**Теоретический обзор функциональных сексуальных расстройств**

Наталья Крамская

**Функциональные сексуальные расстройства. Определение понятий и причины.**

Функциональные сексуальные нарушения являются расстройствами, при которых отсутствует способность ощущать сексуальное удовлетворение или невозможно осуществление полового акта, приводящего к сексуальному удовлетворению, несмотря на наличие всех анатомо-физиологических предпосылок и отсутствие направленности на необычные сексуальные цели.

От функциональных сексуальных расстройств следует отличать:

а) органические сексуальные нарушения, обусловленные соматической патологией, препятствующей развитию сексуального чувства или реализации полового акта, либо вторичными поражениями в результате травм или заболеваний;

б) сексуальные девиации, отклонения в половом инстинкте, при которых отмечается анормальная сексуальная ориентация пациента (например, гомосексуализм, педофилия) или необычный способ достижения полового удовлетворения (садомазохизм, эксгибиционизм и др.).

В научной литературе встречаются понятия «расстройства половой функции» и «половые дисфункции». Однако оба эти понятия более широки и включают половые нарушения функциональной и органической природы.

К выделению функциональных сексуальных расстройств можно приступать при наличии априорной логической классификации, т. е. в соответствии с сексуальными феноменами, которые могут быть затронуты нарушением, но обязательно с учетом синдромов, чаще всего встречающихся в клинической практике. Приведем классификацию с учетом отдельных компонентов половой реактивности, которые могут быть нарушены. К ним относятся половое влечение, осуществление полового акта и достижение оргазма.

1. Половое влечение. Половое влечение, или либидо, представляет собой стремление к половому акту, связанное с эротически-сексуальной активностью. Аномальное повышение полового влечения обозначается как гиперэротизм (у мужчин- сатириаз, у женщин -нимфомания), а снижение или отсутствие — как гиполибидемия и алибидемия, или фригидность. В клинической практике фригидность чаще встречается у женщин, чем у мужчин.

Некоторые современные англо-саксонские авторы вместо недифференцированного понятия «фригидность женщины» пользуются терминами «тотальная женская половая дисфункция», «гипоактивное половое желание» или «сниженное половое влечение».

2. Осуществление полового акта. Для осуществления полового акта y мужчины должна возникнуть соответствующая эрекция, появляющаяся при половом возбуждении непроизвольно. Недостаточность эрекции или ее отсутствие, а также ее кратковременность приводят к невозможности осуществления полового акта. Эти нарушения обозначаются как расстройства эрекционной потенции или эрекционная импотенция. Это наиболее часто встречающееся в клинической практике нарушение. Если придерживаться четырехфазного цикла полового акта, условно разделенного на фазы возбуждения, плато, оргазма и разрядки, то в данном случае речь идет о нарушении первой фазы.

У женщин этому соответствует фаза любрикации — увлажнение стенок влагалища транссудатом, набухание клитора и малых половых губ, расслабление входа во влагалище. Наружные половые органы женщины при этом становятся чувствительными к тактильным раздражениям, что вызывает специфическое психическое ощущение полового возбуждения. При расстройствах в этой фазе у женщин может возникнуть отсутствие увлажнения и других местных реакций, облегчающих половой акт, или снижение и даже отсутствие чувствительности половых органов к сексуальной стимуляции (рукой при прекоитальной подготовке или половым членом при фрикциях), что называют сексуальной гипестезией или сексуальной анестезией. Обычно эти расстройства сочетаются с фригидностью или аноргазмией и практически никогда в клинической практике не диагностируются самостоятельно.

Отдельной клинической формой, относящейся к этой же фазе у женщин, является непроизвольный спазм околовлагалищных мышц, что затрудняет пенетрацию. Эта форма расстройств называется вагинизмом.

3. Оргазм. Достижение оргазма может быть значительно облегчено или затруднено. Быстрое достижение оргазма у женщины редко становится предметом ее беспокойства, так как она может без всяких затруднений продолжать половой акт и повторно достигнуть оргазма. Редкое достижение и отсутствие оргазма, называемые олигооргазмией и аноргазмией, у женщин встречаются часто.

У мужчин, наоборот, быстрое возникновение эякуляторного рефлекса снижает шансы на сексуальное удовлетворение женщины. Это нарушение, обозначаемое термином «преждевременная эякуляция», также часто является проблемой. Реже встречается ретардированная (задержанная) эякуляция и ее отсутствие. Очень редко встречается отсутствие психического компонента оргазма, когда эякуляция возникает, но не наступает чувство полового удовлетворения. Это расстройство обозначают как impotentia satisfactionis.

Функциональные сексуальные нарушения чаще всего имеют психогенную причину. Также имеют значение различные конституциональные факторы и другие предрасполагающие обстоятельства, особенно возраст. К психогенным факторам относятся: 1) недостаточно эффективная стимуляция; 2) отрицательные эмоциональные влияния; 3) впечатления прошлого, отрицательное влияние семьи, характер воспитания в детстве и психические травмы в сексуальной области; 4) проблемы партнерских связей; 5) особенности характера, наличие невротических или психопатических расстройств. Эти факторы мы будем рассматривать в дальнейшем в связи с соответствующими нарушениями.

**1.1 Нарушения эрекции**

Расстройства эрекции заключаются в отсутствии (или недостаточности) увеличения и уплотнения полового члена, что затрудняет или исключает проведение полового акта. Обычно эрекция недостаточна при подготовке к половому акту или резко ухудшается в критический момент перед иммиссией полового члена.

Первичные нарушения эрекции отмечаются с самого начала половой жизни. При этом пациентам либо ни разу не удавалось совершить половой акт, либо они всегда испытывали затруднения с эрекцией. О вторичных нарушениях эрекции речь идет тогда, когда они возникают после некоторого периода нормально протекавшей половой жизни. При генерализованных расстройствах эрекция нарушается в любых обстоятельствах и с любыми партнершами, а при относительных (или селективных) она нарушается только в определенной ситуации или с определенной партнершей (например, с женой или, наоборот, при внебрачных контактах). Нарушения эрекции могут выраженно негативно влиять на эмоциональную сферу мужчины, оказывать фрустрирующее воздействие, приводить к невротизации, конфликтным супружеским отношениям, реактивной депрессии, суицидальным мыслям и попыткам. Импотенция глубоко нарушает чувство уверенности у мужчины.

Функциональные нарушения эрекции возникают без признаков органической патологии. В этиологии их основную роль играют психогенные и конституциональные факторы, предрасполагающим фактором является возраст свыше 40 лет.

От функциональных следует отличать органические расстройства, при которых следует устранить основную причину. Органическими причинами нарушений эрекции могут быть:

а) аномалии или заболевания гениталий, например, недостаточное развитие половых органов, пластическая индцурация полового члена, гипоспадия, морфологические изменения после травм, фимоз, воспаления, вызывающие боль при эрекции, пенетрации или эякуляции (баланиты, уретриты, простатиты и т. д.);

б) неврологические расстройства, прежде всего повреждения центральной нервной системы, особенно в пояснично-крестцовых отделах спинного мозга, и соответствующих нервных проводников, рассеянный склероз, сиринго-миелия, спинная сухотка;

в) эндокринные нарушения, особенно недостаточное образование андрогенов;

г) сосудистые нарушения, например, стеноз, гипоплазия или облитерирующие атеросклеротические изменения сосудов, снабжающих кровью кавернозные тела полового члена;

д) сахарный диабет, при котором возникают ангиопатические изменения в кавернозных телах и диабетическая нейропатия вегетативных нервных волокон в поясничной области;

е) токсические влияния, например, при хроническом алкоголизме, приеме некоторых медикаментов антихолинергического и парасимпатиколитического действия, эстрогенов, а в некоторых случаях — высоких доз (или при длительном применении) некоторых нейроплегических, антидепрессивных и гипотензивных средств.

Частота органических нарушений эрекции, по данным разных авторов, колеблется от 10% до 15-20%. Например, сотрудники Всесоюзного научно-методического центра по вопросам сексопатологии в Москве считают, что значительную роль в возникновении расстройств эрекции играют органические факторы (как актуальные, так и оказавшие в прошлом влияние на развитие организма), которые, как правило, обнаруживаются и при наличии явных психогенных факторов.

О преимущественно функциональном характере нарушений эрекции свидетельствуют: а) возникновение эрекций во сне (в стадии быстрых движений глаз); б) наличие эрекции при мастурбации; в) возникновение эрекции при тактильной стимуляции в прекоиталыюй фазе или при обстоятельствах, исключающих возможность проведения полового акта; г) связь возникновения нарушений эрекции только с определенными партнершами или только в определенных ситуациях.

Функциональные сексуальные расстройства могут иметь различные причины психогенного характера, приведенные ниже.

а. Ситуационные факторы. Неблагоприятные условия для проведения полового акта, например отсутствие возможности полной изоляции, возможность прихода другого лица, страх перед возможностью возникновения беременности или боязнь заразиться венерическим заболеванием. Эти факторы чаще всего отмечаются у молодых неженатых мужчин, скрывающих половую связь, при проживании супругов совместно с родственниками, а позже — с детьми.

б. Травмирующие переживания. Речь идет о неприятных переживаниях (страх, вина) или неприятных событиях, связанных с предшествующей половой активностью. Положительные эмоции, возникающие при половых отношениях, наоборот, способствуют стимуляции полового влечения и эрекции.

в. Проблемы партнерства. Проблемы партнерских взаимоотношений, наличие конфликтов, «агрессивное поведение» женщины, которая проявляет неудовольствие, насмехается над мужчиной или ведет себя холодно, борьба за лидерство, подозрения в неверности, охлаждение взаимоотношений и нарушение взаимопонимания — все эти факторы могут привести у некоторых мужчин к расстройствам потенции.

г. Особенности мужчин. Некоторые мужчины способны осуществить половой акт и при неблагоприятных условиях, а неудачный половой акт не вызывает у них страха или чувства тревоги перед последующей возможной неудачей. Однако ряд мужчин весьма раним в этом отношении. Речь идет о лицах со склонностью к тревожности, чувству собственной неполноценности, ипохондрии, самоанализу, с чертами психастении, с чувством чрезмерной ответственности за успешное осуществление полового акта из-за собственного престижа или из-за желания доставить женщине полное сексуальное удовлетворение. Расстройства потенции чаще возникают у акцентуированных, аномальных или психопатических лиц, имеющих затруднения в социальных и эмоциональных контактах. Отсутствие адекватных эрекций при нормальной гетеросексуальной активности может быть также проявлением девиантных сексуальных влечений (например, гомосексуализм, педофилия, садомазохизм и др.).

д. Психические состояния и психические расстройства. Состояния усталости, переутомления и депрессии часто бывают связаны с нарушениями эрекции. При реактивных депрессиях следует уточнить, является депрессия следствием или причиной сексуальных расстройств. Эндогенная депрессия приводит к снижению общего витального потенциала и, параллельно, к снижению сексуальной активности. При неврозах нарушения эрекции могут быть одним из «органных» признаков невроза.

**1.2 Преждевременная эякуляция**

О преждевременной эякуляции (ejaculatio ргаесох) говорят тогда, когда мужчина не может продлить половой акт более 1 мин. Об относительно преждевременной эякуляции речь идет тогда, когда половой акт более продолжителен, но при большинстве половых актов продолжительность эта недостаточна для получения женщиной сексуального удовлетворения.

Половой акт, длящийся менее 3 мин, обозначают как coitus brevis. Когда эякуляция наступает перед или во время иммиссии, это обозначают как ejaculatio ante portas или intra portas.

В литературных источниках, посвященных этой проблеме, нет четкого определения преждевременной эякуляции. Кроме приведенного выше временного критерия, к которому присоединяемся и мы, имеются еще два значительно различающихся понятия.

a. Masters, Johnson (1970) считают преждевременной эякуляцию тогда, когда мужчина примерно в 50% половых актов неспособен вызвать половое удовлетворение у партнерши. Однако этот критерий в значительной степени зависит от сексуальной реактивности женщины, которая может значительно варьировать.

б. Kaplan (1974) связывает с понятием преждевременной эякуляции нарушение произвольного контроля над эякуляторным рефлексом, неспособность мужчины переносить высокую степень полового возбуждения без возникновения рефлекторной эякуляции. Однако связывать с нормой наличие произвольного контроля над этим рефлексом весьма проблематично.

Нет также единого мнения о том, какую длительность полового акта следует считать нормальной. Г. С. Васильченко (1977) на основании наблюдения 10 супружеских пар сделал вывод, что средняя продолжительность полового акта у здоровых мужчин составляет около 2 мин со средним количеством фрикций 62. Он считает, что если эти параметры не снижены, то мужчина не нуждается в проведении терапии. Если же принять данные Fisher (1973) о том, что средняя длительность полового акта, которая необходима для достижения оргазма женщинами, составляет 8 мин, то из этого следует, что значительное число женщин вообще не смогут получить полового удовлетворения. Сведения, полученные Г. С. Васильченко, в значительной степени соответствуют данным Kinsey, Pomeroy, Martin (1948) о том, что у 3/4 опрошенных мужчин эякуляция возникает примерно через 2 мин от начала полового акта. Согласно статистическим данным, полученным Gebhard (1966) при обследовании 1000 супружеских пар, средняя продолжительность полового акта составляет 4-7 мин. LoPiccolo (1978) считает, основываясь на этой статистике, что лечение показано мужчинам, у которых половой акт длится менее 4 мин. Наконец, Hunt (1974) приводит сведения о том, что средняя длительность полового акта у супружеских пар в США составляет около 10 мин и зависит от социальных и культурных условий.

При анкетном опросе, проведенном в ГДР Schnabl в 1972 г., 50% мужчин и женщин указали, что половой акт у них длится более 5 мин, и чем дольше он продолжается, тем чаще женщины достигают оргазма. По данным Gebhard (1966), полученным при опросе 964 женщин, напротив, оказалось, что многие женщины достигали полового удовлетворения при относительно кратковременной длительности полового акта. При продолжительности акта около 1 мин 27% женщин достигали оргазма, а 61-66% женщин достигали оргазма при значительно большей продолжительности акта — около 12 мин. При продолжительности акта 1 -11 мин около 50% женщин постоянно испытывали оргазм, независимо оттого, длился акт 1-2 мин или 8-11 мин. Gebhard объясняет это тем, что в одних случаях короткую продолжительность полового акта мужчина компенсирует более длительной подготовкой, в других же случаях, когда женщины быстро достигают оргазма, мужчина, приспособившись к такому темпу, не стремится продлить половой акт.

Masters, Johnson (1970) при лабораторных обследованиях обнаружили, что женщина при мастурбации обычно достигает оргазма в течение 3 мин. При сравнении этих результатов с данными анкетных обследований оказалось, что сексуальная реактивность женщин при обычном половом акте ниже, чем при мастурбации. Это соответствует и выводам Schnabl (1972) о том, что при мастурбации женщина осуществляет стимуляцию согласно своим ощущениям, а при половом акте она обычно должна приспосабливаться к партнеру. Половой акт придает сексуальному возбуждению и оргазму у большинства женщин более глубокое интерперсонально-эмоциональное качество.

Опираясь на данные Г. С. Васильченко и Kinsey, пациента, высказывающего озабоченность по поводу непродолжительности полового акта, можно успокоить, сказав, что его половая реактивность в целом нормальна, следует только помочь ему удлинить половой акт до достижения партнершей полового удовлетворения. Необходимо также помнить, что у мужчин ощущение оргазма, независимо от полового удовлетворения партнерши, бывает более сильным, когда его достигают при постепенном нарастании полового возбуждения, а не форсируя его.

При клиторном типе сексуальной реактивности половое удовлетворение зависит от места стимуляции больше, чем от длительности интравагинальных фрикций, которые сами по себе не играют роль пускового механизма в наступлении оргазма. Непрямое раздражение клитора при ритмическом растяжении малых половых губ при коитальных движениях часто бывает неэффективным, поэтому следует осуществлять более энергичную стимуляцию области клитора, а не удлинять продолжительность полового акта.

К причинам преждевременной эякуляции относятся:

а. Низкая частота половых актов, приводящая к чрезмерному сексуальному «заряду» и повышению сексуальной возбудимости. Это может встречаться у молодых мужчин при первых сексуальных контактах, при длительном отсутствии партнера или отсрочке полового акта из-за болезни.

б. Тревога и страх во время полового акта, связанные либо с внешними факторами, либо с беспокойством из-за возможного неудовлетворения женщины и проблем взаимоотношения с нею.

в. Привычка к быстрому наступлению эякуляции, чаще возникающая у молодых мужчин при неблагоприятных условиях для проведения полового акта, либо при длительных половых отношениях с фригидной женой, которая хочет быстрее прекратить половой акт.

г. Органические факторы, повышенная местная раздражительность при короткой уздечке полового члена, которая чрезмерно напрягается при фрикциях (в таких случаях следует произвести ее резекцию) или повышенная раздражительность при хронических заболеваниях предстательной железы, при которых должно быть проведено урологическое лечение.

д. Конституциональные факторы, которые, вероятно, являются наиболее частой причиной. Речь идет о вариабельности сексуальной возбудимости, низком пороге эякуляционного рефлекса.

При преждевременной эякуляции можно выделить так называемую астеническую форму, при которой речь идет о раздражительной слабости, часто связанной с нарушениями эрекции.

Эякуляция иногда наступает при неполной эрекции или даже неожиданно, без предшествующего сексуального возбуждения.

**1.3 Ретардированная эякуляция или ее отсутствие**

Ретардированная эякуляция и ее отсутствие в клинической практике встречаются относительно редко. При этих расстройствах пациенты обычно имеют хорошую эрекцию и способны осуществить половой акт, но эякуляция задерживается или не наступает вообще, несмотря на то что стимуляция является вполне достаточной. Следует различать тотальное отсутствие эякуляции и отсутствие эякуляции при половом акте. В первом случае пациент не может вызвать эякуляцию ни одним способом, в другом случае ее можно вызвать с помощью мастурбации, но никогда при половом акте. Вероятно, это связано с недостаточной стимуляцией при половом акте, вследствие чего эякуляторный рефлекс не «включается», или же партнерша способствует подавлению эякуляции. При коитальной анэякуляции пациент может при половом акте вызвать оргазм у партнерши, а сам затем достичь эякуляции при мастурбации. Иногда это осуществляется в присутствии или с помощью партнерши, иногда же присутствие партнерши вызывает угнетение эякуляции, поэтому пациент вынужден производить мастурбацию в одиночестве.

От патологического нарушения эякуляции следует отличать сниженную потребность в эякуляции, что наблюдается с возрастом у некоторых мужчин. Для наступления эякуляции у них следует значительно увеличить число фрикций, а при некоторых половых актах, особенно при частых, она не происходит вообще. В возрасте старше 50 лет не каждый половой акт заканчивается эякуляцией, снижается экскреция спермы и сами акты длятся дольше, чем ранее. Иногда наблюдается так называемая астеническая эякуляция, когда семенная жидкость не извергается, а свободно вытекает.

Своеобразным нарушением является так называемая im potentia satisfactionis, когда отсутствует психический компонент оргазма, т. е. субъективное переживание высшей степени удовлетворения, несмотря на то что эякуляция наступает. Напротив, при применении некоторых лекарств (тиоридазина) может возникнуть так называемая сухая эякуляция, когда при наступлении оргазма не происходит выделения спермы. При ретроградной эякуляции происходит заброс спермы в мочевой пузырь.

Kaplan (1974) описывает «частичное угнетение эякуляторного рефлекса», когда имеется комбинация астенической эякуляции и снижение психического компонента оргазма; переживание оргазма очень слабо выражено.

Органические нарушения редко бывают причиной указанных расстройств. К ним относятся нарушения нервных центров и проводящих путей, повреждения спинального центра эякуляции и соответствующих симпатических волокон, IV поясничного симпатического ганглия при некоторых операциях, например симпатэктомии при артериальной гипертензии, нарушениях тактильной чувствительности на половом члене. Kaplan (1974) приводит случай ретардированной и полностью отсутствующей при половом акте эякуляции у пациента с травмой позвоночника с нарушением чувствительной иннервации нижних конечностей и полового члена. Эякуляция может быть блокирована тирридазином и лекарствами, применяемыми при лечении гипертонии (гуанетидин, исмелин).

Психогенными причинами могут быть различные нарушения взаимоотношений с партнершей, например, амбивалентные отношения, скрытая агрессия, пренебрежение к партнерше и др. Masters, Johnson приводят в качестве казуистической причины ортодоксальное религиозное воспитание, при котором онанизм запрещался и тяжко карался, а травмирующие ситуации возникали, если мужчина был застигнут во время мастурбации или совершения полового акта. Мы наблюдали один случай вторичного угнетения эякуляции, когда в начале супружеской жизни муж задерживал эякуляцию для того, чтобы жена не забеременела. Через некоторое время эякуляция исчезла и ее было невозможно вызвать даже тогда, когда супруги захотели иметь детей. Подобный случай описан Masters, Johnson (1970).

**1.4 Аноргазмия и фригидность (снижение полового влечения)**

Под аноргазмией подразумевают отсутствие чувственного «пика» (оргазма) при сексуальной стимуляции. Как правило, она отмечается у невозбудимых фригидных женщин. Как самостоятельное половое расстройство диагностируется тогда, когда партнерша при сексуальной стимуляции возбуждается, но оргазм наступает редко или вообще не наступает. При редком наступлении оргазма говорят об олигооргазмии. Некоторые женщины не достигают оргазма при половом акте, но достигают его при мастурбации (коитальная аноргазмия), другие же не испытывают его ни при половом акте, ни при мастурбации (тотальная аноргазмия). Некоторые женщины переносят аноргазмию, несмотря на свою возбудимость, без ущерба для здоровья. Половой акт им приятен и доставляет им определенное психическое успокоение и без оргазма, возбуждение у них угасает постепенно. Однако нередко у возбудимых женщин аноргазмия вызывает беспокойство и напряжение (приступы головной боли, бессонница, боли в нижней части живота, раздражительность в отношении с партнером). Сначала это отмечается непосредственно после полового акта, не завершившегося оргазмом, но в дальнейшем может привести к невротическим расстройствам со стойкими симптомами, охлаждению к партнеру и избеганию полового акта, конфликтным супружеским отношениям, а в соматической сфере — к синдрому застойной гиперемии тазовых органов. Когда аноргазмия становится предметом беспокойства, тогда женщина или ее партнер обращаются за советом к психологу. Иногда на необходимость лечиться по поводу аноргазмии женщине указывает психотерапевт, обследующий ее в связи с невротическими расстройствами или супружескими конфликтами.

В этой связи следует уточнить, что подразумевают под женским оргазмом. Он часто определяется как субъективное ощущение женщины в виде пика возбуждения с последующим резким падением психического и мышечного напряжения. Перед достижением оргазма женщина чувствует, что ей хочется продолжать половой акт «все больше и больше», пока внезапно у нее не наступит успокоения и релаксации. Ряд современных авторов усматривают сущность оргазма в объективно регистрируемой физиологической реакции, которая заключается в 4-10 непроизвольных ритмических сокращениях «зоны оргазма» (наружная треть влагалища, разбухшая от полнокровия сосудов) и окружающей мускулатуры сначала с интервалом 0,8 с, а затем реже, как это установили Masters, Johnson (1966). Субъективно отмечается ощущение стягивания или пульсации в области вульвы и влагалища. Однако возникает сомнение относительно того, не обусловлено ли стопроцентное обнаружение указанной реакции в экспериментах подбором женщин с высокой степенью возбудимости, способных испытывать оргазм в лабораторных условиях в присутствии посторонних; являются ли вагинальные сокращения действительно необходимым условием достижения наивысшего удовлетворения у всех женщин и не могут ли некоторые женщины иметь оргазм и без них. Кроме того, при текущем обследовании возникает вопрос, может ли женщина достаточно четко осознавать наличие этих сокращений, даже если они и сопутствуют оргазму. При анкетном опросе 200 женщин некоторые указали, что оргазм у них не сопровождается ощущением стягивания или пульсации. Поэтому в клинической практике в дальнейшем можно придерживаться определения оргазма на основании указаний женщины на его испытывание; при этом можно учитывать, что речь идет о столь своеобразном переживании, что женщина «узнает» его и без ощущения каких-либо сокращений, интенсивные же местные ощущения (приливы тепла, непроизвольные сокращения и пульсация в области влагалища и половых губ) у большинства женщин играют второстепенную роль.

Под фригидностью понимают отсутствие полового влечения и сексуальной возбудимости. Иногда для определения снижения или отсутствия полового влечения (либидо) применяют термины алибидемия или гиполибидемия. Неспособность или низкую способность к сексуальному возбуждению в специфически сексуальной ситуации, а также к реагированию в виде сладострастных (волюптемических) ощущений и увлажнения влагалища, что связано с отсутствием чувствительности половых органов при половом акте, определяют понятием сексуальной анестезии или сексуальной гипестезии. В клинической практике оба эти нарушения, как правило, связаны между собой — женщина, у которой отсутствует половое влечение и которая при сексуальной стимуляции не испытывает полового возбуждения, не достигает обычно оргазма, и таким образом фригидность в большинстве случаев включает и аноргазмию.

Иногда у женщин со сниженным половым влечением могут наступать возбуждение и оргазм вследствие эффективной сексуальной стимуляции, хотя это происходит очень редко. В связи с этим Nedorna, Bartak, Raboch (1954) выделили анестетически-фригидный синдром без оргазма и анестетически-фригидный синдром с оргазмом.

В клинической практике встречались женщины, которые при каждом половом акте возбуждались и достигали оргазма, но сексуальную активность они не проявляли; сексуальное влечение полностью отсутствовало. Другие фригидные женщины считали, что могут достигнуть оргазма с «большим напряжением», но он «не стоит того».

Обычно фригидные женщины обращаются за помощью к врачу по настоянию своих партнеров, обеспокоенных их низкой сексуальной реактивностью.

Аноргазмия и фригидность могут быть первичными или вторичными. Первичные расстройства отмечаются с самого начала половой жизни, вторичные — после некоторого периода нормальных половых отношений. Аноргазмия и фригидность могут быть полными или частичными (гиполибидемия, сексуальная гипестезия, олигооргазмия), генерализованными (абсолютными), т. е. наблюдаться со всеми партнерами и во всех ситуациях, или селективными (относительными).

Селективные расстройства могут отмечаться при интимных отношениях только с определенным партнером (например, с мужем, с мужчиной, которым женщина пренебрегает, или, наоборот, которого она очень уважает) или в определенной ситуации (например, при совместном проживании с родственниками или с детьми), в определенном эмоциональном состоянии (депрессия, беспокойство, страх, опасение забеременеть) и в некоторые периоды жизни. Некоторым женщинам, например, необходим определенный период регулярной половой жизни для того, чтобы у них возникло половое влечение и способность к оргазму.

Аноргазмию в начале половой жизни Bartak (1976) называет «физиологическим дефицитом оргазма», a Hynie (1970) считает анестетически-фригидный синдром начала половой жизни проявлением психосексуальной незрелости.

Аноргазмия и фригидность могут быть обусловлены строгим воспитанием, сексуальными неприятностями в детстве или другими психотравмирующими обстоятельствами, а также неиспользованием эффективной сексуальной стимуляции. Первичная фригидность может быть также конституциональной. Вторичная фригидность иногда возникает при аноргазмии как защитная реакция против частого «беспокойства напрасно».

Необходимость лечения этих расстройств в значительной степени зависит от того, насколько это беспокоит женщину. Они могут служить стрессовым фактором, негативно влиять на настроение, вызывать невротические расстройства, а также могут быть сами по себе симптомами неврозов. В других случаях женщины не страдают от этого и не нуждаются в лечении. Некоторые обращаются за помощью по настоянию партнера или в связи с тем, что чувствуют себя «обделенными» в жизни, сравнивая свои переживания с переживаниями своих более сексуально реактивных приятельниц.

Кроме фригидности, которая заключается в безразличии к половой жизни, иногда наблюдается отвращение к половому акту, сексуальная аверсия. Отвращение может касаться только полового акта, но иногда оно генерализуется и даже на прикосновение партнера (некоторые женщины легче переносят половой акт, чем тактильную стимуляцию партнера). Такая тактильная аверсия часто зависит от нарушения взаимоотношений с партнером или от специфических сексуальных травм.

**1.5 Вагинизм**

Вагинизм — это рефлекторное сокращение мышц входа в таз и других мышц тазового дна, препятствующее введению полового члена во влагалище. Он имеет характер защитного рефлекса, связанного с реальной, ожидаемой или представляемой пенетрацией. Иногда он сопровождается рефлекторным сведением бедер и изгибанием тела (как при опистотонусе), страхом перед дефлорацией, половым актом или какой-либо пенетрацией во влагалище.

Следует различать генерализованный вагинизм, рефлекторно возникающий и при гинекологическом обследовании, и прекоитальный вагинизм, который отмечается только при попытке полового акта. Первичный вагинизм наблюдается при первых попытках проведения полового акта, вторичный — когда прежде половой акт был осуществим. Первичный вагинизм может стать причиной такого супружества, в котором половые отношения отсутствуют в течение многих лет. Либидо и способность к оргазму могут при этом сохраняться или постепенно развиваться (оргазм может быть вызван раздражением области клитора).

Выделяют четыре степени вагинизма. В наиболее тяжелых случаях вагинальное обследование гинекологом возможно только под наркозом. В тяжелых случаях возможно только введение пальца. В менее тяжелых, случаях возможно введение нескольких пальцев, но не полового члена. В легких случаях иногда возможно введение полового члена, но оно всегда сопровождается болью.

В дифференциальном плане следует отличать вагинизм от простого фобического избегания полового акта, при котором спазм не возникает, и от соматических заболеваний или аномалий, которые затрудняют проникновение во влагалище. К ним относятся прежде всего ригидная девственная плева или другие морфологические изменения, воспалительные процессы во влагалище или промежности, которые вызывают боль при попытке полового акта.

Чаще причины вагинизма имеют психогенный характер (зафиксированная рефлекторная защитная реакция на неприятное переживание или более глубокие интрапсихические и интерперсональные причины, связанные с отношением к сексу, или к партнеру). К условнорефлекторным причинам относятся также фиксированные защитные реакции на болезненную либо психотравмирующую попытку половой близости. Первоначальный раздражитель, которым является физическая боль, или психический стресс, вызывает судорожное сокращение мышц. Соматическими факторами могут быть ригидная девственная плева или остаток ее после недостаточной дефлорации, сухость входа во влагалище, воспалительные процессы и т. д. Если рефлекс сформировался, то устранение местных или психических причин не всегда ведет к его погашению. При попытке преодолеть вагинизм силой его проявления усугубляются. Субъективно может сыграть роль ожидание чрезмерной болезненности или телесного повреждения, или на основе собственного опыта, или в связи с представлениями.

При продолжительном супружестве без интимных отношений встречается комбинация вагинизма с расстройствами потенции у партнера. Eicher (1979) при обследовании группы из 52 женщин, страдающих вагинизмом, обнаружил, что у 25% их партнеров имелись первичные или вторичные сексуальные расстройства. Мужчины часто бывали пассивными, зависимыми; оба супруга обычно боялись агрессивности в сексуальной области. Иногда нарушения потенции у мужчин были первичными, у других они возникали вторично из-за невозможности осуществить половой акт с партнершей; эрекция была слабой, эякуляция быстрой и осуществлялась между бедер или ante portas.

Причиной вагинизма может быть прямолинейное и агрессивное поведение партнера в начале сексуальной жизни при попытке дефлорации или, наоборот, недостаточно энергичное и настойчивое поведение. В последнем случае женщина может на более или менее сознательном уровне негативно относиться к партнеру, считая, что он недостаточно мужествен, и затягивать осуществление дефлорации, которая при более решительной сексуальной стимуляции партнерши могла бы быть легко проведена.

К глубоким интрапсихическим и интерперсональным причинам вагинизма относятся патологическое развитие личности, амбивалентное отношение к сексу и к партнеру, конфликты между партнерами. Иногда вагинизм может быть средством защиты против партнера, который для женщины непривлекателен, либо средством защиты от мужа, с которым женщина имеет семью на основе других, неэротических побуждений.

Masters, Johnson (1970) при исследовании 29 случаев вагинизма обнаружили, что из этиологических факторов на первом месте находится неспособность мужчины к половому акту, на втором — ортодоксальное религиозное воспитание, затем — сексуальные травмы в прошлом и гомосексуальная ориентация. Из психических травм на первом месте находилось изнасилование.

Выделены два типа женщин с невротическими особенностями личности в связи с их отношением к мужчинам:

а. Женщины с инфантильным отношением к сексуальности: они находятся под влиянием религиозных или других антисексуальных представлений и сексуальность у них связана со страхом или ощущением вины. Они игнорируют свое тело, особенно гениталии, которые считают чем-то постыдным и нечистым. О сексуальных отношениях они информированы мало или эта информация ими отвергается. Они не хотят или не могут принять на себя роль зрелой женщины.

б. Женщины с конкурентным и агрессивным отношением к мужчинам: сексуальное подчинение для них представляется проявлением опасной слабости, а представление о пенетрации связано у них с ощущением подчиненности. Такие женщины стремятся конкурировать с мужчинами и неохотно подчиняются им.

Приведенное разделение напоминает типы, выделенные Friedmann (1963) при анализе группы из 21 женщины, проживающих в браке без сексуальных отношений:

а. Тип «спящей красавицы», т. е. с инфантильным отношением к сексуальности; у них сексуальность «спит». Они считают, что влагалище у них слишком мало для полового члена, что он может поранить его как то веретено из сказки, которое в этом случае представляет собой фаллический символ.

б. Тип Брунгильды, который характеризуется конфликтом между лаской и агрессией, нежеланием подчиниться мужу.

в. Тип «пчелиной королевы (матки)», т. е. женщины, которая не думает о сексе и желает лишь забеременеть.

По данным некоторых авторов, среди пациенток, страдающих вагинизмом, встречаются личности с истерическим чертами характера, многочисленными соматическими расстройствами и театральными реакциями, особенно проявляющимися при гинекологическом обследовании.