о своем влагалище. Может иметь место страх, что оно не откроется или что оно окажется слишком малым или слишком мягким; иногда женщины путают влагалище с прямой кишкой, что приводит к возникновению ощущения грязи. Мужчины могут разделять эти ощущения относительно влагалища и сверх того воспринимать их как опасность для них самих. Точно так же оба партнера могут разделять опасения относительно нарушений мужского полового члена, воспринимая его как оружие, либо слишком большое, либо слишком маленькое. Многим из этих больных можно помочь простым объяснением анатомии и физиологии половых органов, предложением заняться исследованием самих себя и правильной информацией со стороны врача. Лучше всего решать проблему незавершенных брачных отношений, встречаясь с обоими членами пары. Терапия обоих полов (двойственная терапия), которая будет обсуждаться ниже, включающая мужскую и женскую команду взаимодействующих врачей, оказывается наиболее эффективной. Однако другие формы объединенной терапии, брачные консультации, традиционная психотерапия один на один и консультация вдумчивого семейного врача, гинеколога и уролога также оказывают хороший эффект.

Проблемы, вызванные неправильным образом своего тела

Лица, которые стыдятся своего тела и ощущают неадекватность его созданным ими стандартами мужественности или женственности, могут страдать сексуальными расстройствами. Они могут настаивать на том, чтобы секс осуществлялся в полной темноте, причем некоторые части тела не должны быть видны и до них нельзя дотрагиваться, или же они ищут какие-то ненужные оперативные вмешательства, чтобы исправить свои воображаемые недостатки. Следует исключать дисморфофобию.

Дон-жуанизм

Некоторые мужчины гиперсексуальны, что проявляется потребностью иметь много сексуальных связей и побед. Однако их сексуальная деятельность обычно нужна для маскировки глубокого чувства неполноценности. У некоторых имеются бессознательные гомосексуальные импульсы, которые они отрицают компульсивными связями с женщинами. После полового сношения большинство Дон Жуанов больше не интересуются женщиной. Это состояние иногда называется "сатириазисом".

Нимфомания

Этот термин обозначает чрезмерное или патологическое желание совершать коитус у женщин. Этому состоянию посвящено мало исследований. Те, которые исследовались, обычно имели одно или более сексуальных расстройств, обычно аноргазмию. Часто имеет место сильный страх потерять любовь. Женщина пытается справиться с зависимостью, а не удовлетворять сексуальные импульсы своими действиями.

**ПЕРЕЖИВАНИЯ. СВЯЗАННЫЕ С СЕКСУАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИЕЙ**

Устойчивые и выраженные страдания относительно своей сексуальной ориентации приведены в DSM-III-R как пример сексуального расстройства. Ранее известная в DSM-111 как эго-дистоническая гомосексуальность, она была определена как желание получить или усилить гетеросексуальную активацию так, чтобы стала возможной гетеросексуальная связь. Субъект с этим расстройством недвусмысленно утверждает, что гомосексуальная активация и поведение нежелаемы и являются источником страдания, откуда и происходит термин "эго-дистония". Эта категория была исключена из DSM-III-R по нескольким причинам. Некоторые предполагают, что гомосексуальность является расстройством сама по себе. В Соединенных Штатах почти все субъекты, являющиеся гомосексуалистами, сначала проходят через фазу, в которой их гомосексуальность является эго-дистонической. Более того, диагноз эго-дистонической гомосексуальности редко применяется в клиническом аспекте, и имеется лишь несколько статей в научной литературе, которые используют эту концепцию. И, наконец, этим диагнозом не пользуется программа лечения, цель которой-помочь бисексуальным мужчинам стать гете-росексуальными.В DSM-III-R случаями сексуального расстройства, нигде более не классифицируемыми, признаются те, которые в DSM-III-R отвечали бы критериям эго-дистонической гомосексуальности.

Ввиду вышесказанного врачу следует определить, что субъекты с исключительным предпочтением сексуальных партнеров того же самого пола не страдают психическим расстройством только на основе своей сексуальной ориентации. Согласно DSM-III-R, такие субъекты составляют дополнительную часть взрослого и подросткового населения. Kinsey сообщает, что 4% взрослых мужчин являются исключительно гомосексуальными в течение своей жизни и что еще 13% являлись преимущественно гомосексуальными по меньшей мере в течение 3 лет в возрасте между 16 и 55 годами. Более чем один из трех мужчин находился в сексуальных отношениях, приводящих к оргазму, с другим мужчиной в постпубертатном периоде. Для женщин распространенность составляет примерно половину случаев, характерных для мужчин.

Характеристики гомосексуальности

Этиология

Психологические факторы

Причины гомосексуального поведения покрыты тайной. Фрейд рассматривал гомосексуальность как задержку психосексуального развития. Страх кастрации у мужчин и страх завязнуть в материнских проблемах в преэдиповой фазе психосексуального развития, как предполагается, играет определенную роль. Согласно психодинамической теории, ситуации, в результате которых может возникнуть гомосексуальное поведение у мужчины, включают сильную фиксацию на матери, отсутствие достаточного влияния со стороны отца, торможение развития мужественности матерью, фиксация или регрессия на нарциссической стадии развития и проигранное соперничество с братьями и сестрами. Точка зрения Фрейда на женскую гомосексуальность заключалась в отсутствии разрешения зависти к пенису, связанном с неразрешившимися эдипальными конфликтами.

Отмечалось, что у гомосексуальных женщин по сравнению с гетеросексуальными женщинами были отцы, близкие к ним, и задушевные отношения с ними, что составляет полную противоположность с мужчинами-гомосексуалами. Однако описания, даваемые матерям женщин-гомосексуалок, не отличались от описания матерей гетеросексуалок.

Биологические факторы. Недавно проведенные исследования показали, что имеются веские данные в пользу генетических и биологических компонентов, которые могут вносить вклад в гомосексуальную ориентацию. Имеются сообщения о том, что у гомосексуальных мужчин уровень циркуляции андрогенов в крови ниже, чем у гетеросексуальных мужчин, однако другие авторы не смогли подтвердить этого. Имеются также данные об атипичном паттерне эстрогенного биоподкрепления у гомосексуальных мужчин. У этих мужчин обнаруживается патологическое возрастание гормона желтого тела вслед за введением эстрогенов. Оказалось, что определенную роль в организации центральной нервной системы играют пренатальные гормоны. Достаточное содержание андрогенов в пренатальной жизни вносит вклад в сексуальную ориентацию по отношению к женщинам, тогда как дефицит пренатальных андрогенов (или тканевая нечувствительность к ним) могут приводить к сексуальной ориентации по отношению к мужчинам. Девочки, находящиеся в преподростковом возрасте, которые подверглись влиянию большого количества андрогенов перед рождением, обнаруживают необыкновенную агрессивность и отсутствие женственности, а мальчики, подвергшиеся влиянию женских гормонов во внутриутробном периоде, менее физически развиты, менее самоуверенны и менее агрессивны, чем другие мужчины.

Генетические исследования указывают на более высокую распространенность гомосексуальной конкордантности среди монозиготных близнецов, что говорит о высокой наследственной предрасположенности, однако с помощью хромосомных исследований не удается отличить гомосексуалов от гетеросексуалов, У мужчин-гомосексуалов также имеет место высокая семейная распространенность; гомосексуальные мужчины имеют также больше сиблингов, являющихся гомосексуалами, чем гетеросексуальные мужчины.

Паттерны сексуального поведения

Поведенческие особенности мужского и женского гомосексуализма столь же вариабельны, как и признаки мужской и женской гетеросексуальности. Сексуальные действия, используемые гомосексуалами, такие же, как используемые гетеросексуалами; существуют лишь очевидные ограничения, накладываемые анатомическим строением.

Между гомосексуалами имеют место различные паттерны связи точно так же, как они имеют место между гетеросексуалами. Некоторые гомосексуальные пары живут вместе, ведут общее хозяйство, либо моногамно, либо как приоритетная связь, десятилетиями, тогда как другие гомосексуальные личности имеют лишь мимолетные сексуальные контакты. Хотя существуют более стабильные отношения мужчины с мужчиной, чем предполагалось ранее, все же связь мужчина- мужчина менее устойчива и более мимолетна, чем связь женщина - женщина. Много мимолетных мужских связей возникает при веселом препровождении времени на море и в барах, несколько меньше - в публичных местах отдыха и парках. Подобные учреждения для женщин практически отсутствуют. Число неразборчивых связей среди мужчин стало снижаться после обнаружения синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИД) и его стремительного распространения через сексуальные контакты. С целью снижения распространения СПИ Да рекомендуется усиленное применение презервативов.

Гомосексуальные мужчины подвергаются гражданской и социальной дискриминации и не имеют юридической системы поддержки брака или биологической возможности деторождения, что иногда связывает гетерогенные пары, даже если они не соответствуют друг другу. С другой стороны, пары женщина - женщина не подвергаются такому клеймению и часто имеют вполне терпимые моногамные или приоритетные связи.

Психопатология

Диапазон психопатологических нарушений, обнаруживаемых у страдающих гомосексуалов, оказывается близким к таковому у гетеросексуалов. Страдания по поводу своей сексуальной ориентации характеризуются отсутствием удовлетворения гомосексуальными паттернами активации, желанием повысить гетеросексуальную активацию и сильными отрицательными переживаниями по поводу своего гомосексуализма. Случайные заявления о том, что жизнь была бы легче, если бы субъект не был гомосексуалистом, еще не составляют синдрома, характеризующегося страданиями по поводу сексуальной ориентации. Кроме того, страдание, возникающее только в результате конфликта между гомосексуалом и структурой общественных ценностей, также не классифицируется как расстройство. Если страдание достаточно тяжелое, чтобы оправдать диагноз, можно говорить о расстройстве адаптации или о депрессивном расстройстве. Некоторые гомосексуалы, страдающие тяжелым депрессивным расстройством, могут испытывать чувство вины и ненависти к самому себе, что может стать направленным против своей сексуальной ориентации; тогда желание сексуальной переориентации является лишь симптомом депрессивного расстройства.

Течение и терапия

Некоторые гомосексуалы, особенно мужчины, рассказывают, что перед пубертатным периодом они испытывали романтические чувства по отношению к лицам того же пола. Согласно данным Kinsey, около половины всех мужчин, находящихся в препубертатном возрасте, имели хоть какой-то опыт сексуальных отношений с лицами своего же пола. Однако этот опыт часто носит исследовательский характер и обычно лишен сильного аффективного компонента. Большинство мужчин-гомосексуалов отмечают появление романтического и эротического отношения к партнерам того же самого пола в раннем подростковом возрасте. Для женщин возраст появления романтических чувств по отношению к лицам того же самого пола также подростковый. Однако отчетливое осознание предпочтения партнера того же самого пола обычно наблюдается в середине позднего подросткового периода или же только в ранней молодости. Во время основных гомосексуальных отношений большее число женщин, чем гомосексуальных мужчин, имеют также и гетеросексуальные отношения. В одном исследовании приводятся данные о том, что 56% лесбиянок имели гетеросексуальные отношения перед первой гомосексуальной связью, тогда как только 19% мужчин-гомосексуалов сначала имели гетеросексуальные связи. Около 40% лесбиянок имели гетеросексуальные отношения в течение года, предшествовавшего исследованию.

Лечение страданий, обусловленных сексуальной ориентацией, по данным литературы, противоречиво. По данным одного исследования, приблизительно 1/3 из примерно 100 человек, ориентированных бисексуально или гомосексуально, при минимальном числе часов, затраченных на психоаналитическую терапию, составляющем 350, переориентируется, достигая гетеросексуальности на период до 5 лет; однако это исследование вызывает большие сомнения. Поведенческая терапия и методика обусловленного избегания также могут использоваться, но основная проблема, касающаяся поведенческой терапии, состоит в том, что поведение, меняясь в лабораторных условиях, может остаться неизменным в реальной жизни вне лаборатории. Прогностическими факторами в пользу более благоприятного исхода являются возраст до 35 лет, наличие некоторого опыта гетеросексуальных отношений и высокая мотивация к переориентации.

Альтернативная тактика лечения направлена на выработку у лица, страдающего по поводу своей сексуальной ориентации, способности к более комфортабельному существованию как гомосексуала без стыда, вины, тревоги или депрессии. Специальные консультативные центры "радости" претворяют в жизнь эту программу. В настоящее время сведений относительно исхода такой терапии пока нет. Что касается терапии женщин, страдающих по поводу сексуальной ориентации, имеется лишь очень мало данных, и они в основном относятся к единичным случаям с различными исходами.

**ЛЕЧЕНИЕ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ**

До 1970 г. наиболее общепринятым лечением психосоциальной дисфункции была индивидуальная психотерапия. Классическая психодинамическая теория рассматривает сексуальную неадекватность как результат конфликтов раннего детского возраста, и сексуальные расстройства лечатся как часть более первазивных эмоциональных нарушений. Лечение фокусируется на исследовании бессознательных конфликтов, мотивации, фантазии и различных интерперсональных затруднений. Одно из допущений терапии состоит в том, что устранение конфликтов позволит сексуальному импульсу стать структурно приемлемым для этого больного и, таким образом, найти подходящие способы удовлетворения в окружающей обстановке. К сожалению, дисфункция часто становится вторично автономной и сохраняется даже тогда, когда патология больного разрешается. Часто для лечения сексуальных проблем дополнительно требуется поведенческая терапия.

Ниже будут обсуждаться четыре вида терапии: двойная сексотерапия, гипнотерапия, поведенческая терапия и групповая терапия, так же как аналитически ориентированная сексотерапия, которая интегрирует теорию психоанализа с поведенческой терапией.

Двойная сексотерапия

Теоретическое основание подхода метода двойной сексотерапии составляет концепция брачного союза или парного объекта терапии; метод имеет преимущества в отношении диагностики и лечения сексуальных расстройств перед всеми остальными методами настоящего столетия. Этот метод основали и развили Masters и Johnson. При двойственной сексотерапии отвергается идея о болезни только половины из пары больных. Оба партнера участвуют в связи, приносящей страдания, и, следовательно, оба должны участвовать в программе лечения.

Сексуальная проблема часто отражает другие области, в которых наблюдается дисгармония и отсутствие взаимопонимания в супружестве. Супружеская связь подвергается лечению в целом, причем акцент делается на том, что сексуальная функция является частью этой связи. Психологические и физиологические аспекты сексуальной функции подвергаются обсуждению; используется также установка на повышение информированности в этой области. Выдвигаются предположения о том, как создать специфические виды сексуальной активности, причем это обсуждается в интимной обстановке семейного дома. Ключевым моментом программы является обсуждение за круглым столом, в котором выясняются принципы терапии, применяемой к мужчине и к женщине; после обсуждения они должны быть применены по отношению к паре в целом. Эти процедуры требуют активного участия самих больных. Целью терапии является установить или восстановить нормальное общение внутри брачного союза. Подчеркивается, что секс является естественной функцией, пышно расцветающей в хорошем домашнем климате, и к концу удается добиться улучшения взаимоотношений в паре.

Лечение требует мало времени и ориентировано поведенчески. Врачи пытаются отразить ситуацию, как они ее видят, а не интерпретировать лежащие в ее основе причины. Истинная картина, характеризующая положение данной пары, нарисованная психиатром, часто позволяет скорректировать близорукую, суженную картину, которая создается каждым из членов пары. Новый взгляд иногда позволяет разрушить порочный круг, сложившийся в отношениях, и улучшить взаимопонимание.

Для того чтобы справиться с частными проблемами, паре назначаются специальные упражнения. Сексуальное несоответствие часто возникает из-за отсутствия информации, неправильной информации и страха что-либо сделать неправильно. Поэтому паре специально запрещаются все сексуальные игры, кроме тех, которые назначены врачом. Начало упражнений обычно фокусируется на повышении сенсорного осознания прикосновения, взгляда, звука и запаха. Вначале сношение включает непрямые контакты, и пары приучаются давать и получать радость от тела без необходимости выполнять половой акт. Они одновременно обучаются, как общаться друг с другом невербально взаимно удовлетворяющим способом и узнают, что предварительные сексуальные игры также важны, как сношение и оргазм.

Во время упражнений в фокусировании ощущений пара получает значительное подкрепление, что снижает их тревогу. Им приходится использовать свою фантазию, чтобы отвлечь себя от навязчивых раздумий о совершении полового акта (и о том, как он будет наблюдаться партнером). Принимаются во внимание потребности обоих партнеров, страдающего дисфункцией и не страдающего дисфункцией. Если упражнения начинают вызывать у партнера сексуальное возбуждение, другой может попытаться довести его или ее до оргазма мануальными или оральными способами. Побуждаются открытые беседы между партнерами и упражнения в том, как удовлетворять взаимные потребности. Часто встречаются жалобы на усталость или отсутствие времени для выполнения упражнений; врач должен уметь справиться с этим. Иногда применяется стимуляция, дополнительная по отношению к общей стимуляции тела. Пара получает инструкции последовательно применять различные позы для сношения, без необходимости завершить половой акт, и использовать различные стимулирующие методы до того, как будет инструкция приступить к сношению.

Беседы за круглым столом предшествуют каждому новому периоду упражнений, и обсуждению подвергаются трудности и удовлетворение как сексуальных, так и проблем из других областей жизни пары. Особые инструкции и инструкции, касающиеся новых упражнений, ведущих к прогрессу данной пары, рассматриваются в каждой беседе. Постепенно пара начинает приобретать уверенность и обучаться или переобучаться общению, вербально и сексуально. Двойная сексотерапия особенно эффективна, когда сексуальная дисфункция существует без другой психопатологии.

Специфические методы и упражнения

Для лечения разных дисфункций используются разные способы. При наличии вагинизма женщине рекомендуется расширять отверстие влагалища пальцами или специальными расширителями.

В случаях преждевременной эякуляции применяется упражнение, называемое техникой сжатия, для того чтобы повысить порог возбудимости полового члена. В этом упражнении мужчина или женщина стимулируют пенис, находящийся в состоянии эрекции, до тех пор, пока не возникнет самое раннее ощущение приближающейся эякуляции. В этот момент женщина сильно сжимает коронарный край головки; эрекция уменьшается, а эякуляция тормозится. Программа упражнений в конце концов поднимает порог ощущения эякуляции и дает возможность мужчине лучше осознать свои сексуальные ощущения и приобрести уверенность в способности к нормальному совершению полового акта. Различные упражнения содержат метод стоп-старт, разработанный J. Н. Semans, в котором женщина прекращает всю стимуляцию полового члена, когда мужчина начинает чувствовать приближение эякуляции. Не применяется никакое сжатие. Исследование показало, что наличие или отсутствие иссечения крайней плоти не оказывает влияния на способность управлять эякуляцией у мужчины; головка одинаково чувствительна и в том, и в другом состоянии,

Мужчина с заторможенным желанием или с заторможенным возбуждением иногда должен мастурбировать, чтобы убедиться в возможности полной эрекции и эякуляции. В случаях первичной аноргазмии женщина также должна мастурбировать иногда с использованием вибратора. Тело клитора является наиболее предпочитаемой частью тела для мастурбации у женщин, и оргазм зависит от адекватной стимуляции клитора. Область передней стенки влагалища, называемая "G-пятно", также является областью, рассматриваемой некоторыми женщинами как локализация сексуального возбуждения; однако нет убедительных сообщений о связи феномена эякуляции с оргазмом у женщин. Мужчины мастурбируют путем потирания тела и головки пениса.

Гипнотерапия

Гипнотерапия фокусируется специально на симптомах, связанных с тревогой, т. е. на частной сексуальной дисфункции. Успешное применение гипноза дает возможность больному управлять симптомами, заключающимися в понижении самооценки и нарушении психологического гомеостаза. Вначале проводится серия лечения без гипноза, чтобы достигнуть сотрудничества больного с врачом. Эти обсуждения позволяют возникнуть надежным отношениям между больным и врачом, чувству физического и психологического комфорта со стороны больного и установить цели лечения, отвечающие взаимным интересам. В это время врач оценивает способность больного к трансу. Негипнотические беседы позволяют врачу также тщательно изучить психиатрическую историю больного и провести исследование психического статуса, прежде чем начать гипнотерапию. Лечение фокусируется на ликвидации болезненных симптомов и изменении установки. Больному рекомендуется осваивать различные способы, которые помогли бы справиться с ситуацией, провоцирующей тревогу, с сексуальными столкновениями.

Больных обучают также технике расслабления перед началом сексуальных отношений. С помощью различных методов, ослабляющих тревогу, постепенно, в ответ на сексуальную стимуляцию вырабатывается психологическая реакция, доставляющая удовольствие и способствующая разрядке. Устраняются психологические препятствия к вагинальной люмбрикации, эрекции и оргазму, и происходит нормализация сексуальной функции. Гипноз можно присоединять к основной программе индивидуальной психотерапии, чтобы ускорить наступление психотерапевтического эффекта,

Поведенческая терапия

Согласно теоретикам, основавшим поведенческую терапию, сексуальная дисфункция представляет собой обученное дезадаптивное поведение. Поведенческая терапия была впервые разработана для лечения фобий. В случаях сексуальной дисфункции врач считает, что больной боится сексуального взаимодействия. С помощью традиционных методов врач устанавливает для больного иерархию провоцирующих тревогу ситуаций, начиная от наименее угрожающих до наиболее угрожающих. Легкая тревога может ощущаться перед поцелуем, при мыслях о нем, а сильная - при воображении введения полового члена во влагалище. Врач обучает больного справляться с тревогой с помощью стандартной программы систематической десенситизации. Программа предназначена для торможения реакции обученной тревожности путем выработки поведения, прямо противоположного тревоге. Больной сначала обучается справляться с ситуациями, связанными с наименее выраженной тревогой при их воображении, а затем постепенно переходит к ситуациям с более выраженной тревогой. Лечение медикаментозными препаратами, гипноз и специальное обучение способности расслаблять глубокую мускулатуру - все методы могут использоваться для того, чтобы помочь больному научиться справляться с тревогой.

Обучение уверенности в себе помогает больному научиться открыто выражать свои сексуальные потребности без страха. Упражнения на выработку уверенности даются одновременно с сексотерапией; больной научается выдвигать сексуальные требования и отвергать выполнение тех, которые он считает ненужными. Можно рекомендовать больному выполнять сексуальные упражнения дома, причем надо установить иерархию, начав с действий, которые в прошлом доставляли наибольшее удовольствие и были успешными в прошлом.

Один из видов терапии включает участие сексуального партнера больного в десенситизационной программе. Партнер, а не врач предлагает усилить разными способами ценность стимуляции для больного. В таких ситуациях сотрудничающий партнер приносит большую пользу больному удержать приобретенные за время лечения навыки и использовать их дома.

Групповая терапия

Методы групповой терапии используются для исследования как внутри-, так и межличностных проблем у больных с сексуальными расстройствами. Групповая терапия оказывает хорошее действие на больного, который чувствует стыд, тревогу или вину по поводу частной сексуальной проблемы. Эта дискуссия позволяет противостоять сексуальным мифам, исправить ошибочные позиции и обеспечить точную информацию относительно сексуальной анатомии, физиологии и вариантов поведения.

Группы для лечения сексуальных расстройств могут быть организованы по-разному. У членов группы могут иметь место одни и те же нарушения, такие как преждевременная эякуляция; члены могут быть объединены на основании одинакового пола и различными сексуальными проблемами, или же группы могут состоять как из мужчин, так и из женщин, которые также испытывают различные сексуальные затруднения. Групповая терапия может явиться вспомогательным методом к основной терапии или же быть основным видом терапии. Группы, организованные для лечения определенной дисфункции, обычно бывают поведенческими по подходу,

Эффективными являются также группы сексуально - дисфункциональных женатых пар. Группа дает возможность собрать нужную информацию, обеспечить согласованное узаконивание индивидуального предпочтения и повысить самооценку и самовосприятие. Методики, такие как выполнение роли или психодрама, могут быть использованы в процессе лечения. Подобные группы не показаны для пар, в которых один партнер не желает сотрудничать, когда больной страдает тяжелой депрессией или психозом, когда имеется сильное отвращение к детальному аудиовизуальному сексуальному материалу или когда наблюдается страх перед группой.

Аналитически ориентированная сексотерапия

Одним из наиболее эффективных способов лечения является сочетание сексотерапии с психодинамической и психоаналитически ориентированной психотерапией. Сексуальная терапия проводится более длительное время, чем обычно, и расширенная схема лечения позволяет провести обучение или переобучение получения сексуального удовлетворения в реальной повседневной жизни больного. Добавление психодинамической концептуализации к поведенческой технике, используемое для лечения сексуальных дисфункций, позволяет обеспечить больному с сексуальными расстройствами лечение также и нарушений, связанных с другой психопатологией.

Темы и динамика, которые возникают у больных в процессе аналитически ориентированной терапии, те же самые, которые имеются в психоаналитической терапии, такие как релевантные мечты, страх наказания, агрессивные чувства, трудности в доверии к партнеру, страх перед интимными отношениями, эдипальные чувства и страх перед генитальным увечьем.

Сочетанный подход аналитически ориентированной сексотерапии используется общими психиатрами, которые тщательно подбирают оптимальное время для сексотерапии и выясняют способности больного переносить директивный подход к лечению его сексуальных нарушений.

Методы биологического лечения

Биологические формы лечения имеют ограниченное применение, но этому методу уделяется больше внимания. Внутривенное введение метогекситала натрия (Brevital) применяется для десенситизационной терапии. Антианксиотические вещества можно применять очень тревожным больным, хотя эти препараты нарушают сексуальную реакцию. Иногда побочные эффекты таких препаратов, как тиоридазин и трициклические антидепрессанты, используются для того, чтобы удлинить сексуальную реакцию при таком нарушении, как преждевременная эякуляция. Применение трициклических антидепрессантов показано также при лечении больных, которые испытывают страх перед сексуальными отношениями.

Фармакологический подход включает также лечение подлежащих психических нарушений, которые могут вносить вклад в сексуальную дисфункцию. Например, больные, у которых сексуальная функция нарушена в результате депрессии, обнаруживают улучшение этой функции по мере ослабления депрессии под действием антидепрессантов.

Специфическое лечение дисфункций в целом не является успешным. Тестостерон, который влияет на либидо, оказывает хороший эффект у тех больных, у которых уровень его понижен. У женщин, однако, применение тестостерона приводит к маскулинизации, например к огрубению голоса, увеличению клитора и гирсутизму, причем не все из этих проявлений являются обратимыми при прекращении лечения. Тестостерон противопоказан, когда необходимо сохранить способность к воспроизведению потомства. Случаев афродизий не отмечено. Такие вещества, как порошкообразный рог носорога, оказывают стимулирующий эффект только благодаря силе внушения, создаваемой данной культурой.

Хирургическое лечение показано еще в более редких случаях, но иногда с помощью протезирования органов, способствующих эрекции полового члена, удается улучшить эту функцию у мужчин в случаях, которые не поддаются другим методам лечения, или в случаях, в основе которых лежат органические факторы. Протезирование полового члена у мужчин, которые утратили способность к эякуляции или способность иметь оргазм по причинам органического характера, не позволяет восстановить эти функции. Мужчины с протезами органов, способствующих эрекции, отмечают значительное улучшение сексуальной функции после протезирования. Их жены, однако, получают меньше удовлетворения, чем мужчины. Рекомендуется перед операцией обсудить ее последствия с обоими членами пары, чтобы они имели реальное представление о том, чего следует ожидать от нее в плане их сексуальной жизни. Некоторые врачи прибегают к реваскуляризации полового члена как прямому методу лечения нарушения эрекции, связанного с сосудистыми расстройствами. У больных с корпоральными анастомозами, приводящими к просачиванию крови, которая в нормальных условиях задерживается в полостях тела, что также способствует неадекватной эрекции, подобные хирургические вмешательства могут также иметь хороший лечебный эффект. Относительно длительности данного эффекта сообщения очень малочисленны. Если в основе нарушения эрекции лежит аортоподвздошная окклюзия, может быть показана эндартерэктомия.

Хирургические вмешательства при женской сексуальной дисфункции включают гименэктомию в случаях диспареунии при незавершенных брачных отношениях, вагинопластику у многорожавших женщин, которые жалуются на снижение чувствительности влагалища, или высвобождение клитора при его адгезии у женщин с заторможенным сексуальным возбуждением. Подобные хирургические вмешательства тщательно не проанализированы и их следует применять с большой осторожностью. На несколько часов улучшить эрекцию может инъецирование папаверина в корпоральные тела клитора; однако повторное применение может обусловить сосудистые нарушения, и это лечение нельзя рекомендовать в качестве длительно употребляемого метода.

Результаты лечения Данные об эффективности различных методов лечения сексуальных дисфункций у разных авторов различны. Продемонстрировать эффективность традиционных методов психотерапии так же трудно в области лечения сексуальных дисфункций, как и в целом. В некоторых случаях у больных отмечается улучшение во всех областях, кроме сексуальной. К сожалению, чем тяжелее психопатология и чем длительнее она продолжается, тем более неблагоприятный выход из нее может иметь место.

Наиболее трудны для лечения пары с большими семейными разногласиями. Сложными являются также случаи со страхом перед интимными отношениями, чрезмерной зависимостью или чрезмерной враждебностью. Трудности возникают также с больными с отсутствием желания, импульсивными расстройствами, неразрешенными гомосексуальными конфликтами или с фетишизмом. Плохо поддаются лечению также больные со страхом перед сексуальной жизнью.

Когда применяются поведенческие подходы, легче выделить поведенческие критерии, позволяющие предсказать исход. Используя эти критерии, например, оказалось, что пары, которые регулярно применяют назначенные им упражнения, имеют гораздо большую вероятность хорошего выхода, чем пары, которые обладают в основном садомазохистскими особенностями или имеют депрессивные черты или механизмы обвинения и прожекции. Прогностически благоприятным фактором является также гибкость установки. В целом у более молодых пар сексотерапия успешнее, чем у более пожилых. Те пары, у которых нарушения фокусируются на своих сексуальных проблемах, таких как торможение, фрустрация, страх или неудача или же страх перед половым актом, тоже, как правило, хорошо реагируют на терапию.

Masters и Johnson сообщают о положительных результатах проводимой ими двойной сексотерапии. Они изучали шкалу неудач своих больных; неудача определялась как неспособность к обратному развитию основного симптома дисфункции. Они сравнивали шкалу начальных неудач с результатами, полученными через 5 лет у этих же самых пар. Хотя некоторые авторы критиковали полученные ими результаты, другим авторам удалось подтвердить их, в частности, доказать эффективность разрабатываемого ими подхода. Однако один врач, занимающийся двойной сексотерапией, не в состоянии получить таких результатов, какие могут быть получены группой специалистов, занимающихся двойной сексотерапией.

В целом методы, которые оказались эффективными сами по себе или в комбинации, включают десенситизацию, прямое консультирование женатой пары, традиционные психодинамические подходы и групповую терапию. Хотя лечение пар от сексуальных дисфункций является методом предпочтения для многих врачей, лечение отдельных членов пары также имеет большое значение.