

Оглавление

	Коллектив авторов	5
	Введение	6
Глава 1.	Нормальная сексуальная функция женщин, или модели женской сексуальности.....	9
	(Коган М. И.)	
Глава 2.	Психология и психофизиология женской сексуальности	17
	(Перехов А. Я.)	
Глава 3.	Категории женских сексуальных дисфункций с точки зрения психологии /психиатрии	44
	(Перехов А. Я.)	
Глава 4.	Категории женских сексуальных дисфункций с точки зрения гинеколога	76
	(Рыماشевский А. Н.)	
	Женские сексуальные дисфункции	3

Глава 5.	Распространенность и структура женских сексуальных дисфункций	9
	<i>(Авадиева Н. Э., Коган М. И.)</i>	
Глава 6.	Факторы риска развития женских сексуальных дисфункций	11
	<i>(Авадиева Н. Э., Коган М. И.)</i>	
Глава 7.	Сексуальный анамнез. Как его собрать у женщин?	13
	<i>(Коган М. И.)</i>	
Глава 8.	Нарушения мочеиспускания у женщин и связь с сексуальностью	14
	<i>(Коган М. И., Авадиева Н. Э.)</i>	
Глава 9.	Диспареуния с точки зрения уролога	16
	<i>(Коган М. И.)</i>	
Глава 10.	Женские сексуальные расстройства эндокринного генеза	17
	<i>(Гусова З. Р.)</i>	
Глава 11.	Женская андрогенная недостаточность и тестостеронотерапия женской сексуальной дисфункции	18
	<i>(Калинченко С. Ю.)</i>	

Приложения

Приложение 1. Вопросник для определения женской сексуальной функции

194

Приложение 2. Опросник для исследования уровня социально-психологической и сексуально-поведенческой адаптации супружеской пары

198

Приложение 3. Индекс женской сексуальной функции (Female Sexual Function Index)

202

Категории женских сексуальных дисфункций с точки зрения психологии/ психиатрии

А. Я. Перехов

Сексуальными дисфункциями называют все нарушения потенции (отсутствие способности к сексуальным реакциям и сексуальных возможностей для выполнения определенных действий), сексуальной возбудимости (отсутствие соответствующей готовности к появлению сексуальной возбуждения и нарушения темпа протекания сексуальных реакций), сексуального возбуждения (отсутствие адекватных сексуальных реакций на внешнюю и внутреннюю стимуляцию), сексуальной мотивации (выраженности сексуального влечения), а также оргастических способностей (отсутствие способности к достижению сексуального удовлетворения).

Если весь функциональный комплекс, обеспечивающий правильное протекание сексуальных контактов, разделить условно на три части: либидо, половой акт, оргазм, то нарушения собственно полового акта чаще встречаются у мужчин (эрекция и эякуляция), а проблемы с либидо и оргазмом — у женщин. Из этого следует, что в партнерской паре по крайней мере один из партнеров находится в относительно стабильной фазе сексуальной активности. В этом заключаются глубокие биологические механизмы, гарантирующие функциональное единство полового сно-

Женские сексуальные дисфункции

шения, причем это единство посредством взаимодействия мужских и женских стабильных и относительно лабильных компонентов уменьшает вероятность расстройства и обеспечивает достижение биологической цели полового сношения. Лабильное либидо женщины активируется под влиянием стабильного либидо мужчины, что проявляется не только оживлением мотиваций для сексуального контакта, но и соответствующей готовностью к этому половых органов (либрикация влагалища и расслабление окружающих его мышц), а также комплексом сексуально-эмоциональной депрессии. Эти реакции положительно влияют на мужчину, способствуют появлению эрекции и имиссию, обуславливают нарастание наслаждения вплоть до появления эякуляции. Депрессия нарастающего наслаждения у мужчин, кульминационным моментом которой является эякуляция, усиливает сексуальное возбуждение у женщины, благоприятствуя приближению ее оргазма. В то же время клиническая практика показывает, что стабильность или лабильность отдельных этапов весьма относительны, в связи с чем сексуальные дисфункции могут возникать в любой фазе сексуального контакта как у мужчины, так и у женщины.

Мужчины значительно чаще переживают сексуальные дисфункции, чем женщины, но это не значит, что сами дисфункции встречаются реже. У женщин половая холодность и аноргазмия чаще всего становится значимой проблемой лишь тогда, когда в связи с нею распадается партнерская пара или семья, хотя и эта закономерность начинает постепенно размываться из-за нарастающей женской эмансипации и большим вниманием женщины к индивидуальному сексуальному удовлетворению.

Современные клинические воззрения на сексуальные дисфункции позволяют их разделить на индивидуальные и общие (партнерские). Индивидуальные дисфункции (нарушения течения полового акта, оргазма, либидо, депрессия, аверсия), конечно, ориентированы на взаимоотношения партнеров, но могут существовать и вне рамок партнерства. Общие сексуальные дисфункции (сексуальная дисгармония) развиваются только в рамках конкретной партнерской пары, причем вне ее (например, с другим партнером) у партнеров может не возникать никакой сексуальной дисфункции.

ной дисфункции. Конкретная индивидуальная сексуальная дисфункция может приводить к сексуальной дисгармонии в так называемом сексопатологическо-патосексологическом варианте дисгармонии, о чем будет сказано ниже.

Следует отметить, что в соответствии с концепцией партнерства в современной сексологии и сексопатологии отчетливо проявляется тенденция к созданию классификации, основанных на диагностике и лечении партнерских пар, а не отдельных ее представителей. Подход, учитывающий взаимодействие партнеров, позволяет установить более точный диагноз, этиологию расстройств, наметить нужное направление лечения с целью реабилитации партнерской пары. Однако у такого подхода есть также существенный недостаток, заключающийся в том, что врач-сексопатолог практически вынужден заниматься проблемами отдельных лиц, либо имеющих партнеров, либо имеющих партнеров, но категорически не согласных с необходимостью их обследования и лечения.

Сексуальные дисфункции можно разделить на:

- первичные (индивидуальные и партнерские);
- вторичные, или симптоматические (вследствие соматических или тяжелых психических заболеваний);
- псевдодисфункции (чаще всего вследствие дезинформации).

Сексуальные расстройства у женщин клинически в широком смысле делятся на две группы:

1. Различные формы психосексуальных расстройств, не являющихся препятствием для половой жизни. Это гиперсексуальность, самые разнообразные варианты половой холодности.
2. Варианты психосексуальных расстройств, при которых появляются не свойственные физиологической программе копулятивного цикла проявления, создающие определенные препятствия для половых сношений, вплоть до их невозможности. Это вагинизм, различные варианты гениталгий.

Для определения женской сексуальной функции можно использовать женскую сексуальную формулу (см. приложение 1) [11].

Индивидуальные сексуальные функции

Индивидуальная классификация психических и поведенческих расстройств, связанных с сексуальностью человека (включая индивидуальные дисфункции как у мужчин, так и у женщин), рассматриваются в соответствующем разделе (табл. 10 - 152).

- 10.1 Отсутствие или потеря полового влечения.
- 10.2 Сексуальное отвращение и отсутствие сексуального удовлетворения.
- 10.3 Отсутствие генитальной реакции.
- 10.4 Оргазмическая дисфункция.
- 10.5 Преждевременная эякуляция.
- 10.6 Вагинизм неорганической природы.
- 10.7 Диспареуния неорганической природы.
- 10.8 Повышенное половое влечение.

У женщин могут встречаться все вышеперечисленные расстройства, за исключением преждевременной эякуляции.

Отсутствие или потеря полового влечения

Отсутствие или потеря полового влечения у взрослых лиц (алибидемия или гиполибидемия), чаще всего в результате фригидности, — основная проблема, а не вторичная по отношению к другим сексуальным затруднениям. Отсутствие полового влечения не исключает сексуального удовлетворения или возбуждения, но делает инициацию половой активности менее вероятной.

В отечественной сексопатологии нет единого мнения, что надо понимать под термином «фригидность», нет и единой терминологии относительно половой холодности. Чаще всего фригидность определяют как отсутствие или снижение полового влечения, половой возбудимости и невозникновение оргазма [5]. С точки зрения А. М. Свядоша (1988), под понятие фригидности подходят аноргазмия и алибидемия. Аноргазмия — отсутствие оргазма при партнерской и/или индивидуальной (при мастурбации) половой жизни при сохраненном половом влечении. Аноргазмия у женщин встре-

чается в тысячи раз чаще, чем у мужчин. Это связано с биологическими факторами, т. к. у мужчин оргазм интимно связан с эякуляцией, а у женщин оргазм никак не связан ни с сокращением яйцеклетки, ни с механизмом зачатия. Более подробно аногразмия будет рассмотрена в разделе оргазмической дисфункции у женщин. Алибидемия — снижение или отсутствие полового влечения. Это гораздо более тяжелое состояние, чем аногразмия, встречается достаточно редко.

Основные формы первичной фригидности

(по Кристаль В. В., Григорян С. Р., 1996)

1. **Паторефлекторная.** В основе лежит срыв нервно-мышечной регуляции полового акта с нарушением физиологической программы и последующее закрепление этого нарушения по механизмам невротической фиксации с образованием патологического рефлекса. Наиболее частой причиной такой дисфункции является патологическая фиксация на первом неудачном половом акте вследствие внешнего торможения. К развитию этой формы может привести грубое насилие, внезапное воздействие сильных раздражителей (громкий звук, яркий свет и т. п.). Другими причинами развития паторефлекторной формы могут быть вынужденные половые сношения с отрицательной эмоциональной установкой на партнера: опасение разоблачения, боязнь беременности или заражения венерическими заболеваниями, неуверенность в прочности партнерских отношений, неправильные психологические установки вследствие чрезмерно строгого воспитания (вследствие внутреннего торможения) и т. д. У некоторых женщин такая дисфункция возникает вследствие несоответствия суммации раздражений при половом контакте стереотипу ощущений, выработанному при мастурбации, либо вследствие изменения определенного стереотипа коитальной программы (времени, места, позы, конкретной обстановки). Развитие этой формы дисфункции, как правило, носит острый и, реже, подострый характер. Анамнез позволяет в каждом отдельном случае установить конкретные причины и условия, ставшие этиологическим и патопластическим факторами развития дисфункции. У большей части женщин наблюдается

снижение интереса к половым сношениям, со временем половой акт становится безразличным или неприятным. Женщины испытывают после полового сношения ощущение неотреагированного сексуального возбуждения, которое сопровождается чувством униженности, досады и стыда.

Клинический пример

Женщина В., 25 лет, медицинская сестра. Направлена на консультацию клиническим психологом-психоаналитиком в связи с отсутствием оргазма во время полового акта, постоянным состоянием внутреннего напряжения в период как самого полового акта, так и во время предварительных сексуальных ласк. Начала половую жизнь с 17 лет, всего было три сексуальных партнера. Одним из которых были относительно длительные половые контакты до одного года. С последним партнером вместе провела 5 лет, сексуальные контакты часто проходили в машине, в автомобиле либо на природе, т. к. у обоих не было собственной жилой площади. Указанное состояние развилось за последние пять месяцев тому назад, когда во время полового акта, происходившего на берегу реки, в уединенном месте, рядом с пляжем, неожиданно появилась большая компания молодых людей и девушек, которые разразились громким смехом и криками. Сразу же исчезло сексуальное возбуждение, появилось чувство раскаянности и стыда, при этом дополнительные переживания были связаны с тем, что половой акт проходил анально, а она считала это на медицинское образование, считала этот вид половой активности отчасти «ненормальным». В последующих половых контактах, проходивших уже в более спокойной обстановке, несмотря на хорошее самочувствие, оргазм больше не возникал. Несмотря на имевшееся либидо до момента половой близости, сразу же начинает испытывать напряжение, навязчивые воспоминания об инциденте при первых признаках наступающей сексуальной близости. Болезненно переживает свое поведение, фиксирована на нем, предполагает расстаться с нынешним сексуальным партнером, т. к. именно с ним связывает возникшую болезненную проблему, хотя по-прежнему в него влюблена и мечтала выйти за него замуж.

2. **Дисрегуляторная.** Развивается вследствие систематического (десятки лет) практикования прерванных половых актов с целью предупреждения беременности. Патогенетические факторы, обуславливающие развитие дисрегуляторной формы сексуальной дисфункции: стрессовые ситуации, женские сексуальные дисфункции

Диспареуния с точки зрения уролога

М. И. Коган

Диспареуния — боль, возникающая у женщины при половых контактах. Распространенность диспареунии была определена в исследованиях различных типов хронических тазовых болей у женщин [1]. Так, оказалось, что ее частота в США составляет 45 %, а в Швеции — 1,8 %. Кроме того, показатели варьируют в широких пределах (7–58 %) в зависимости от методологии опросов [2].

Диспареуния является признаком сексуального дискомфорта. Она может быть как моносимптомом женской сексуальной дисфункции, так и сочетаться с нарушениями желания, возбуждения и/или оргазма. Вместе с тем дискуссия относительно того, считать диспареунию сексуальным расстройством или рассматривать как подтип хронической тазовой боли, продолжается [3]. В этой связи следует рассмотреть последнюю классификацию гинекологического синдрома хронической тазовой боли (рекомендации Европейской ассоциации урологов, 2010) (табл. 9.1).

Эндометриоз-ассоциированный болевой синдром — хроническая или повторяющаяся тазовая боль с наличием эндометриоза, который не объясняет всех симптомов.

Женские сексуальные дисфункции

Вулварный болевой синдром — постоянная или повторяющаяся эпизодическая вагинальная боль, связанная преимущественно с симптомами сексуальной дисфункции или дисфункцией мочевых путей. Нет подтвержденной вагинальной инфекции или другой очевидной патологии.

Таблица 9.1. Классификация гинекологического синдрома хронической тазовой боли

	Синдром боли, связанной с эндометриозом		
	Синдром влагалищной боли		
Гинекологическая	Синдром генерализованной вульварной боли	Синдром локализованной вульварной боли	Синдром вестибулярной боли
	Синдром вульварной боли	Синдром локализованной вульварной боли	Синдром клиторной боли

Вулварный болевой синдром — постоянная или повторяющаяся эпизодическая вульварная боль, либо связанная с циклом мочеиспускания, либо связанная преимущественно с симптомами сексуальной дисфункции или дисфункцией мочевых путей. Нет подтвержденной инфекции или другой очевидной патологии.

Генерализованный вульварный болевой синдром — вульварное жжение или боль, локализацию которых невозможно определить точечным инструментом (в соответствии с формой определения при давлении путем прощупывания индикатором с ватным наконечником или дизэстетическая эрофия). Преддверие вульвы тоже может быть болезненным, но боль не ограничивается лишь этим участком. Клинически боль может возникать с и без провокации (прикосновение, давление или трение).

Локализованный вульварный болевой синдром — боль постоянно и точно локализуется при исследовании точечным нажатием в одной или более частях вульвы. Клинически боль обычно появляется в результате провокации (прикосновение, давление или трение).

Женские сексуальные дисфункции

Вестибулярный болевой синдром — боль, выявляемая при исследовании точечным нажатием в одной или нескольких частях преддверия вульвы (формально вульварный вестибулит).

Клиторный болевой синдром — боль, выявляемая при исследовании точечным нажатием на клиторе.

Здесь очень важно понять, что диспареуния — это симптом, который надо дифференцировать с другими состояниями. Какими?

В первую очередь это синдром вульварного вестибулита, который определяется как (а) сильная боль при прикосновении к преддверию влагалища или при попытке проникнуть в него, (б) болезненность при прикосновении ватным тампоном к преддверию влагалища и (в) выявления эритемы различной степени выраженности в преддверии влагалища [9].

Первые 2 признака — наиболее надежные диагностические критерии, когда другие возможные причины боли слизистой исключены. Ранее полагали, что вестибулярная боль имеет в основном психогенные причины, однако в недавних исследованиях было показано, что в слизистой преддверия обнаруживаются морфологические, нейрохимические и функциональные изменения, которые укладываются в картину аллергической сенсibilизации слизистой (скорее всего, инфекционной природы), а боль поддерживается нейрогенными механизмами [13, 14, 15, 16–21]. Практика показывает, что диспареуния может существовать отдельно от синдрома вульварного вестибулита, а может сочетаться с ним. Так или иначе диспареуния сопровождается повышенной частотой клинически выраженных тревожных и депрессивных расстройств, поэтому считается, что такие пациентки нуждаются в психиатрической оценке и полной психологической поддержке.

Другой патологией, которая может вуалировать диспареунию, является вагинизм. Дело в том, что в большей части случаев он также сопровождается болью. Согласно международному консенсусу рекомендуется следующее определение вагинизма: постоянная или периодически возникающая сложность у женщины с возможностью введения во влагалище полового члена, пальца или любого другого предмета, несмотря на ее явное желание это сделать [4]. Практи-

чески доказано, что женщины, страдающие вагинизмом, характеризуются фобиями избегания или переживания боли произвольных сокращений тазовых мышц [25]. Весьма важно отличить женщин с вагинизмом и женщин с синдромом вульварного вагинита по степени влагалищного спазма и боли. Это разграничение весьма субъективно.

Все описанные нозологические формы, требующие анализа в связи с диспареунией, наиболее сложны с этой точки зрения. Но кроме них следует учитывать и другие состояния:

- вульвит, вульвовагинит;
- бартолинит;
- кондиломы;
- широкая (гипертрофированная) малая губа;
- интраэпителиальная неоплазия вульвы (рак *in situ*);
- остатки девственной плевы;
- уретрит, цистит/интерстициальный цистит;
- дивертикулы уретры;
- дистопия уретромеатуса/гипоспадия;
- рубцовые деформации после предшествующих травм или операций;
- скларификация после облучения.

Все вышеуказанные состояния исследователи относят к так называемым поверхностным причинам боли, которые по сути являются поверхностной диспареунией [4], т. е. каждое из этих состояний может привести к боли при сексе. И последнее, надо уточнить у женщины размеры полового члена партнера. Явное несоответствие размеров пениса и входа во влагалище также может быть причиной болевого симптома.

Помимо поверхностной диспареунии существует и глубокая диспареуния, которая относится исключительно к компетенции гинеколога. Пациентки сообщают об ощущении «как будто бы опухоли». Глубокая боль может быть связана с аденомиозом и эндометриозом, спаечной болью, цервицитом, фибромой матки, опухолями матки и яичника, загибами матки и т. д.

Диагностика

Роль уролога при оценке боли, возникающей при половом контакте у женщины, сводится к следующему:

Женские сексуальные дисфункции