**О причинах и условиях нарушения сексуального здоровья у женщин**

В. В. Кришталь (Харьков)

Системный подход к исследованию нарушения сексуального здоровья позволяет выделить первичные и вторичные его формы (В. В. Кришталь, 1988, 1997).

Первичные расстройства сексуального здоровья характеризуются первичной специфической симптоматикой, обусловлены нарушением либо девиацией полового развития (дифференцировки пола, половой дифферешдировки мозга, темпа и сроков полового созревания, полоролевого поведения и психосексуальной ориентации), сексуальной дезадаптацией или сексуальной дисфункцией и выступают как самостоятельные нозоформы. В отличие от этого, вторичные нарушения сексуального здоровья являются следствием соматических или психических заболеваний, которые приводят к расстройству нервной, эндокринной, психической регуляции сексуальной функции или нарушению состояния половых органов.

Первичные расстройства сексуального здоровья у женщин могут проявляться двумя вариантами сексуальной дисгармонии супружеской (партнёрской) пары. Первый из них возникает при сексуальной дезадаптации супругов, и его диагностика и коррекция возможны только в паре. Второй вариант развивается при различных формах сексуальной дисфункции, диагностику и частично коррекцию которых можно проводить индивидуально, хотя полное восстановление сексуального здоровья, бесспорно, требует корригирующего воздействия на обоих супругов.

Дезадаптивный вариант сексуальной дисгармонии включает ряд следующих форм сексуальной дезадаптации.

Социокультурная форма дезадаптации развивается в результате несоответствия сексуальной культуры супругов, проявляющегося в расхождении у них сексуальных, этических и эстетических установок, этнических особенностей, отношения к противоположному полу, сексуальной морали, сексуальным девиациям и приводящего к несоответствию сексуально-эротического поведения. Наиболее дисгармоничны сочетания асексуального типа сексуальной культуры с деви-антным, аполлоновского с либеральным.

В основе коммуникативной формы сексуальной дезадаптации лежит нарушение межличностных отношений супругов. Оно может обуславливаться двумя причинами. Первая из них - затруднение общения женщины с представителями противоположного пола вследствие наличия у нее таких черт характера, как робость, застенчивость, в некоторых случаях - из-за тревоги, страха общения с мужчинами даже на вербальном уровне. Вторая причина - нарушение взаимоотношений супругов с негативными эмоциональными реакциями по отношению друг к другу из-за неумения решать межличностные проблемы, отсутствия взаимной любви и уважения, несоответствия направленности личности, что приводит к сексуально-эротической дезадаптации.

К возникновению сексуально-поведенческой формы сексуальной дезадаптации может приводить несоответствие полоролевого поведения супругов. Эта форма, встречающаяся весьма часто, возникает при нарушении стереотипа тіолоролевого поведения женщины - его трансформации, либо гиперролевого поведения.

Весьма часто приходится сталкиваться врачу-сексопатологу в своей клинической практике с дезинформационной формой сексуальной дисфункции. Она развивается при отсутствии у женщин достаточных знаний в области секса и правильных представлений о норме и физиологических колебаниях сексуальной функции. Это приводит к неправильной интерпретации женщинами своих сексуальных проявлений, нахождению у себя несуществующих изъянов, предъявлению к себе неадекватных требований, и в конечном счёте - к сексуально-эротической дезадаптации и психосексуальной неудовлетворённости супругов.

Сексуально-эротическая форма дезадаптации развивается вследствие несоответствия у супругов диапазона приемлемости и проведения полового акта, обусловленного расхождением типов сексуальной мотивации, мотивов полового акта, неблагоприятным сочетанием в паре психосексуальных типов женщины и мужчины, дезинформацией в области секса; к ней может приводить также неумение мужчины контролировать свои сексуальные реакции.

Нередкой формой дезадаптации является сексуальная аверсия - крайне негативное отношение к сексуальному партнёру или вообще к сексу, причиной которого чаще всего является неправильная сексуальная установка или психосексуальная неудовлетворенность. Сексуальная аверсия в последующем может распространяться на психологическую сферу, особенно у лиц, для которых высокую значимость имеют психологические аспекты сексуальности. Возможна и обратная ситуация, когда психологическая аверсия влечёт за собой аверсию сексуальную.

Несоответствие половой конституции как форма сексуальной дезадаптации развивается при слабой половой конституции у жены и сильной или средней половой конституции у мужа. Это несоответствие проявляется с самого начала супружеской жизни в виде разной сексуальной потребности и активности супругов, причём качество полового акта при наличии сексуального желания у жены может не страдать.

В основе биоритмической формы сексуальной дезадаптации лежит несоответствие биоритмов супругов. Как известно, активность человека имеет свои максимумы. У лиц с максимумом жизнедеятельности в утренние часы ("жаворонков") на эти часы приходится и наибольшая сексуальная активность, у лиц с максимальной активностью во второй половине дня и ночью ("сов") - наоборот, все параметры полового акта (либидо, эрекция, способность регулировать сексуальные реакции у мужчин, либидо, сексуальные ощущения, оргазм - у женщин) существенно выше в вечерние часы. Это несоответствие может приводить к сексуально- эротической дезадаптации супругов.

Виргогамия, или девственный брак, представляет собой особую форму сексуальной дезадаптации, развивающуюся в результате действия ряда негативных социальных, психологических, социально-психологических и биологических факторов. Девственный брак может возникать вследствие вагинизма, коитофобии, дефлорациофобии, психогенных гениталгий у женщины.

Среди нарушений сексуального здоровья, обусловленных первичной сексуальной дисфункцией у женщин, также можно выделить ряд нозологических форм.

В ряде случаев неблагоприятные внешние условия могут приводить к неудачному половому акту. Последующая невротическая фиксация неудачи и выработка патологического условного рефлекса обусловливают возникновение паторефлеюпорной формы сексуаіьной дисфункции.

В результате систематического прерывания половых актов с целью предупреждения беременности развивается дисрегуляторная форма сексуальной дисфункции, обусловленная нарушением нервной регуляции сексуальной функции и застойными явлениями в гениталиях женщин.

К абстинентной форме сексуальной дисфункции приводит длительное вынужденное половое воздержание у женщин, ранее живших регулярной половой жизнью с определенным её ритмом.

Врождённая неполноценность морфо-функциональных структур, осуществляющих нейрогуморальную и психическую регуляцию половой функции и являющихся физиологической основой полового инстинкта, обусловливает конституционально-генетическую форму сексуальной дисфункции. Основной её клинический симптом - низкая сексуальная потребность.

Ретардационная форма сексуальной дисфункции развивается при задержке сомато- и психосексуального развития в пубертатный период. После родов сексуальная функция женщины нормализуется.

Дезинтеграционная форма сексуальной дисфункции является следствием первичного поражения высших корковых центров (парацен-тральных долек), приводящего к высвобождению спинальных автоматизмов. Эта патология известна как синдром парацентральных долек (И. Л. Ботнева, 1990).

Сосудистая форма сексуальной дисфункции у женщин является следствием сосудистой недостаточности гениталий, приводящей к снижению увлажнения влагалища, гипестезии генитальных эрогенных зон, гипо- или аноргазмии.

Своеобразную группу расстройств сексуального здоровья женщин представляют сексуальные фобии - коитофобия, дефлорациофобия и онанофобия. В их основе лежит переживание навязчивого непреодолимого страха перед половым актом. Страх обостряется при попытке к совершению полового акта, и даже только при мысли о нем. Существенными признаками сексуальных невротических фобий являются чуждость страха, наличие критики и борьба со страхом.

Первичными сексуальными расстройствами у женщин могут быть невроз ожидания, в основе которого лежит навязчивое опасение неудачи в половом акте; вагинизм - судорожное сокращение мышц влагалища и тазового.дна, а также эрогенная форма сексуальной дисфункции, обусловленная нарушением чувствительности генитальных эрогенных зон. Чувствительность последних зависит от состояния генитальных телец Догеля. Клиническими проявлениями этой формы дисфункции у женщин являются сексуальная анестезия или гипестезия и связанное с ней расстройство оргазма.

С неумением отдыхать, гармонично сочетать труд с отдыхом связано развитие алекситимической формы сексуальной дисфункции (директорской болезни). В данном случае происходит сублимация - переход сексуальной энергии в другую форму.

К первичным сексуальным дисфункциям следует отнести и патологическую мастурбацию. Нам представляется, что патогенность мастурбации следует оценивать в зависимости от её типа, продолжительности и интенсивности, состояния генитальных и внегенитальных эрогенных зон, их адекватности и неадекватности, особенностей соматического, психического, сомато-сексуального, психосексуального развития и личности, а также степени зависимости от мастурбации дальнейшего сексуального поведения.

Вторичные расстройства сексуального здоровья находятся в причинно-следственной связи с соматическими и психическими заболеваниями, при которых нарушается нервная, психическая, гормональная регуляция сексуальной функции или состояние половых органов, и являются симптомами или синдромами указанной патологии. Однако возникновение этих расстройств зависит не только от характера и тяжести основного заболевания, но и от ряда патогенных биологических, социальных, психологических и социально-психологических факторов, на которых мы останавливались выше. Но если в генезе первичных сексуальных расстройств эти факторы служат причиной сексуальной дисфункции или дезадаптации, то при вторичных нарушениях сексуального здоровья они предрасполагают к их возникновению или усугубляют их.

Таким образом, многочисленные причины и соответствующие им сложные патогенетические механизмы определяют многообразие клинических форм, первичных и вторичных расстройств сексуального здоровья, что диктует необходимость дифференцированного подхода к их диагностике и коррекции.