

Новые подходы в диагностике коитальной аноргазмии у женщин

И. Р. Айриянц, М. И. Ягубов

Отсутствие оргазма у женщины при близости является самой распространенной жалобой при посещении пациентки сексолога. Тотальная аноргазмия, при которой оргазма нет ни при какой форме сексуальной активности, составляет не более 15–20%, отсутствие же оргазма при половом акте — довольно частое явление, и в 70% случаев именно оно является причиной обращения к сексологу [1, 2]. Широкое распространение коитальной аноргазмии в женской популяции, до 35,6% [3], заставляет исследователей искать причину того, что одни женщины наравне с мужчинами способны испытывать удовлетворение при половом акте более чем в половине случаев, другие же лишь изредка или никогда. Научные изыскания в этой области затрагивают тему «необходимости» испытывания женщиной оргазма с эволюционной точки зрения. Существуют сторонники мнения, что оргазм является побочным продуктом для женской сексуальности, рудиментом, не несущим пользы для процесса зачатия, и, следовательно, не закрепленным в ходе эволюции, в отличие от мужского оргазма [4]. Противоположные теории «полезности» оргазма для повышения фертильности, укрепления пары как потенциальных родителей [5, 6] современной наукой подвергаются сомнению. Недавние исследования биологов [7], изучавших сексуальную жизнь различных млекопитающих, показали, что у многих самок так же, как и у женщин во время оргазма, выделяются окситоцин и пролактин во время спаривания. Однако, в отличие от спонтанной ежемесячной овуляции у женщин, у таких видов, как кролики и верблюды, овуляция происходит только после спаривания. Авторы считают, что овуляторные циклы развились только в нескольких линиях млекопитающих, включая человека, и у наших предков механизм овуляции был таким же — инициированным сексуальным контактом. У этих ранних млекопитающих клитор находился внутри влагалища, затем у млекопитающих с овуляторными циклами клитор мигрировал значительно выше, за пределы влагалища. Основываясь на этих выводах, авторы утверждают, что оргазм у самок млекопитающих развился как рефлекс, способствующий зачатию, причем гормоны, высвобождавшие при оргазме яйцеклетку, также могли способствовать имплантации плодного яйца в матку. У приматов же, включая человека, в ходе эволюции развилась форма жизни в социальных группах. Самки имели доступ к регулярному сексу с самцами, и оргазм как овуляторный механизм уже не был таким необходимым, появилась овуляция в регулярном цикле. Поскольку первоначальная цель оргазма была утрачена, клитор «отошел» от своего первоначального положения во влагалище.

Возможность получения оргазма при половом акте напрямую связана с расположением триггерных оргастических зон. Если у мужчины они (большая часть их) располагаются в области головки полового члена, непосредственно раздражающегося при фрикциях, то у женщин, у которых признанный триггер оргазма № 1 — клитор вынесен за пределы площади воздействия при вагинальном половом акте, оргастичность значительно ниже. Так, по данным [8] при вагинальном сексе только 25% женщин постоянно испытывают оргазм, у 50% оргазм наступает периодически, 20% испытывают его «редко или никогда», 5% не испытывают вообще. Другое популяционное исследование [9] показывает, что около 18% женщин могут достичь оргазма только во время вагинального полового акта. Более трети — 36% сообщили, что они предпочитают стимуляцию клитора для достижения разрядки, еще 36% женщин указали, что стимуляция клитора служит для повышения качества вагинального полового акта.

Вопрос существования других триггерных зон женского оргазма, расположенных внутри или в непосредственной близости от влагалища, поднимался многими исследователями [10–12]. Однако, несмотря на многочисленные попытки, найти анатомически субстрат этих зон (точек) не удалось. Наиболее известная «гипотетическая» точка, расположенная на границе нижней и средней третей влагалища, — это точка G, впервые описана в 1950-х годах немецким гинекологом Эрнстом Грэфенбергом и позднее названа в его честь. Автор считал ее аналогом предстательной железы у мужчин [10]. Точка G также ассоциируется у некоторых авторов [13] с губчатым телом уретры — тканевым образованием, расположенным в малом тазу женщины между лобковой костью и передней стенкой влагалища, которое окружает мочеиспускательный канал. По мнению других [14] точка G является местом смыкания вестибулярных лукович клитора на передней стенке влагалища, что служит с их точки зрения доказательством того, что вагинального оргазма в чистом виде не существует, он, по сути, является также клиторальным, так как каждая фрикция во время полового акта или сокращения мышц таза стимулирует клитор, что и приводит к разрядке.

Сторонники существования вагинального оргазма пытались найти факторы, определяющие способности его испытывать. В 1924 г. М. Bonaparte [15] предположила, что чем меньше расстояние между клитором женщины и ее уретрой (CUMD), тем больше вероятность наступления оргазма при половом акте. Гипотеза подтверждалась данными С. Landis [16] в 1940 и К. Wallen, E. A. Lloyd [17] в 2010 г. По данным исследователей, CUMD напрямую зависит от пренатального воздействия андрогена: чем его больше, тем больше расстояние от клитора до уретры. Женщины, которые подвергаются воздействию более высокого уровня пренатальных андрогенов, имеют расположение и чувствительность клитора, более сходные с пенильной (сфокусированность эрогенной чувствительности на теле и головке клитора, с меньшим количеством или отсутствием ее на луковичах и ножках, что исключает вагинальный оргазм). Авторы утверждают, что расстояние более 2,5 см между клитором и уретрой

делает вагинальный оргазм недостижимым.

Одним из способов изучения отличий женщин, способных испытывать разные виды оргазма, является УЗИ половых органов. E. Jannini, O. Buisson [18, 19] в 2008 г. опубликовали результаты исследования, включавшее 9 женщин с вагинальным оргазмом и 11 женщин, никогда не достигающих его во время полового акта и мастурбации. Ультразвуковое сканирование показало более широкую область ткани в пространстве между влагалищем и уретрой у женщин с влагалищным оргазмом. Авторы считают, что нашли «простой метод определения наличия у женщины точки G».

Целью настоящего исследования является анализ факторов, способствующих возникновению коитальной аноргазмии, что позволит выбрать дифференцированную тактику терапевтических мероприятий и прогнозировать эффективность лечения.

Материал и методы исследования

Нами проведено комплексное обследование 10 женщин, в возрасте в среднем $36,4 \pm 9,2$ года, обратившихся в отделение сексологии и терапии сексуальных дисфункций МНИИП — филиала ФГБУ НМИЦ ПН им. В. П. Сербского МЗ РФ. Признаком, по которому пациентки включались в изучаемую группу, являлось наличие жалоб на невозможность достижения оргазма во время полового акта (коитальную аноргазмию) и наличие сексуального партнера.

В работе применялись клинико-сексологический и клинико-психопатологический методы и УЗИ внутренних половых органов.

Результаты и обсуждение

Пациентки были распределены на две группы по 5 человек, в зависимости от расстояния между клитором и уретрой и шириной области ткани в пространстве между влагалищем и уретрой. У пациенток первой группы расстояние между уретрой и влагалищем было от 0,3 до 0,8 см, а расстояние от головки клитора до входа во влагалище находилось в пределах от 2,7 до 3,2 см. Во второй группе расстояние между уретрой и влагалищем было от 0,8 до 1,2 см, а расстояние от головки клитора до входа во влагалище — от 1,9 до 2,3 см.

В результате комплексного обследования в качестве преморбидных особенностей у части пациенток обеих групп (60%) были установлены акцентуации личности тревожно-мнительного и ананкастного круга и задержка психосексуального развития на эротической стадии (40%). Помимо этого у 60% пациенток было выявлено невротическое расстройство в виде синдрома ожидания неудачи, в разной степени выраженности, а у 20% — расстройство адаптации в виде тревожно-депрессивной реакции. Наличие психической патологии было обусловлено как реакцией пациенток на проблемы в сексуальной сфере, так и проблемами во взаимоотношениях, где была высока значимость сексуальной неудовлетворенности.

Пациенткам обеих групп проводилась поэтапная терапия. На первом этапе проводилась коррекция психических нарушений, с выработкой позитивной терапевтической установки, уменьшения масштаба переживаний, нормализацией отношений в паре с разъяснением норм и реалий половой жизни. На втором этапе лечения, на фоне подкрепляющей когнитивно-поведенческой психотерапии, применялись методики секс-терапии (чувственное фокусирование, применение навыков мануального достижения оргазма при половом акте). При анализе карт эрогенной реактивности В. И. Здравомыслова была выявлена разница во влагалищной чувствительности у пациенток первой и второй групп: респондентки из первой группы отмечали высокую чувствительность клиторальной зоны (75%), при нейтральных или слабоположительных оценках влагалищных зон (75% — оценки 0, +1), им дополнительно предлагался для заполнения опросник (рисуночный) по чувствительности зон влагалища, где зона G (в проекции границы нижней и средней трети влагалища) не отмечалась как чувствительная (100% оценка). Пациентки же второй группы, помимо высокой чувствительности клиторальной зоны (75%), отмечали более высокую реактивность генитальных зон (интроитуса, заднего свода влагалища и по дополнительному тесту передней стенки влагалища — 50%).

При схожей предрасположенности сексуального расстройства: возрасте, половой конституции, особенностях психосексуального развития, продолжительности заболевания, в первой группе удалось добиться следующей эффективности терапии: у 1 (20%) женщины появились коитальные оргазмы при постоянной клиторальной стимуляции самостоятельной или со стороны партнера), у 3 (60%) пациенток оргазм стал достижим с партнером (до лечения достигался лишь при самостоятельной мастурбации), вне ситуации коитуса (в ласках мануальной и оральной стимуляции), 1 (20%) пациентка оставила терапию без улучшений. Результаты терапии во второй группе показали большую эффективность — у 3 (60%) пациенток появились коитальные оргазмы без дополнительной клиторальной стимуляции, у 1 (20%) — с непродолжительной стимуляцией клитора на высоте фазы «плато», у 1 (20%) ситуация не изменилась. Таким образом, в первой группе коитальный оргазм был достигнут лишь в 20%, а в 60% — улучшение оргазмической функции, а во второй группе коитальный оргазм, без дополнительной стимуляции клитора, был достигнут в 60% случаев, а с дополнительной стимуляцией клитора еще в 20%.

Заключение

Таким образом, как данные литературы, так и наш клинический опыт позволяют проследить определенную тенденцию зависимости достижения коитального оргазма не только от психосексуального развития, половой конституции, наличия той или иной психической патологии и характера партнерской ситуации, но и от анатомического строения половых органов женщины. Данный параметр может быть одним из критериев прогноза эффективности терапии. Однако следует отметить, что в цитируемых нами источниках, равно как в нашем исследовании, недостаточно количество пациенток для более достоверных выводов. Дальнейшее изучение анатомического субстрата оргастичности представляется нам весьма перспективным.

Литература

1. Meston C. M., Levin R. J., Sipski M. L., Hull E., Heiman J. R. Women's orgasm // *Annu Rev Sex Res.* 2004; 15: 173–257.
2. Айриянц И. Р., Ягубов М. И. Латентные тенденции сексуального влечения у женщин как причина коитальной аноргазмии // *Лечащий Врач.* 2018, № 10, с. 56–62.
3. Gallup G. G., Ampel B. C., Wedberg et al. Do orgasms give women feedback about mate choice // *Evolutionary Psychology.* Vol. 12, № 5. P. 958–978.
4. Lloyd E. The Case of the Female Orgasm. Harvard University Press, 2005. 257 с.
5. Baker R. R., Bellis M. A. Human sperm competition: Ejaculate manipulation by females and a function for the female orgasm // *Animal Behavior.* 1993. Vol. 46 (5): 887–909.
6. Gallup G. G. Jr., Ampel B. C., Wedberg N., Pogosjan A. Do orgasms give women feedback about mate choice? // *Evol Psychol.* 2014, Nov 6; 12 (5): 958–978.
7. Pavlicev M., Wagner G. The Evolutionary Origin of Female Orgasm // *Molecular and Developmental Evolution.* 2016. Vol. 326 (6): 326–337.
8. Mandal A. Study assesses experiences related to female orgasm. Women's Health News. Online 08.017. Retrieved from: <https://www.news-medical.net/.../date of access 02.06.18>.
9. Rowland D., Cempel L., Tempel A. Women's Attributions Regarding Why They Have Difficulty Reaching Orgasm // *J. Sex Marital Ther.* 2018. Accepted author version posted online: 03 Jan 2018, Published online: 12 Feb 2018 <https://doi.org/10.1080/0092623X.2017.1408046>, date of access 03.06.18.
10. Gräfenberg E. The role of urethra in female orgasm // *The International Journal of Sexology.* 1950. Vol. III (3), p. 145–148.
11. Zavic M., Jakubovska V., Belosovic M. et al. Ultrastructure of the normal adult human female prostate gland (Skene's gland) // *Anat. Embriol (Berl).* 2000. Vol. 201 (1): 51–61.
12. Chee A. C. Anterior fornix erogenous zone // *Sexual and Marital Therapy.* 1997. Vol. 12 (4): 357–370.
13. Sevely J., Bennett J. W. Concerning female ejaculation and the female prostate // *J Sex Res.* 1978. Vol. 14 (1): 1–20.
14. McWeeney C. What is the clitoris? [Электронный ресурс] // *Clue.* Online. 2018, 22 Feb. URL: <https://twitter.com/clue/status/966772836596674560>, обращение 10.06.18.
15. Bonaparte M. Les deux frigidités de la femme // *Bulletin de la Société de Sexologie.* 1933. Vol. 5 P. 161–170.
16. Landis C., Landis A., Bowles M. Sex in Development. P. B. Hoeber Inc.; New York: 1940. 302 p.
17. Wallen K., Lloyd E. Female Sexual Arousal: Genital Anatomy and Orgasm in Intercourse // *Hormones and Behavior.* 2010. Vol. 59, № 5. P. 780–792.
18. Jannini E., Buisson O., Rubio-Casillas A. Beyond the G-spot: clitourethrovaginal complex anatomy in female orgasm // *Nat Rev Urol.* 2014. Vol. 11, № 9. P: 531–538.
19. Jannini E. Ultrasound scans 'find the G spot' [Электронный ресурс] // *Journal of Sexual Medicine.* 2012, 28 March. URL: <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02694.x>, дата обращения 21.05.18.

И. Р. Айриянц, кандидат медицинских наук

М. И. Ягубов¹, доктор медицинских наук

ФГБУ ФМИЦПН им. В. П. Сербского МЗ РФ, Москва

¹ Контактная информация: yagubov@mail.ru

Новые подходы в диагностике коитальной аноргазмии у женщин/ И. Р. Айриянц, М. И. Ягубов

Для цитирования: *Лечащий врач* № 5/2019; Номера страниц в выпуске: 13-15

Теги: секс, оргазм, психические нарушения, психотерапия