**Сексуальные расстройства**

Сексуальное влечение функционально связано с возбуждением и оргазмом и ранее не выделялось в особую реальность. Однако влечение имеет свои нейрофизиологические и анатомические особенности, следовательно, либидо может быть нарушено само по себе, тогда как остальные сексуальные фазы могут оставаться в норме. Известно, что интерес человека к сексу может быть ослаблен при определенных болезненных состояниях и в случаях фармакологических интоксикаций. Психогенные факторы играют такую же большую роль в возникновении сексуальных расстройств, как и биологические. Также играют большую роль супружеские взаимоотношения, которые могут либо усиливать, либо ослаблять эротические чувства мужа или жены. В 1986 году расстройства сексуального влечения были разделены на две группы: гипоактивные сексуальные влечения и расстройства по типу сексуального избегания. Гипоактивные сексуальные влечения характеризуются «спокойным» сексуальным воздержанием (у человека отсутствует интерес к половой активности), тогда как проявлением расстройств по типу избегания является паническое бегство от секса или активное к нему отвращение, в основе которых часто лежат неврозы тревоги. [1, с.30]

Итак, данный подход опирается на трехфазовую модель сексуальных расстройств. Основным принципом подхода является положение о том, что симптомы психосексуальных нарушений есть неизменный результат действующих деструктивных процессов и проявлений психологической защиты. Эти причины «находят выход» в многочисленных и комплексных факторах стресса как органического, так и психогенного характера, что отрицательно сказывается на сексуальной жизни человека. В соответствии с данной моделыо неосознанные сексуальные конфликты, негативные «сообщения» о сексе, неврозы, корни которых находятся еще в раннем психосексуальном развитии пациента, образуют глубинную этиологическую структуру в сексологической симптоматике супружеской пары.

На первый взгляд, сексуальный рефлекс у мужчин и женщин кажется одномоментным событием. У мужчин эрекция переходит в семяизвержение, у женщин выделение смазки (любрикация) и припухание половых органов заканчиваются оргазмом. Однако на самом деле сексуальная реакция обоих полов включает две раздельные фазы. Эти фазы аналогичны у мужчин и женщин. Эти фазы могут быть нарушены раздельно, что приводит к различным синдромам сексуальных расстройств.

Первая фаза заключается в обильном притоке крови к половым органам (генитальная вазогиперемия). Вторая фаза — оргазм, который представляет собой серию последовательных клонических сокращений генитальной мускулатуры.

У мужчин эрекция связана с вазогиперемией кровеносных сосудов пениса. Оргазм представляет собой отдельную реакцию. У мужчин он состоит из двух стадий: эмиссии и эякуляции (семяизвержения).

Аналогичные два события имеют место у женщин. В ответ на сексуальное возбуждение происходит вазогиперемия кровеносных сосудов половых губ и тканей, окружающих влагалище. Вазогиперемия приводит к выделению вагинальной смазки. В отличие от мужского женский оргазм включает только одну стадию (отсутствует фаза эмиссии).

Нарушения отмеченных реакций или отдельных фаз этих реакций приводит к сексуальным расстройствам. Имеется шесть видов сексуальных расстройств: три женских и три мужских.

Импотенция является следствием нарушения эрекционного рефлекса. При импотенции может сохраниться способность к эякуляции. Имеются два расстройства семяизвержения: преждевременная эякуляция и замедленная эякуляция. Преждевременная эякуляция выражается в отсутствии волевого контроля за реакцией оргазма, и пик полного возбуждения у мужчин наступает слишком быстро. Пациенты с задержкой эякуляции, наоборот, страдают от чрезмерного непроизвольного контроля.

Вагинизм — это специфическое нарушение, которому нет аналогов у мужчин. Это нарушение связано с судорожным рефлекторным сокращением мыши преддверия влагалища, возникающее при попытке полового проникновения (интроитус).

Два других расстройства половой функции у женщин аналогичны импотенции и замедленной эякуляции у мужчин. Женщина с полным отсутствием сексуального возбуждения, как мужчина со слабой эрекцией, не способна реагировать на сексуальную стимуляцию. Второй вид расстройств связан с нарушением оргазма.

Сексуальные реакции являются тонкими чувственными переживаниями, и они могут с легкостью подавляться в результате какого-либо негативного воздействия или психологического конфликта. Условием нормальной половой активности является отсутствие негативных эмоциональных реакций и состояний, а также устранение чрезмерного сознательного контроля, т.е. нормальный секс предполагает устойчивое эмоциональное состояние, при котором человек полностью предается эротическим переживаниям.

Ранее считалось, что только глубокий невроз может привести к нарушению половых функций. Сильные патогенные и регрессивные конфликты, основанные на инфантильных бессознательных страхах, являются единственными составляющими факторами сексуальных расстройств. Эти конфликты возникают в раннем детстве. Патологические отношения с родителями приводили к фобиям, тревожным состояниям и созданию механизмов психологической защиты.

Предполагалось, что разрешение бессознательного конфликта способно устранить сексуальные расстройства. Бихевиористы считают, что корни психопатологии часто уходят не так далеко. Тревожность по поводу «изъянов» сексуальных действий, внешние проявления неуверенности, напряженность в общении с партнером, беспокойство, связанное с непониманием человеческих реакций партнера, могут в равной степени привести к многочисленным сексуальным проблемам.

Причины сексуальных расстройств могут быть различны. Сексуально закрепощенное общество до недавних пор не воспринимало секс как естественное проявление. Обстоятельная информация о сексуальных реакциях не была доступна всем, что приводило к невежеству в данных вопросах. Однако несоответствие между реальностью и завышенными ожиданиями способно порождать обостренное чувство тревоги и вины. Эти чувства могут приводить к отказу от секса или ограничивать половую активность. Таким людям обычно можно помочь с помощью обычных просветительских консультаций. Чувство вины по поводу получения удовольствия вообще и сексуального в частности характерно для нашего общества. При физических ласках и проявлениях нежности появляющееся чувство удовольствия вызывает у некоторых людей ощущение вины и греховности.

Причины сексуальных расстройств у иных людей лежат гораздо глубже. Речь идет о людях, сексуальные проблемы которых связаны со страхом неудач, склонностью к сознательному самоконтролю во время полового акта, навязчивыми страхами быть отвергнутыми. Люди этой группы хорошо поддаются воздействию кратких сеансов терапии, позволяющих создать атмосферу надежных, устойчивых и искренних взаимоотношений в ходе их сексуальной активности.

Нередко неврозы и психозы сопровождаются сексуальными расстройствами. Партнеры людей с сексуальными дисфункциями могут страдать тяжелыми нарушениями эмоциональной сферы. Взаимосвязь сексуального нарушения и невроза не является жестко фиксированной и однозначной. Хотя некоторые нарушения являются следствием психогенного конфликта.

У предрасположенных к неврозам людей их половая активность приобретает символическое значение и используется в качестве психологической защиты. Примерами таких случаев может стать предварительная эякуляция у мужчин, символизирующая его протест против «жены-матери»; другой пример: неспособность к сексуальному отклику женщины, которая мечтает видеть в муже «суперпапу», любовь которого может дать ей восстановление самоуважения.

Характер взаимоотношений супругов является важным фактором сексуального «здоровья», а также влияет на исход терапевтического лечения. Супруги, любящие друг друга, действительно хотят нормальной половой активности и полноты ощущений как на сознательном, так и на подсознательном уровне. Такие пациенты не склонны рассматривать свое сексуальное улучшение как угрозу для себя или как еще один возможный конфликт. Совершенно иная картина наблюдается при глубоко враждебных отношениях между супругами, даже если на поверхности все кажется гладким и нормальным. В таких случаях желание улучшить половую активность партнеров наталкивается на подсознательное стремление причинить боль своему партнеру и держаться от него на расстоянии. Подобные неосознанные опасения могут активизировать серьезное сопротивление со стороны пациентов, препятствующее терапевтическому лечению. Враждебность по отношению к супруге (супругу) может сводить на «нет» удовольствие от секса. Если человек проявляет устойчивую амбивалентность или чувствует себя неравноправным, понукаемым, ощущает себя как жертву, у него возникает стойкое нежелание расточать ласки в отношении другого члена супружеской пары. Иные враждебно настроенные партнеры сами не позволяют возбуждать себя. Возбуждение для таких людей равносильно вмешательству, посягательству на личность, чему они стойко противостоят. Сексуальное расстройство, независимо от характера супружеских связей, может играть важную роль в системе брака. Импотенция для мужчины может стать способом осуществления контроля над своей женой, а для нее она может означать стабильность взаимоотношений.

**Расстройства, связанные с фазой сексуального влечения**. После признания этих расстройств в качестве объективно существующих стало очевидно, что трудности, связанные с потерей интереса к сексу, могут стать едва ли не самыми частыми проблемами, встречающимися в практике.

Подавленное (гипоактивное) сексуальное влечение (ПСВ). Утрата некоторыми супружескими парами влечения не приводит к значительным нарушениям личности или сексуальным конфликтам, и супруги ведут нормальную брачную жизнь. Однако пациенты с ПСВ, как правило, обладают целым «букетом» сложнейших внутренних психологических и или брачных конфликтов.

Сексуальная анорексия (полная потеря сексуального влечения). Сексуальная анорексия может быть вызвана психогенными факторами, но в равной степени может стать биологическим проявлением депрессии, алкоголизма, различных заболеваний и воздействий лекарственных средств.

К непосредственным проявлениям ПСВ относятся: — скрытые формы сексуального избегания;

вызывание «антифантазий», блокирующих сексуальные переживания («копание» в отрицательных качествах партнера; вызывающие тревогу переживания (воспоминания), которые проявляются как до, так и во время сексуальных действий);

* тревога, связанная с ощущением неполноценности собственных сексуальных действий;
* отказ от адекватной физической и или психологической стимуляции во время сексуальных действий;
* подавление вспомогательных эротических фантазий.

Пациенты со скрытыми конфликтами в интимной сфере особенно чувствительны. Здесь типичны проблемы эмоциональной близости.

**Расстройства по типу сексуального избегания и сексуальных фобий**. Непосредственными проявлениями данного расстройства являются иррациональный страх пациента или его полное отвращение к сексу. Навязчивый страх усиливается непреодолимым желанием избегать ситуаций, которые вызывают тревожные состояния и неприятные сексуальные переживания. Таким образом, пациент пытается избежать и терапевтического вмешательства, направленного на коррекцию его негативного опыта.

Нередко избегание секса или отвращение к нему, связанные с фобиями, составляют изолированный синдром нормального во всех иных отношениях человека. В остальных случаях сексофобии являются симптоматическим проявлением неврозов или проявлением специфических для конкретного человека беспокойств, возникающих на почве личных супружеских взаимоотношений.

**Расстройства, связанные с фазой возбуждения**. Фригидность — сексуальная женская безответность (ареактивность). Сексуально ареактивная женщина не испытывает эротических ощущений или сексуальных удовольствий. Она не проявляет физиологических признаков возбуждения. Ее сознательное отношение к сексу изменчиво. Она может относиться к сексу с отвращением, нейтрально, а иногда даже наслаждаться физическим контактом.

Психодинамика фригидности выражается в следующих основных проявлениях. У женщины возникает бессознательный конфликт, мешающий ей переживать удовольствие от контакта с мужчиной. Как правило, данная форма расстройства связана не с единичным конфликтом, а проявляется как синдром. К проявлению этого расстройства относятся страхи, связанные с эдиповым комплексом, враждебность по отношению к мужчинам вообще или к конкретному мужчине, страх быть отвергнутой, если она позволит себе «внутренне расслабиться»; беспокойство по поводу «должного» исполнения своих сексуальных действий, чувство стыда по поводу проявления эротичности и т. д. Специфические механизмы защиты, характерные для фригидных женщин, фактически не позволяют им проявлять свою сексуальную реакцию. Женщины либо избегают получения адекватной стимуляции со стороны мужчины, либо, если она не препятствует своему любовнику возбуждать ее, у нее формируется механизм перцептивной зашиты, препятствующий получению удовольствия от этого возбуждения. Она, в буквальном смысле, не позволяет себе переживать какой-либо сексуальный отклик и предаваться сексуальным переживаниям Страх быть отвергнутой — еще одна типичная причина фригидности женщин, особенно в случае ситуационных расстройств.

Импотенция — расстройство эрекционной функции. Эрекция — это нейрососудистый рефлекс, проявление которого связало с гормональным обеспечением, анатомическими механизмами, а также с работой специфических нейрорецепторов. Нарушение любого из этих компонентов приводит к расстройству физиологической составляющей потенции. Но даже при целостности анатомо-физиологического компонента эрекции отмечается особая «чувствительность» эрекционной составляющей к деструктивному воздействию неосознанных конфликтов и вообще к эмоциональным воздействиям. При эмоциональной неустойчивости и наличии психологических конфликтов у мужчины, совершающего половой акт, его эрекционный рефлекс может быть с легкостью нарушен.

Существуют и эмоционально деструктивные факторы импотенции. К таким эмоциональным факторам относятся страх «изъянов» в своих сексуальных действиях, возможность быть отвергнутым женщиной; ожидание импотенции из-за неудачного эпизода в прошлом; сверхозабоченность, связанная с необходимостью удовлетворять женщину; культурно навязанное ощущение вины по поводу сексуальных удовольствий.

Эти тревоги и глубоко укоренившиеся страхи могут проявляться у мужчин во время полового акта, что приводит к отказу от половой жизни. Полная самоотдача в сексе — вот обязательное условие нормальной эрекции.

Эротические фантазии — идеальное средство защиты от тревоги, позволяющее усилить сексуальное реагирование. Однако супруги нередко с эмоциональным напряжением реагируют на свои собственные эротические фантазии и или на фантазии своих партнеров. Они переживают вину и стыд, опасаясь, что содержание фантазий «ненормально и говорит о болезни», С ощущением ревности и или вины они относятся к тому, что во время полового акта им видится что-то чуждое или кто-то посторонний, тогда как они «должны» проявлять честность в своих взаимоотношениях.

Восстановление потенции, как и восстановление любой иной сексуальной функции, сопровождается чувством облегчения и радости.

Расстройства, связанные с фазой оргазма. Замедленная эякуляция. Это непроизвольное подавление оргастического рефлекса мужчины. Мужчина с данным нарушением способен испытывать сексуальное возбуждение, иметь хорошую потенцию, однако даже при полной стимуляции у него проявляется нарушение рефлекса семяизвержения.

Преждевременная эякуляция. Мужчина с преждевременной эякуляцией достигает оргазма настолько быстро, что «занятие любовью» нередко разочаровывает обоих партнеров. Суть преждевременной эякуляции заключается в отсутствии произвольного контроля за эякуляционным рефлексом. Эрекция не поддается контролю, тогда как оргазм и эякуляция поддаются такому контролю. Человек в норме способен задержать оргазм или «отпустить» его по своему желанию. Мужчина с данным нарушением этого сделать не может.

Нарушение оргастической функции у женщин. Необходимо проводить различие между полностью безответными женщинами (полная фригидность) и женщинами, способными испытывать эротические переживания, но у которых имеются разного рода проблемы при достижении оргазма. Ранее частичная и полная безответность женщин объединялись в единое понятие «фригидность».

Оргазм, как и всякий иной рефлекс, характеризуется определенными параметрами, динамикой и пороговыми характеристиками. Однако понятие нормы для этого важного рефлекса не известно.

Доверительные отношения с родителями, общая эмоциональная открытость семейных отношений, неханжеское отношение родителей к телу и наготе, отсутствие жестких вербальных запретов и способов управления детьми, в основу которых ложатся чувства вины и стыда, — все это факторы, облегчающие ребенку формирование здорового отношения к сексуальности и снижающие риск появления сексуальных расстройств в будущем.

Чувства вины и стыда ложатся в основу садизма и мазохизма, формируют негативные представления о самоудовлетворении, получении удовольствия, а также проявлении эротичности в целом. Такие сексуальные расстройства, как импотенция, фригидность, замедленная эякуляция, нарушение оргастической функции у женщин и некоторые другие, возникают и коренятся на этих чувствах. [2, с.664-447]

Как правило, причина нарушения сексуальных отношений лежит в сфере отношений между партнерами. Часто существенную роль играет предшествующий опыт, история, переживания юности, детства. Но как бы там ни было, данное поведение всегда реализуется в контакте с конкретным, живым человеком, и от поведения этого человека во многом зависит способность мужчины к совершению сексуальных действий. Очень многим мужчинам на первых этапах сексуальной активности присущи робость, стеснительность, повышенное стремление к самоконтролю, неспособность увлечься непосредственными эмоциональными ощущениями. Поскольку сексуальный контакт осуществляется за счет автоматизированных физиологических реакций, которые в очень малой степени поддаются волевому контролю, он требует минимального участия сознания. В тех же случаях, когда имеются повышенная заинтересованность в результатах своей деятельности и стремление подчинить ее волевому контролю, очень часто наблюдается противоположный эффект. Там, где деятельность должна носить автоматический характер, контроль со стороны сознания ее только ухудшает. В таких случаях могут наблюдаться недостаточно полная эрекция (напряжение полового члена), иногда даже ее отсутствие, ускоренная эякуляция (семяизвержение) и другие нарушения. Если такого рода неудачи воспринимаются чрезвычайно болезненно, а кроме того, отмечаются и подчеркиваются партнером, то возникает невротическая патологическая связь между данным конкретным партнером и сексуальным поведением. В дальнейшем это может привести к формированию стойкой негативной реакции и состоянию импотенции.

Если с самого начала человек обращается за помощью к врачу или психологу, который проводит соответствующую работу с супружеской парой, создает условия для коррекции этого состояния, то все довольно быстро удается исправить. В тех же случаях, когда индивид остается без помощи или же получает непрофессиональную помощь, данное состояние может укрепиться и превратиться в стойкий, болезненный симптом. Чаще всего в подобных ситуациях развивается не импотенция, а снижение сексуальной активности. Из-за того, что супруги остаются оба неудовлетворенными сексуальным опытом, они сокращают количество половых актов, что в свою очередь приводит к ухудшению их качества, и в конечном итоге делает интимные отношения дисфункциональными. Статистика показывает, что таких семейных пар около 30 %, при этом жены склонны обвинять в развившейся дисгармонии своих мужей, и некоторые, наиболее смелые из них, стремятся найти удовлетворение во внебрачных сексуальных связях. Мужья, в свою очередь, готовы обвинить своих жен в том, что они не способны вызвать у них соответствующие эмоции, отмечают несоответствие темпераментов либо эмоциональное охлаждение. И в том, и в другом случае взаимные обвинения ни к чему не могут принести, они порождают скрытую озлобленность, раздражительность и служат прекрасной питательной средой для развития самых разнообразных конфликтов на бытовой почве. Чаще всего браки такого рода заканчиваются после того, как бывает найден более подходящий сексуальный партнер.[3, с.122-123]

**Литература**

1. Семья в психологической консультации. Опыт и проблемы психологического консультирования. Под ред. А.А. Бодалева, В.В. Столина. М.: Педагогика, 1989. – 208с.

2. Шнейдер Л.Б. Основы семейной психологии: Воронеж: НПО «МОДЭК», 2005. — 928 с

3. Херсонский Б.Г., Дворяк С.В. Психология и психопрофилактика семейных конфликтов. К.: Здоровье, 1991. – 192с