

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ  
Первый заместитель министра  
\_\_\_\_\_ В.А. Ходжаев  
27.09.2010 г.  
регистрационный № 098-1009

**ДИАГНОСТИКА СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У ЖЕНЩИН  
С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

инструкция по применению

Учреждения-разработчики:  
УО Белорусский государственный медицинский университет

Автор: канд. мед. наук Н.А Березовская.

Минск 2009

В последние десятилетия в Беларуси, как и во всем мире, наблюдается тенденция к росту невротических расстройств у лиц обоего пола, в особенности у женщин. Точные сведения о частоте встречаемости сексуальных нарушений у страдающих невротическими расстройствами неизвестны. Данные литературы существенно разнятся, составляя от 12 до 78%. На практике нередко возникают ситуации, когда при углубленном расспросе пациентки с невротическим расстройством, находящиеся на лечении в стационаре, обнаруживают те или иные нарушения сексуальной функции, требующие проведения соответствующего лечения, а на приеме сексопатолога у женщины с половой дисфункцией диагностируют невротическое расстройство. Такие ситуации обуславливают необходимость правильно распознавать, дифференцировать и оказывать на начальных этапах консультативную помощь пациенткам с невротическими и сексуальными расстройствами.

Общепринятым в большинстве стран и регионов мира является развитие сексуальной медицины. Главным ее постулатом является право населения на получение медицинской информации и помощи от врачей различных специальностей по вопросам сохранения или восстановления адекватного индивидуального режима половой жизни, обеспечивающего поддержание сексуального здоровья и препятствующего развитию сексуальных расстройств. К сожалению, в нашей стране даже сам термин — сексуальная медицина практически не известен.

Основную озабоченность, по данным, представленным на 6-м конгрессе Европейского общества сексуальной медицины в Стамбуле (2003), вызывает то, что за помощью в связи с сексуальными проблемами обращается лишь 10% мужчин и 2% женщин, страдающих сексуальными дисфункциями. Основными причинами такого положения вещей названы следующие:

1. Ложный стыд и/или невежество.
2. Отсутствие специалистов сексологов.
3. Недостаточная информированность врачей общей практики по вопросам сексологии.
4. Отсутствие у врачей общей практики, урологов, гинекологов навыков конфиденциального и доверительного общения с пациентами сексологического профиля, присутствие на их приеме третьего лица (фельдшера и медицинской сестры).

В то же время консультируемые по поводу сексуальных и невротических расстройств все чаще готовы к обсуждению своих интимных проблем с врачом. Некоторые даже настаивают на этом, но врач действительно не всегда компетентен не только в вопросах диагностики и лечения сексуальной патологии, но порой затрудняется в определении сексуальной нормы.

Длительно существующие проблемы в интимной жизни в сочетании с невротическими проявлениями негативно влияют на качество жизни в целом, удовлетворенность супружескими отношениями, порождают пессимистические установки в отношении собственного здоровья и перспектив брачного союза, способствует формированию у женщин отрицательных репродуктивных установок. Кроме того, эти проблемы негативно влияют на эффективность

лечения невротического расстройства и удлиняют сроки реабилитации таких пациенток.

Все выше изложенное делает целесообразным знакомство врачей разных специальностей с принципами диагностики, современными подходами к оказанию сексологической помощи и основными принципами консультирования при сексуальных расстройствах.

### **Этиология**

Среди причин сексуальных дисфункций могут быть выделены следующие:

#### ***Биологические (органические) нарушения***

Нейроэндокринные нарушения, гипоталамические поражения травматического, инфекционного или токсического генеза, токсические влияния (алкоголь, другие психоактивные вещества); побочное действие некоторых лекарственных препаратов (нейролептики, транквилизаторы седативного действия, трициклические антидепрессанты).

#### ***Психические расстройства***

Депрессивные расстройства, шизофрения, височная эпилепсия, черепно-мозговые травмы, опухоли и сосудистые заболевания головного мозга, злоупотребления психоактивными веществами.

#### ***Психосоциальные факторы***

Современные представления о неорганических половых дисфункциях есть многомерная модель, в которой патогенетические механизмы могут действовать на различных уровнях — интрапсихическом, межличностном, поведенческом.

Дисфункция может быть обусловлена неверной информацией о сексуальном функционировании или ее отсутствием. Табу на проявление сексуальности и порицание в родительской семье могут способствовать формированию чувства вины и тревоги и предрасполагать к появлению сексуальных нарушений. Ранний негативный сексуальный опыт, неверные ожидания относительно реакции сексуального партнера негативно влияют на самооценку женщины, а внутреннее напряжение и тревога могут блокировать спонтанное сексуальное поведение. Повышенный риск развития расстройства создают полученные в преморбиде психотравмы (инцест, изнасилование).

Далее, рассматривая отдельные формы сексуальных дисфункций у женщин, мы остановимся на основных причинах возникновения каждой из них.

### **Основные формы сексуальных дисфункций у женщин**

Согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) все психогенные сексуальные дисфункции рассматриваются в рубрике F52. Сексуальные расстройства (дисфункции), не обусловленные органическими нарушениями или болезнями. Выделяют их следующие варианты:

- отсутствие или потеря полового влечения (F 52.0);
- сексуальное отвращение и отсутствие полового удовлетворения (F 52.1);

- недостаточность или отсутствие генитальной реакции (F 52.2);
- оргазмическая дисфункция (F 52.3);
- вагинизм неорганического происхождения (F 52.5);
- диспареуния неорганического происхождения (F 52.6);
- повышенное половое влечение (F 52.7);
- другая сексуальная дисфункция, не обусловленная органическим нарушением или болезнью (F 52.8);
- сексуальная дисфункция, не обусловленная органическими нарушениями или болезнью, неуточненная (F 52.9).

Выделены общие для всех половых дисфункций (F 52) диагностические критерии, которым должны помимо специфических отвечать все частные формы сексуальных расстройств:

- пациентка не в состоянии установить сексуальные отношения так, как она бы этого хотела;
- расстройство функции возникает часто, но в некоторых случаях может отсутствовать;
- расстройство функции наблюдается в течение по меньшей мере 6 мес.;
- расстройство не соответствует критериям какого-либо психического или органического заболевания;

### **F 52.0 Отсутствие или потеря полового влечения**

Диагностические критерии:

- 1) наличие общих для неорганических половых дисфункций критериев;
- 2) степень сексуальной активности ниже, чем этого можно было ожидать с учетом возраста, ситуации и ранее привычного уровня;
- 3) отсутствие у женщины желания проявлять эту активность.

Причем желание включает сексуальные фантазии, проявление внимания к эротическим стимулам и материалам, способность замечать привлекательных потенциальных партнеров, психический и физический дискомфорт (сексуальная абстиненция) при вынужденном отказе от секса.

Отсутствие интереса к половой жизни следует относить к патологии только в тех случаях, когда оно оказывается источником личных проблем или приводит к расстройствам партнерских отношений. Добровольный отказ от половой жизни приводит к полному подавлению у них сексуального влечения. Такой непатологический образ жизни получил название нормальной асексуальности, и в нем нет признаков сексуального расстройства.

Гиполибидемия или алибидемия может иметь функциональный характер, например, как результат разочарования личностью постоянного партнера. Может развиваться на органическом фоне и быть одним из симптомов психических и психосоматических расстройств. Потеря полового влечения иногда развивается как следствие других сексуальных расстройств, например, у женщин при длительной сексуальной неудовлетворенности,

сопровождающейся аноргазмией. В таких случаях угасание либидо вплоть до алибидемии (фригидности) объясняется отсутствием положительного подкрепления при половых контактах. Здесь алибидемия носит вторичный (невротический) характер.

Х. Каплан (1987), рассматривая психодинамику фригидности, отмечает, что у женщины возникает бессознательный конфликт, мешающий ей переживать удовольствие от контакта с мужчиной. К проявлениям этого расстройства относятся страхи или чувство вины, связанные с сексуальными переживаниями, 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 проявлений 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, в том случае, если она не препятствует своему партнеру возбуждать ее, у нее формируется механизм перцептивной защиты, препятствующий получению удовольствия от этого возбуждения. Она в буквальном смысле не позволяет себе переживать любые эротические ощущения, неосознанно запрещает себе какой бы то ни было сексуальный отклик и не позволяет себе предаваться сексуальным переживаниям.

Другие психологические факторы подавления либидо: перенесенная травма сексуального насилия; низкая самооценка, связанная с убежденностью в своей сексуальной непривлекательности (истинной или мнимой); болезненные личностные реакции на критику партнера или расставание с ним; неосознаваемые (вытесненные) гомосексуальные импульсы, которые тормозят гетеросексуальное влечение; длительное половое воздержание (по любым мотивам); постепенное снижение полового влечения у людей, всецело поглощенных карьерой или бизнесом.

Женщины с отсутствием полового влечения обнаруживают неспособность или низкую способность к сексуальному возбуждению в интимных ситуациях, а если половой акт происходит, то при фрикциях не возникает сладострастных (воллюстических) ощущений из-за низкой чувствительности половых органов, и оргазм обычно не достигается. Таким образом, алибидемия в большинстве случаев включает и аноргазмию. Иногда у фригидных женщин могут наступать возбуждение и оргазм вследствие эффективной сексуальной стимуляции, хотя это происходит редко и при отсутствии какой-либо инициативы к близости с их стороны. Ослабление или утрата полового желания может быть признаком распадающейся сексуальной связи. В этих случаях сексуальное «торможение» проявляется только с конкретным половым партнером, а в иных ситуациях половое влечение может быть сохранено.

## **F 52.1 Сексуальное отвращение и отсутствие полового удовлетворения**

В отличие от нарушений полового влечения, сопровождающихся утратой интереса или полным безразличием к любым проявлениям интимной жизни, в этих случаях идет речь о негативных реакциях на непосредственное сексуальное взаимодействие.

### **F52.10 Сексуальное отвращение (сексуальная аверсия)**

Диагностические критерии:

- 1) наличие общих для неорганических половых дисфункций критериев;
- 2) возможность сексуальных взаимодействий с партнером вызывает отчетливое отвращение, страх или тревогу, вынуждающую избегать половой активности;
- 3) отвращение не связано со страхом ожидания неудачи (как реакция на прошлый негативный опыт сексуального поведения).

Характеризуется страхом или сильной тревогой перед предстоящей половой связью, что ведет к уклонению от коитуса, либо половой акт сопровождается сильными отрицательными эмоциями и неспособностью ощутить удовлетворение.

У женщин, страдающих сексуальным отвращением, возникают иррациональный страх, ужас, связанный с сексуальной активностью и даже мыслями о ней. Страх перед половыми контактами может выражаться в физиологических симптомах (сильное потоотделение, тошнота, понос, сердцебиение) или же чисто психологически, когда человек просто боится вступать в сексуальную связь. Навязчивый страх усиливается непреодолимым желанием избегать интимных ситуаций, вызывающих сильную тревогу и неприятные сексуальные переживания.

Сексуальная аверсия у женщин отмечается в 10 раз чаще, чем у мужчин. Столь большая разница обусловлена причинами аверсии, к которым относятся: нарастающий конфликт между партнерами; реакция на психотравмирующее поведение партнера (его измена); несоблюдение партнером гигиенических требований (неприятный запах изо рта, от потных ног и т.п.); сексуальная дисфункция у партнера (например, преждевременная эякуляция у мужчины мешает удовлетворению женщины и порождает у нее нежелание близости вплоть до отвращения к партнеру); разочарование личностными качествами партнера; крайне отрицательное отношение к предложению партнером неприемлемых форм половых контактов (например, участие в групповом сексе) и др.

При наличии у супругов психологического конфликта вначале развивается психологическая аверсия, которая распространяется затем на сексуальную сферу женщины. Если имеется постоянная психосексуальная неудовлетворенность, то она приводит к сексуальной аверсии, которая может перейти в аверсию психологическую. В своем развитии сексуальная аверсия проходит 3 фазы. В первой фазе между супругами устанавливаются

формальные сексуальные отношения, когда женщина идет на интимные отношения «по долгу». При этом отмечается снижение сексуальной активности, сужение диапазона приемлемости и пассивное поведение женщины во время полового акта. Во второй фазе сексуальные отношения приобретают негативный характер. Женщина под любым предлогом уклоняется и даже полностью отказывается от половых контактов. Сексуальная аверсия в первой и второй фазе своего развития имеет относительный характер. На третьей фазе появляется отвращение к половой жизни вообще, презрение, отрицательное отношение к противоположному полу. Чаще сексуальная аверсия нарастает постепенно. Однако она может возникнуть и внезапно, например, как реакция на раскрывшуюся измену партнера.

В супружестве или при длительных партнерских связях расстройство без лечения, как правило, приводит к полному разрыву отношений.

### **F 52.11 Отсутствие сексуального удовлетворения (сексуальная ангедония)**

Диагностические критерии:

- 1) наличие общих для неорганических половых дисфункций критериев;
- 2) все генитальные реакции возникают при сексуальной стимуляции, но не вызывают приятных ощущений или чувства приятного возбуждения;
- 3) в ходе сексуальной активности отсутствуют отчетливые и стойкие признаки тревоги, страха.

Данное расстройство связано с выпадением психического компонента оргазма, в результате чего женщина не ощущает наслаждения и сексуального удовлетворения, хотя физиологический компонент оргазма сохранен. Считается, что подобные нарушения являются проявлениями невротических реакций диссоциативного типа, отделяющих аффективный компонент оргазма от сознания. В их основе могут лежать конфликтные партнерские отношения, сексуальные комплексы (бессознательный запрет на чувственное наслаждение) и т.п. Текущие депрессивные эпизоды различной тяжести также приводят к снижению или утрате удовольствия от переживания оргазма.

### **F 52.2 Недостаточность или отсутствие генитальной реакции**

У женщин основная проблема заключается в отсутствии увлажнения влагалища (любрикации). Причина может быть психогенной или органической (например, инфекционной) либо речь идет об эстрогенной недостаточности (например, после наступления менопаузы).

Диагностические критерии:

- 1) наличие общих для неорганических половых дисфункций критериев;
- 2) наличие одного из следующих вариантов:
  - увлажнение отсутствует во всех соответствующих ситуациях;
  - увлажнение может появиться вначале, оказываясь недостаточным для обеспечения субъективно приятного введения полового члена;

- увлажнение нормально лишь в некоторых ситуациях (например, с определенным партнером, при мастурбации, вне полового акта).

Данный вид нарушений относится к расстройствам комплекса сексуальной готовности, т. е. физиологического обеспечения готовности женщины к коитусу. При этом недостаточное увлажнение влагалища и расслабление его мышц затрудняют интроитус и весь ход полового акта. Чаще всего расстройства комплекса сексуальной готовности возникают как следствие «неприятия» партнера и отсутствия желания близости с ним, либо недостаточного сексуального возбуждения в случаях неадекватной или слишком кратковременной стимуляции со стороны партнера. Другие причины — снижение или отсутствие либидо, а также неблагоприятные для половой близости ситуации, которые вызывают у женщины различные опасения.

### **F 52.3 Оргазмическая дисфункция**

Проявляется тем, что оргазм при половом контакте вообще не возникает или заметно задерживается. Расстройство должно соответствовать общим для неорганических половых дисфункций (F 52) критериям. Кроме того, отсутствие или отставленность оргазма проявляется в одном из следующих вариантов:

- 1) оргазм не испытывался никогда, ни в какой ситуации;
- 2) проблемы возникли после периода нормального сексуального функционирования;
- 3) расстройство носит ситуационно обусловленный характер (с определенным партнером или в ситуациях, где уединение пары может быть нарушено приходом третьих лиц);
- 4) проявляется во всех ситуациях и с каждым партнером.

Оргазмическая дисфункция у женщин представляет собой повторяющуюся и устойчивую задержку или отсутствие оргазма после фазы нормального сексуального возбуждения, адекватной по фокусу, интенсивности и длительности.

Оргазмическая дисфункция является наиболее частым расстройством половой сферы у женщин.

У женщин различают абсолютную и относительную аноргазмию. Абсолютная — носит тотальный характер, т. е. оргазм не возникает при эротических сновидениях, мастурбации, петтинге или половом акте с любым партнером, а также в иных сексуально-возбуждающих ситуациях. Если женщина способна хотя бы эпизодически достигать оргазма в ходе мастурбации, во сне либо при половой близости, но он отсутствует при сексуальном контакте с определенным партнером, это относительная аноргазмия. Кроме того, выделяют первичную аноргазмию — с самого начала половой жизни и вторичную, которая развивается после периода, когда женщина испытывала оргазм.

Аноргазмия может вызывать у женщины раздражение, тревогу, беспокойство, вплоть до развития невротических расстройств, а в



гинекологической сфере — описанный Х. Каплан (1974) синдром застойной гиперемии тазовых органов, который способствует развитию воспалительно-дегенеративных процессов яичников, матки, влагалища и окружающих тканей.

**Органические причины**, способные блокировать возникновение оргазма у женщины: сахарный диабет, заболевания щитовидной железы, различные неврологические нарушения, гормональная недостаточность, патология органов малого таза, токсические влияния (алкоголь, наркотики), прием лекарственных средств, тормозящих оргазм (транквилизаторы, антидепрессанты, гипотензивные препараты) и т. п.

Психогенные формы женской аноргазмии встречаются чаще, чем органические. **Психологические факторы**, которые, сочетаясь друг с другом, способны привести к невротическому подавлению оргазма у женщины: неадекватная контрацепция и боязнь наступления беременности; неблагоприятные условия для сексуального контакта; ложные и негативные установки по отношению к сексуальной жизни и мужчинам; страх утраты контроля во время оргазма; тревожное ожидание наступления оргазма; вытесненный в бессознательное травматический сексуальный опыт, который может тормозить чувственность женщины.

Существенную роль в возникновении женской аноргазмии играют партнерские проблемы: мужчина не создает женщине благоприятных условий для переживания оргазма при недостатке у него сексуального опыта, что проявляется в неумении обеспечить эффективную эротическую стимуляцию; мужчина страдает сексуальной дисфункцией, затрудняющей нормальное проведение коитуса; эгоистическое стремление мужчины добиться собственного удовлетворения при игнорировании потребностей женщины; в выборе партнера женщина руководствовалась неэротическими мотивами (привлекают финансовые возможности партнера, престиж и т.д.); конфликты, связанные с изменами партнера, его злоупотребление алкоголем, а также пренебрежительным отношением к интересам женщины.

При невротическом подавлении оргазма оргазмическая дисфункция у женщин чаще носит вторичный характер, развиваясь после периода относительно нормального сексуального функционирования. В этих случаях половое влечение сохраняется достаточно долго или незначительно снижается, а эрогенные зоны — чувствительны. Расстройство носит относительный характер, избирательно проявляясь с определенным партнером, при отсутствии аноргазмии с другим мужчиной, способным адекватным образом удовлетворить эмоциональные и сексуальные потребности женщины.

Особой формой психогенной аноргазмии является защитная фригидность (Свядош А.М., 1974). Она ограждает женщину от полового возбуждения, не ведущего к половому удовлетворению. Так, например, при преждевременной эякуляции у мужа, вызывающей состояние фрустрации у жены, вся обстановка полового сближения с ним может тормозить наступление оргастической разрядки.

Психогенные факторы, которые привели к исчезновению оргазма, требуют выяснения и соответствующей психотерапевтической коррекции.

## **F 52.5 Вагинизм**

Вагинизм — непроизвольный судорожный спазм мышц влагалища и тазового дна с приведением и сжатием бедер, что препятствует проведению полового акта.

Расстройство должно соответствовать общим для неорганических половых дисфункций (F 52) критериям, проявляется в одном из следующих признаков:

- 1) нормальная реакция всегда отсутствовала;
- 2) расстройство появилось после периода относительно нормального сексуального функционирования, причем:
  - сексуальные реакции могут протекать нормально при отсутствии попыток введения члена во влагалище;
  - каждая попытка полового сношения ведет к генерализованной тревоге и попыткам воспрепятствовать введению члена, в т.ч. за счет спазмов приводящих мышц бедра.

К причинам вагинизма относят сексуальное насилие в прошлом, грубое поведение партнера при попытке дефлорации, страх перед возможной беременностью, строгое религиозное воспитание и т. п. И. Л. Ботнева (1990) отмечает, что чаще вагинизм возникает при нерешительном, робком и неумелом поведении партнера и определенных чертах характера женщины (мнительность, эмоциональная неустойчивость, обидчивость, тревожность). Нередко у таких женщин в анамнезе прослеживаются различные фобии, в т.ч. страх боли либо вида крови.

Вагинизм обычно возникает с началом половой жизни, нередко за ним кроется осознаваемое или неосознаваемое нежелание жить половой жизнью с мужем. Изредка в основе вагинизма лежит страх разоблачения отсутствия девственности. Судорожному сокращению мышц влагалища и тазового дна часто предшествует страх боли при дефлорации, но в отдельных случаях он появляется внезапно и неожиданно в момент дефлорации.

В ряде случаев вагинизм может прогрессировать, поэтому выделяют три степени его выраженности:

- 1) спастическая реакция наступает при введении полового члена, пальца либо инструмента при гинекологическом исследовании;
- 2) реакция наступает при прикосновении к половым органам или ожидании прикосновения к ним;
- 3) реакция наступает при одном представлении о половом акте или гинекологическом исследовании.

Вагинизм является наиболее частой причиной виргогамии (девственного брака). Без соответствующего лечения явления вагинизма у женщины могут привести к серьезным супружеским конфликтам, возникновению сексуальных проблем у супруга и разрыву брачных отношений.

Вагинизм может иметь и органическую природу. В этих случаях боль при попытке интроитуса, судорожный спазм и оборонительная реакция женщины

обусловлены различными гинекологическими заболеваниями (кольпиты, эндометриоз, спаечный процесс в малом тазу и т.п.).

### **Ф 52.6 Диспареуния неорганической природы**

Точных сведений о распространенности диспареунии нет, но известно, например, что при хирургических операциях на гениталиях она наступает в 30% случаев, а среди женщин, которые находятся на лечении в клиниках сексотерапии и предъявляют жалобы на боли при половом акте, в 30–40% случаев имеет место патология тазовых органов (Г. Каплан; Б. Сэдок, 1994).

Диагностические критерии:

- 1) наличие общих для неорганических половых дисфункций критериев;
- 2) боли, возникающие при половом сношении при введении или лишь глубоком проникновении члена;
- 3) расстройство не вызвано органическими причинами, вагинизмом и нарушениями увлажнения стенки влагалища.

#### ***Органические причины диспареунии у женщин***

Факторы, приводящие к снижению lubricации и вызывающие дискомфорт во время коитуса: прием антигистаминных препаратов, некоторых транквилизаторов и трициклических антидепрессантов; ряд заболеваний — сахарный диабет, бактериальный вагинит и др.

Патология слизистой оболочки наружных и внутренних половых органов: поражение кожи (волдыри, сыпь, воспаление) вокруг входа во влагалище или на слизистой оболочке вульвы; раздражение или воспалительные заболевания клитора; патология входа во влагалище вследствие рубцов после эпизиотомии; болезненные остатки девственной плевы; атрофия стенок влагалища из-за эстрогенной недостаточности или использования химических местных контрацептивов. Кроме того, патология влагалища в результате инфекционных заболеваний, хирургических рубцов; повреждения связочного аппарата матки, опухоли или воспалительные заболевания органов малого таза; повреждения уретры или ануса (У. Мастерс, В. Джонсон, 1983).

В основе диспареунии неорганической природы может лежать сильная неприязнь или физическое отвращение к партнеру, который, тем не менее, настаивает на сексуальных контактах. В этих случаях диспареуния носит вторичный характер, а основным расстройством является сексуальное отвращение. Психогенная диспареуния возможна у женщин, которые подвергались сексуальному насилию, в т.ч. в детстве. Боль при коитусе может быть результатом эмоционального напряжения и тревоги относительно полового акта, которые заставляют женщину непроизвольно сокращать мышцы влагалища.

А.И. Федорова (2007) разработала клинико-патогенетическую классификацию женской диспареунии. Она выделяет три ее основные формы:

- *Органическая диспареуния*, которая обусловлена структурными изменениями мочеполовой сферы и иннервирующей ее системы, вызванными различными патологическими процессами

(воспалительными, атрофическими, рубцово-спаечными, эндометриоидными, травматическими и т. д.).

- *Психогенная диспареуния.* Она является собственно сексуальной дисфункцией, при которой ведущей причиной болей, связанных с половым актом, является психогенный фактор.

- *Смешанная диспареуния* является следствием сочетания первично развившейся органической диспареунии с различными психогенными факторами, влияющими на восприятие боли, формирование болевого и сексуального поведения и поддерживающими и усиливающими диспареунические жалобы.

### **F 52.6 Повышенное половое влечение**

Женщины, как и мужчины, изредка могут жаловаться на повышенное половое влечение. Обычно это происходит в юношеском и молодом возрасте. По мнению К. Имелинского (1986), определение нормальной степени выраженности сексуального влечения всегда условно. Если человек ведет интенсивную половую жизнь, но при этом «успевает» хорошо учиться, проявлять высокую творческую, общественную или иную активность, он не может рассматриваться как человек с патологически усиленным либидо. Патологическая гиперсексуальность отличается не только количественным увеличением половых контактов, но и качественным изменением поведения, когда удовлетворение высоких сексуальных потребностей становится некой сверхценной идеей, целиком поглощающей индивида в ущерб другим сферам жизни.

Чрезмерная выраженность либидо нередко приводит к непрерывной смене сексуальных партнеров, многократным в течение 1 сут. половым актам, сексуальным оргиям, частой мастурбации.

Повышенное половое влечение может быть симптомом в рамках психического расстройства или органического заболевания, в частности, при маниакальных и гипоманиакальных состояниях, шизофрении, некоторых расстройствах личности (при которых утрачивается эмоционально-волевой контроль, что проявляется повышением интенсивности сексуальной жизни, распушенностью, цинизмом), а также при органических поражениях мозга (гипоталамическая гиперсексуальность), гормональных нарушениях, наркотических интоксикациях (кокаин, героин, мескалин) и отравлениях угарным газом (К. Имелинский, 1986).

При синдроме гипоталамической гиперсексуальности наблюдается пароксизмальное повышение либидо. Периодически возникают приступы сильнейшего полового возбуждения со специфическими ощущениями в области половых органов, повышением чувствительности гениталий к тактильной стимуляции, могут отмечаться чувство жара, учащенные позывы к мочеиспусканию, боли внизу живота и в пояснице. Сексуальное возбуждение у таких женщин часто возникает в виде кризов и сопровождается ухудшением общего самочувствия (побледнение или покраснение кожных покровов,

головная боль, головокружение, повышение температуры тела). Нарушается сон, поскольку они часто просыпаются от оргазмов с болью внизу живота.

В отличие от гипоталамической гиперсексуальности, при шизофрении половое возбуждение носит субъективный характер, проявляясь только на психическом уровне, и не сопровождается соответствующими изменениями в гениталиях. Оргазм затруднен или невозможен. Здесь как бы расщеплены биологический и психический компоненты либидо.

#### **Данные анамнеза и ситуации, при которых необходима оценка сексуального статуса:**

- жалобы на сексуальные расстройства;
- семейные конфликты;
- жалобы, не связанные, по мнению пациента, с половой жизнью (боли в пояснице, бессонница, психогенная головная боль и т.д.);
- профилактические осмотры;
- бесплодие;
- климактерический период.

#### **Аспекты диагностики сексуальных дисфункций**

При диагностике сексуальных дисфункций принято выделять:

##### **Обязательные или рутинные методы:**

**Сбор информации** и оценка психического статуса (в частности, выявление психопатологической симптоматики). Особое внимание уделяется сбору сексологического анамнеза и оценке семейных/партнерских отношений. С целью экспресс-диагностики в ходе обследования женщине предлагается заполнить опросник «Сексуальная формула женская» (Приложение А).

У всех страдающих сексуальными нарушениями помимо медицинского анамнеза, состоящего из анамнеза жизни и анамнеза заболевания, необходимо собрать **сексологический анамнез**.

Выясняют сведения о возрасте пробуждения полового влечения и особенностях его проявлений, нюансах полового воспитания в семье, сроках первой менархе, мастурбаторной практике, использовании петтинга, возрасте и субъективных переживаниях при первом половом акте (болезненность, кроворечение при дефлорации, поведение партнера, реакция на дефлорацию). Собирают информацию о количестве и успешности добрачных половых связей, возрасте и мотивах вступления в брак, характере супружеских отношений, наличии внебрачных половых связей, половой активности в различные периоды жизни. Особое внимание в случае замужества уделяют особенности проведения полового акта у пары (условия, диапазон приемлемости, частота половых актов в неделю, нюансы предварительных и заключительных ласк, предпочитаемые позиции коитуса и его продолжительность, уровень оргастичности у женщин, используемые методы контрацепции). Важное место занимает оценка личностных и сексуальных особенностей партнера — степень его осведомленности об интимных проблемах пациентки, реакция на наличие расстройства и степень готовности участвовать в лечении партнерши. Для

оценки женщиной супружеских отношений можно использовать тест-опросник удовлетворенности браком В. Столина, Т.Л. Романовой, Г.П. Бутенко (Приложение Б).

Кроме того, необходимо выяснить частоту и содержание эротических фантазий и сновидений, особенности периодов полового воздержания и их субъективная переносимость.

**Вопросы, на которые желательно получить ответы:**

- Кто занимался вашим половым воспитанием?
- В каком возрасте и от кого вы узнали о половом акте?
- Был ли брак ваших родителей счастливым?
- Была ли родительская семья религиозной?
- Много ли вам запрещали в детстве?
- Как в вашей семье относились к мастурбации, половой жизни до брака, контрацепции?
- Как вы сами относитесь к мастурбации?
- Подвергались ли вы в детстве сексуальным домогательствам, в т.ч. со стороны членов вашей семьи?
- Как выражались чувства в вашей семье (объятьями, поцелуями и т. п.)?
- Были ли вы несчастливы в любви?
- Опишите ваш первый сексуальный опыт.
- Испытываете ли вы половое возбуждение?
- Живете ли вы половой жизнью?
- Доставляет ли вам половой акт удовольствие? Как часто вы вступаете в половые сношения?
- Боитесь ли вы забеременеть?
- Как вы предохраняетесь от беременности?
- Боитесь ли вы заразиться венерической болезнью и СПИД?
- Достигаете ли вы оргазма, и если да, то как часто?
- Испытываете ли вы оргазм одновременно с партнером?
- Каковы ваши взаимоотношения с супругом?
- Опишите сексуальную сторону вашего брака.
- Каковы ваши сексуальные предпочтения?
- Есть ли у вас трудности в половой жизни?
- Не было ли у вас учащенного и болезненного мочеиспускания, выделений из влагалища?
- Есть ли боль или неприятные ощущения при половом акте?
- С чем, по вашему мнению, связаны имеющиеся нарушения?
- Вы общительный человек?
- Какие лекарства вы принимаете?
- Курите ли вы?
- Употребляете ли спиртное или иные психоактивные вещества (наркотики)?

**Объективный осмотр.** Предполагает оценку выраженности первичных и вторичных половых признаков, сексологическую антропометрию (трохантерный индекс, тип оволосения лобка, диаметр ареола соска), которые имеют значение для оценки половой конституции пациентки, характеризуют темпы полового созревания и косвенно отражают функцию половых желез.

**Соматическое обследование.** Обращают внимание на телосложение (отношение ширины бедер к ширине плеч), наличие явлений маскулинности, выясняют состояние внутренних органов. Оценка неврологического статуса необходима для определения возможной роли в нарушении половой функции заболеваний, травм и опухолей головного мозга, а также изменений проводимости периферических нервных путей, идущих непосредственно к гениталиям. У женщин неврологическое обследование обычно ограничивается определением чувствительности половых органов и исследованием некоторых рефлексов.

**Гинекологическое обследование.** Выясняются: состояние наружных половых органов, слизистой оболочки влагалища, шейки матки, положение матки, ее величина и консистенция, связочный аппарат, состояние мышц промежности и придатков, а также их болезненность при исследовании. Определяют наличие грубых рубцов после разрыва в родах. Исследуется чувствительность к прикосновениям наружных половых органов и индивидуальное расположение эрогенных зон женщины. Микроэкология влагалища — исключение инфекций.

#### **Рекомендуемые исследования**

**Гормональное обследование.** Диагностика гормональных отклонений дает ценную информацию для комплексной оценки сексуальной сферы женщин. При обследовании женщин с фригидностью или гиперсексуальностью желательно установить гормональную функцию яичников. В некоторых случаях определяют уровень пролактина и гормонов щитовидной железы.

**Дополнительные обследования:** детальное неврологическое обследование, исследование глазного дна, КТ, МРТ головного мозга в случае гиперсексуальности.

#### **Консультирование при сексуальных дисфункциях**

Консультации при сексуальных расстройствах (и при их подозрении) требуют такта, чуткости, хороших навыков общения и обширных знаний.

Мы рекомендуем использовать модель СИСЛ (Annon, 1974). Этапы консультирования по модели СИСЛ: С — снятие запрета, И — информация (обычно ограниченная), С — совет, Л — лечение. На первом этапе врач создает благоприятные условия для того, чтобы консультируемый мог откровенно говорить о своей половой жизни, на втором — сообщает необходимые сведения о физиологии половой системы и особенностях сексуальности, на третьем — дает советы, предлагает обучающую литературу и видеофильмы. Во многих случаях консультирование ограничивается вторым или третьим этапом, и провести его может врач общей практики, гинеколог, врач-психиатр или врач-

психотерапевт при наличии соответствующей базовой подготовки. В более сложных случаях прибегают к четвертому этапу — лечению. И тут важным является наличие у врача специальных знаний по медицинской сексологии и соответствующих психотерапевтических навыков.

#### **Консультирование подразумевает:**

- Создание хороших взаимоотношений с консультируемой.
- Наличие условий для спокойной и откровенной беседы.
- Использование наглядных пособий.
- Развенчание ложных представлений о половой жизни (в частности, важно подчеркнуть, что ласки, объятия и поцелуи не менее важны, чем эрекция и оргазм).
- Уменьшение у консультируемой уровня тревоги, освобождение ее от чувства вины, обиды, собственной несостоятельности и от желания избегать половых сношений.
- Распространенные в современном обществе представления о половой жизни могут негативно влиять на взаимоотношения супругов. Выяснение их взглядов на те или иные вопросы половой жизни нередко помогает врачу вскрыть причины сексуальных расстройств.

#### **Типичные врачебные ошибки во время консультирования:**

- Фамильярность, неуместные вопросы.
- Излишняя официальность, нежелание обсуждать половую жизнь консультируемой.
- Склонность порицать консультируемую.
- Беспочвенные предположения о причинах сексуальных расстройств.
- Догматизм, навязывание собственных взглядов на то, какой должна быть половая жизнь консультируемой.
- Попытка решить задачи, находящиеся вне компетенции врача-консультанта.



**СЕКСУАЛЬНАЯ ФОРМУЛА ЖЕНСКАЯ (СФЖ)**, специальный вопросник, применяемый в практической работе врачей-сексологов для предварительной оценки сексуальных проявлений женщины. Вопросник состоит из 8 основных разделов (обозначены римскими цифрами), 9-й раздел указывает на длительность полового расстройства. Ответы пациентки обозначаются цифрами от 0 до 4. После прочтения вопросника женщина подчеркивает цифру, которая стоит против утверждения, наиболее отвечающего ее состоянию на момент обращения за помощью.

**I. Менструация:** 0 — кровянистых выделений из половых путей никогда не было; 1 — нерегулярные кровянистые выделения из половых путей или регулярные из других мест (например, носовые); 2 — менструации стали нерегулярными или полностью прекратились в течение последних лет; 3 — менструации утрачивали свою регулярность только под влиянием неблагоприятных условий, при нервно-психических состояниях, в летний период или при смене места жительства; 4 — менструации всегда сохраняли свою периодичность, даже в самых неблагоприятных условиях.

**II Отношение к половой активности:** 0 — половой акт всегда вызывал непреодолимое отвращение (или боль); 1 — половой акт с некоторых пор вызывает отвращение, что заставляет искать предлог, чтобы от него уклониться; 2 — половой акт безразличен, и участие в нем проходит без внутреннего побуждения (из чувства долга или чтобы избежать конфликта); 3 — половой акт доставляет удовольствие, но степень наслаждения находится в явной зависимости от фазы менструального цикла; 4 — половой акт вызывает глубокое наслаждение всегда, вне зависимости от фазы менструального цикла.

**III Выделение влагалищной слизи к началу полового акта:** 0 — никогда не было; 1 — происходит не всегда и находится в зависимости от фазы менструального цикла (в «неблагоприятные» периоды не происходит даже при длительных предварительных ласках; 2 — происходит со значительным постоянством (вне зависимости от фазы менструального цикла), но при условии достаточной длительности предварительных ласк; 3 — происходит во всех случаях при условии, что половой акт совершается по внутреннему побуждению; 4 — происходит всегда и очень быстро, даже при самых поверхностных ласках (поверхностные беглые объятия и поцелуи), а иногда и просто при разговоре, принимающем интимный характер.

**IV. Наступление глубокой острой нервной разрядки (оргазма):** 0 — никогда ни при каких обстоятельствах не испытывала оргазма; 1 — испытывала оргазм только при сношениях эротического содержания; 2 — испытывала единичные случаи оргазма при исключительных обстоятельствах (сексуальные «игры», особые формы полового воздействия при общении с изощренным мужчиной) или при самораздражении; 3 — оргазм наступает примерно в 50 % всех половых актов; 4 — оргазм наступает более чем в 80 % всех половых

актов; бывают повторные оргастические разрядки при однократном половом акте.

**V. Физическое самочувствие после половых актов:** 0 — боль или ощущение тяжести в половых органах; 1 — полное физическое безразличие; 2 — ощущение неотреагированного полового возбуждения, долго не исчезающее; 3 — ощущение разрядки полового возбуждения, наступающее сразу по окончании полового акта или в процессе заключительных ласк; 4 — удовлетворенность и приятная усталость.

**VI. Настроение после сношения:** 0 — отвращение или (и) чувство униженности; 1 — чувство избавления от досадной обязанности; 2 — чувство полного безразличия; 3 — удовлетворение от сознания выполненного долга (или удовольствие от сознания доставленной мужчине радости); 4 — чувство благодарности мужчине за испытанное удовольствие, радость обоюдно разделяемого взаимного сближения.

**VII. Уровень половой активности:** Половые акты осуществляются со следующей периодичностью: 0 — никогда не было; 0,5 — с интервалами не менее 1 года; 1 — несколько раз в год, но не чаще 1 раза в месяц; 2 — несколько раз в месяц, но не чаще раза в неделю; 3 — два раза или несколько чаще в неделю; 4 — ежедневно один или несколько раз.

**VIII. Длительность сношения:** Семяизвержение у партнера наступает: 0 — еще до введения члена или в момент введения; 0,5 — не наступает ни при каких обстоятельствах; 0,5 — через несколько секунд после введения; 1 — не при каждом половом акте, сношение носит затяжной, подчас изнурительный характер; 2 — примерно в пределах 15 — 20 движений; 3 — 4 — через 1–2 мин. или дольше (указать примерную длительность).

**IX. Длительность полового расстройства:** 0 — с начала половой жизни; 1 — более полугода; 2 — менее полугода; 3 — в настоящее время нет никаких расстройств, но они случались в прошлом; 4 — не знаю, что значит иметь затруднения в половой жизни.

Показатель I отражает состояние гормонального фона женщины, индикатором которого является устойчивость менструального цикла. Показатель II указывает на отношение к половой активности, которое определяется состоянием психической сферы и эндокринным статусом женщины. Показатель III отражает степень возбуждения на стадии предварительных ласк, свидетельствующую о готовности женщины к половому акту. Показатель IV характеризует способность женщины к достижению оргазма. Показатели V и VI отражают соответственно физическую и психологическую реакцию женщины после полового акта. Показатели VII и VIII указывают на косвенные предпосылки для нормальных сексуальных реакций женщины, которые в решающей степени обеспечиваются партнером: соответственно уровень половой активности и продолжительность коитуса.

Цифры 0, 1, 2 в каждом показателе отражают различные степени снижения половой функции пациентки, 3 — среднестатистическую норму, 4 — сильную половую конституцию женщины.

При анализе полученных данных цифры, соответствующие ответам обследуемой, записывают в виде числового ряда, разделенного наклонными линиями на 4 диады, отдельно проставляется показатель длительности полового расстройства (IX), а затем подсчитывается суммарный (прогностический) показатель. Полученная формула отражает состояние сексуальной сферы женщины, поскольку показатели СФЖ зависят от ее конституционных особенностей, наличия или отсутствия половой дисфункции, характера взаимоотношений с партнером, его половой активности и длительности полового акта. Среднестатистический (нормативный) образец СФЖ приближается к следующему:  $3,3/3,3/3,3/3,3 = 6/6/6/6/3 = 27$ . Реальные показатели могут отличаться как в большую, так и в меньшую стороны, что имеет диагностическое значение при сексологическом обследовании. Клиническая оценка СФЖ важна для экспресс-диагностики сексуальных дисфункций и сравнительного анализа результатов, достигнутых в ходе сексологического лечения.

## **ТЕСТ-ОПРОСНИК УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ БРАКОМ**

Тест-опросник удовлетворенности браком (ОУБ), разработанный В.В. Столиным, Т.Л. Романовой, Г.П. Бутенко, предназначен для экспресс-диагностики степени удовлетворенности-неудовлетворенности браком, а также степени согласования-рассогласования удовлетворенности браком у той или иной социальной группы. Опросник представляет собой одномерную шкалу, состоящую из 24 утверждений, относящихся к различным сферам: восприятия себя и партнера, мнения, оценки, установки и т.д.

**Инструкция:** Внимательно читайте каждое утверждение и выбирайте один из трех предлагаемых вариантов ответов. Старайтесь избегать промежуточных ответов типа «трудно сказать», «затрудняюсь ответить» и т.д.

### **Вопросы теста:**

1. Когда люди живут так близко, как это происходит в семейной жизни, они неизбежно теряют взаимопонимание и остроту восприятия другого человека: а) верно; б) не уверена; в) неверно.

2. Ваши супружеские отношения приносят Вам: а) скорее беспокойство и страдание; б) затрудняюсь ответить; в) скорее радость и удовлетворение.

3. Родственники и друзья оценивают Ваш брак: а) как удавшийся; б) нечто среднее; в) как неудавшийся.

4. Если бы Вы могли, то: а) Вы бы многое изменили в характере Вашего супруга (Вашей супруги); б) трудно сказать; в) Вы бы не стали ничего менять.

5. Одна из проблем современного брака в том, что все «приедается», в т.ч. и сексуальные отношения: а) верно; б) трудно сказать; в) неверно.

6. Когда Вы сравниваете Вашу семейную жизнь с семейной жизнью Ваших друзей и знакомых, Вам кажется: а) что Вы несчастнее других; б) трудно сказать; в) что Вы счастливее других.

7. Жизнь без семьи, без близкого человека — слишком дорогая цена за полную самостоятельность: а) верно; б) трудно сказать; в) неверно.

8. Вы считаете, что без Вас жизнь Вашего супруга (Вашей супруги) была бы неполноценной: а) да, считаю; б) трудно сказать; в) нет, не считаю.

9. Большинство людей в какой-то мере обманываются в своих ожиданиях относительно брака: а) верно; б) трудно сказать; в) неверно.

10. Только множество различных обстоятельств мешает подумать Вам о разводе: а) верно; б) не могу сказать; в) неверно.

11. Если бы вернулось время, когда Вы вступали в брак, то Вашим мужем (женой) мог бы стать: а) кто угодно, только не теперешний супруг (супруга); б) трудно сказать; в) возможно, что именно теперешний супруг (супруга).

12. Вы гордитесь, что такой человек, как Ваш супруг (супруга), рядом с Вами: а) верно; б) трудно сказать, в) неверно.

13. К сожалению, недостатки Вашего супруга (супруги) часто перевешивают его достоинства. а) верно; б) затрудняюсь сказать; в) неверно.

14. Основные помехи для счастливой супружеской жизни кроются: а) скорее всего в характере Вашего супруга (супруги); б) трудно сказать; в) скорее, в Вас самих;

15. Чувства, с которыми Вы вступали в брак: а) усилились; б) трудно сказать; в) ослабли.

16. Брак притупляет творческие возможности человека: а) верно; б) трудно сказать; в) неверно.

17. Можно сказать, что Ваш супруг (супруга) обладает такими достоинствами, которые компенсируют его недостатки: а) согласен; б) нечто среднее; в) не согласен.

18. К сожалению, в Вашем браке не все обстоит благополучно с эмоциональной поддержкой друг друга: а) верно; б) трудно сказать; в) неверно.

19. Вам кажется, что Ваш супруг (супруга) часто делает глупости, говорит невпопад, неуместно шутит: а) верно; б) трудно сказать; в) неверно.

20. Жизнь в семье, как Вам кажется, не зависит от Вашей воли: а) верно; б) трудно сказать; в) неверно.

21. Ваши семейные отношения не внесли в жизнь того порядка и организованности, которых Вы ожидали: а) верно; б) трудно сказать; в) неверно.

22. Не правы те, кто считает, что именно в семье человек меньше всего может рассчитывать на уважение: а) согласен; б) трудно сказать; в) не согласен.

23. Как правило, общество Вашего супруга (супруги) доставляет Вам удовольствие: а) верно; б) трудно сказать; в) неверно.

24. По правде сказать, в Вашей супружеской жизни нет и не было ни одного светлого момента: а) верно; б) трудно сказать; в) неверно.

### **Обработка результатов**

Если выбранный вариант ответа совпадает с ключевым (эти ответы приводятся ниже), то испытуемая получает 2 балла; если она избрала промежуточный вариант ответа (вариант «б») — 1 балл. За ответ, не совпадающий ни с ключевым, ни с промежуточным, пациентка получает 0 баллов. Далее подсчитывается суммарный балл по всем ответам. Возможный диапазон тестового балла — от 0 до 48 баллов. Высокий балл говорит об удовлетворенности браком.

**Ключевые ответы:** 1в, 2в, 3а, 4в, 5в, 6в, 7а, 8а, 9в, 10в, 11в, 12а, 13в, 14в, 15а, 16в, 17а, 18в, 19в, 20в, 21в, 22а, 23а, 24в.

### **Интерпретация**

**0–16 баллов** — полная неудовлетворенность;

**17–22 балла** — значительная неудовлетворенность;

**23–26 баллов** — скорее неудовлетворенность, чем удовлетворенность;

**27–28 баллов** — частичная удовлетворенность, частичная (примерно в равной степени) неудовлетворенность;

**29–32 балла** — скорее удовлетворенность, чем неудовлетворенность;

**33–38 баллов** — значительная удовлетворенность;

**39–48 баллов** — практически полная удовлетворенность.