

Латентные тенденции сексуального влечения у женщин как причина коитальной аноргазмии

И. Р. Айриянц, М. И. Ягубов

В патогенезе практически всех сексуальных расстройств у женщин (аноргазмий, диспареунии, дисгамии и т. д.) важную роль играют нарушения полового влечения.

Классификация сексуальных расстройств в DSM-5 претерпела изменения: присутствовавшее в DSM-4 «Расстройство гипоактивного полового влечения» (Female hypoactive desire disorder) и «Расстройство сексуальной реактивности/возбуждения» (Female arousal disorder) были объединены в одну рубрику: «Расстройство сексуального интереса/возбудимости у женщин» (Female sexual interest/arousal disorder), что клинически оправдано, так как сексуальная реактивность напрямую зависит от сексуального влечения. В этой же классификации подчеркивается, что эти расстройства обязательно вызывают «выраженный дистресс и/или ухудшение межличностных отношений».

Являясь «серым кардиналом» при самой распространенной сексуальной патологии у женщин — коитальной аноргазмии, нарушения либидо в виде его снижения и искажения не сразу выявляются. Объяснить это в какой-то степени можно тем, что женщины часто диссимилируют, воспринимая отсутствие сексуального желания как «постыдное» явление, тогда как повсеместно возвышается привнесенный волнами феминизма и сексуальной революции прошлого века идеал сексуальной, активной современной женщины. Варианты направленности полового влечения в виде би- и гомосексуальности, несмотря на толерантность общества, большинством не воспринимаются как норма и нередко порицаются. В связи с этим подобные интересы пациентками вытесняются. Основной жалобой в этих случаях они предъявляют «допустимое» и распространенное отсутствие оргазма, вину за которое можно разделить или переложить на партнера.

В литературе приводятся различные данные распространенности расстройств оргазма у женщин. По мнению Н. Michel-Wolfroth [20], аноргазмия наблюдается у 40% женщин Франции; из 1500 женщин, обследованных в Вене Н. Stourzh [26], треть никогда не испытывала оргазма, причем 65% из них имели постоянные связи с разными мужчинами; не испытывала полового удовлетворения и треть женщин, опрошенных Н. Malevska [19] в Польше; 44% из 2000 женщин, опрошенных S. Schnabl [24] в Германии, не испытывали оргазма или испытывали крайне редко. По данным З. В. Рожановской [5], из 412 женщин, регулярно живших половой жизнью не менее 3 лет, испытывали оргазм изредка — 27,4%, никогда — 18%. Практически все сексологи, изучающие женскую оргастичность, отмечают, что аноргазмией чаще страдают молодые женщины, не имеющие постоянного партнера. Так, по S. Schnabl [24], начали испытывать оргазм в течение первого года половой жизни лишь 19% женщин, второго года — 15%, третьего — 11%, на четвертом-пятом — 14%, шестом-девятом году — 11%, на десятом году или позже — 9% женщин; никогда не пережили оргазма 11% (10% не ответили на вопросы). По данным З. В. Рожановской и А. М. Свядоша [5], оргазм испытывали в первые 3 месяца после замужества 22% женщин, к концу первого года — 42%, к 5 годам замужества — 72% и свыше 10 лет — 89%. Оргазм возник вскоре после родов у 30%, значительно позднее родов (некумулятивные показатели) — у 11% женщин; у 18% опрошенных оргазм впервые наступил при смене партнера. Исследования R. E. Nappi, E. Martini, E. Terreno, F. Albani, V. Santamaria, S. Tonani, L. Chiovato и Polatti [22], включавшие 31 000 женщин в возрасте старше 18 лет в США, показали, что сексуальные расстройства, включая гиполибидемию (это наиболее распространенная дисфункция, ее частота среди респонденток 18–45 лет — 8,9%), в 12,3% приходится на возраст 45–64 лет и в 7,4% встречаются у женщин 65 лет и старше. Распространенность гиполибидемии варьирует от 6–13% в Европе и 12–19% в США. При этом доля женщин с низким желанием, связанным с дистрессом, была значительно выше у молодых женщин, чем у пожилых.

Известно, что «аноргазмия часто сочетается со снижением полового влечения или его отсутствием — алибидемией» (А. М. Свядош, И. А. Попов [6]). По мнению ряда авторов [9], несмотря на лояльное отношение к проявлениям сексуальности, особенно женской, и так называемой сексуальной революции, за последние 5 лет более 11% российских женщин и 7,2% мужчин сознательно избегали интимной близости. По проведенному в России социологическому опросу [9] 5,2% супружеских пар также заявили, что воздерживаются от близости, и при этом больше половины чувствуют себя «вполне счастливо». Примечательно, что людей с высшим образованием среди них гораздо больше, чем тех, кто окончил лишь среднюю школу. Примерно те же цифры исследователи получили и в Западной Европе, исключая Испанию и Италию (ранее аналогичные результаты были получены и в США [14, 25]).

Данные английских ученых также подтверждают рост алибидемии в современном обществе: E. Frank, C. Anderson, D. Rubenstein [12] в своем исследовании приводят следующие данные: частота проблем со сниженным либидо среди пар возросла с 32% до 55% за десять лет (1970–1980 гг.).

Американский ученый К. А. Montgomery [21] считает, что распространенность расстройств либидо часто недооценивается. Национальный социальный опрос «Здоровый образ жизни» выявил, что у 32% женщин и 15% мужчин

отмечалось снижение сексуального интереса на протяжении нескольких месяцев в году. Популяционные исследования мужчин и женщин в возрасте от 18 до 59 лет показали, что как HSDD (гиполибидемия), так и SAD (алибидемия) имеют более высокий коэффициент распространенности среди женщин, чем среди мужчин, хотя это расхождение больше в SAD (аверсии, алибидемии) [17].

Связь гиполибидемии и коитальной аноргазмии у женщин с нарушениями психосексуального развития и латентной гомосексуальностью описывается рядом авторов. А. Лоуэн в своей книге «Любовь и оргазм» пишет: «Одна из моих пациенток сделала верное замечание, проясняющее связь между сексом и любовью: «Мужчина не сможет полюбить женщину, если он не любит женщин». То же самое можно сказать и о женщине: она может полюбить мужчину, только если ей нравятся мужчины вообще. Любовь к другому полу определяет способность к сексуальному отклику на его призыв. Это явление тесно связано с биологическим побуждением к сексу, которое не дискриминируется подсознанием. Можно сказать, что сила сексуального чувства мужчины прямо пропорциональна силе положительных чувств, испытываемых им к женскому полу. «Гомосексуалист и женоненавистник обычно импотентны в определенной степени; это верно и по отношению к женщинам» [3].

Отечественные авторы А. А. Столяров, А. В. Столяров [7] пишут: «Низкое половое влечение возможно при девиациях, перверсиях, наличии скрытых садомазохистических и гомосексуальных наклонностей». А. М. Свядош приводит описание «фригидных» женщин: «Встречаются совершенно асексуальные натуры, никогда не испытывавшие полового влечения к мужчинам, никогда ни в кого не влюблявшиеся, никогда не получавшие никакого удовольствия от ласк, поцелуев или половой близости, и есть женщины общительные, кокетливые, женственные, любящие мужское общество, танцы, ухаживания, поклонения, но никогда не испытывавшие оргазма при половой жизни, хотя она и не является для них неприятной. Раздражение половых органов, как бы длительно и интенсивно оно ни проводилось, не ведет к возникновению у них оргазма и может быть одним из диагностических критериев. Причина этой формы фригидности неясна. Возможно, что иногда (весьма редко) в основе лежит скрытая, несознаваемая гомосексуальная установка». При этом они подчеркивают, что «этому предположению, однако, противоречит то, что женщины гомосексуалистки не фригидны (А. М. Свядош, Е. М. Деревинская [1]) — половое влечение у них достаточно сильное, но направлено на лиц одноименного пола». Польский сексолог Z. Lew-Starowicz [2, 18] также выделяет скрытые гомосексуальные тенденции как возможную причину алибидемии: «Случается, что гомосексуальные склонности блокируют влечение женщины к мужчинам, но одновременно по разным причинам не допускаются до сознания. С виду похоже на то, что такая женщина асексуальна от природы, а на самом деле ее сексуальность заблокирована в не принимаемом подсознанием направлении».

К. А. Montgomery [21], рассматривая шесть компонентов сексуальности (половую идентификацию, ориентацию, намерения (стремления), желание, возбуждение, оргазм и эмоциональное удовлетворение), утверждает, что пожизненная гиполибидемия может являться проявлением проблем идентификации (половой идентификации, ориентации или парафилии) или стагнации в сексуальном развитии (из-за чрезмерно консервативного окружения, аномалий развития или сексуальных домогательств, насилия).

Вот что пишут американские исследователи E. Real, Á. Montejo, P. Alonso, J. M. Menshon [23] о вышеупомянутой проблеме отношения пациентов к собственной латентной гомосексуальности: «В рамках изучения навязчивых идей с сексуальным содержанием, проблемам сексуальной ориентации уделяется особое место. Они включают в себя опасения стать гомосексуалом, опасения, что окружающие могут подумать, что пациент гомосексуал, или повторяющиеся сомнения, размышления о том, является ли пациент гомо- или гетеросексуалом. У таких больных обнаруживаются трудности в достижении оргазма (33% против 7% в популяции), «неудовлетворительный» оргазм (20% против 4%), нехватка или отсутствие вагинальной смазки (25% против 4%) и отсутствие удовольствия от сексуальной активности (10% против 0%). Навязчивые идеи с сексуальным содержанием включают в себя несколько типов нежелательных и неприемлемых когнитивных вторжений с эгодистоническим компонентом, которые могут варьировать от мыслей о семье или детях до озабоченности по поводу сексуальной ориентации».

Сам термин «латентная гомосексуальность» был предложен Зигмундом Фрейдом, который, в частности, отмечал в «Общей теории невроза» [8], что те, кто называет себя гомосексуалами, — это лишь сознательные и явные инверты, количество которых несоизмеримо с латентными гомосексуалами. Существует психоаналитическая концепция возникновения «комплекса Дианы», который проявляется в нежелании иметь сексуальные связи с противоположным полом, семью и детей. Среди причин его возникновения называются воспитание девочки властной и мужеподобной матерью или слабохарактерным и безвольным инфантильным отцом. В таких семьях царит матриархат. Мужчина-«подкаблучник» ненавидит сильную женщину и поощряет в дочери мужские начала. Может стать толчком к развитию комплекса Дианы и противоположная ситуация, когда отец семейства является тираном и деспотом, третирующим семью. В результате у девочки формируется невосприятие мужского пола, она ненавидит мужчин и подсознательно завидует им, подавляет в себе любые проявления женственности, становится замкнутой, «бессознательно вытесняет в себе женское начало». Причиной могут быть также страхи, запугивания, жестокое обращение. Фактором риска является воспитание в неполной семье. Комплекс Дианы может развиваться по причине воспитания девочки как мальчика. Такая ситуация часто наблюдается в семьях, где родители ждали мальчика. В результате она стремится во всем походить на мужчин, становится мужеподобной. В ее сознании формируется ошибочное мнение, что женщины неполноценны, у них нет пениса, они более слабые. С

точки зрения психоаналитиков, на этом фоне у женщин могут развиваться гомосексуальные влечения к своему полу. «У женщин с комплексом Дианы могут наблюдаться транссексуальные и гомосексуальные наклонности. Их не интересует противоположный пол. В пубертатном периоде у девочки формируются гомосексуальные наклонности. Поощрение родителями типично мужских черт характера приводит к нарушению целостности самовосприятия женщины.

Ряд авторов указывают на роль психической патологии, в частности, шизофрении, шизотипического расстройства в нарушении силы, направленности либидо у женщин. Так, Е. В. Мединский [4] пишет: «Патогенетические механизмы феноменов сексуального дизонтогенеза при шизофрении следующие: выпадение периодов любопытства к половым органам другого пола и дистинкции связаны с гипертрофией платонического либидо, а выбор социальной роли, более характерной для мужского пола, связан со стремлением к физическому сходству с мужчинами. Психологическое исследование показывает, что при шизофрении полоролевая идентичность характеризуется сочетанием выраженных маскулинных и фемининных черт, отмечается тенденция к одновременному отождествлению себя и с мужчиной, и с женщиной или отсутствие идентификации с женщиной. Для женщин, больных шизофренией, характерно отрицательное отношение к образу женщины; слабая когнитивная дифференцированность половых ролей; положительное, реже отрицательное эмоциональное отношение к мужской половой роли; гомосексуальные и аутоэротические тенденции».

Если предположить, что часть пациенток, обратившихся с жалобами на коитальную аноргазмию, страдают не гипо- и алибидемией, а латентной или эгодистонической би- или гомосексуальностью, важно знать, как различаются по силе сексуальное влечение у нормально ориентированных женщин и женщин с подобными его девиациями. Западными коллегами предпринимались попытки изучить и сравнить оргастичность гетеро-, би- и гомосексуальных женщин. Однако выявить значительной разницы между уровнем сексуальной удовлетворенности у гомо- и гетеросексуально ориентированных женщин не удалось (D. F. Hurlbert, C. Apt, S. M. Rabehl, A. P. Pierce [15]), но при этом были отмечены значимые различия в роли, которую секс играет в парных отношениях в этих группах. «Лесбиянки демонстрируют большую зависимость, совместимость и близость в своих сексуальных отношениях, в то время как гетеросексуалки больше расположены к фантазированию, более сексуально напористы (активны) и имеют сильное либидо и частую сексуальную активность».

На основании сравнительного исследования оргастичности у женщин с разной сексуальной ориентацией D. A. Frederick, St. H. K. John, J. R. Garcia и E. A. Lloyd [13] установили, что частота оргазма у лесбиянок 86%, у бисексуальных женщин — 66% и у гетеросексуальных респонденток — 65%. Авторы объясняют это большим количеством оральных и мануальных ласк у гомосексуальных женщин и меньшей влагилищной стимуляцией.

По данным B. N. Breyer, J. F. Smith, M. L. Eisenberg, K. A. Ando, T. S. Rowen, A. W. Shindel [10], у гетеро- и бисексуально ориентированных женщин выше риск развития сексуальных дисфункций (51% и 45% соответственно, по сравнению с гомосексуально ориентированными — 29%). Но при этом они указывают, что болевые ощущения при коитусе чаще наблюдаются у лесбиянок и бисексуалок и половое влечение к партнеру, как правило, у них ниже, что свидетельствует о меньшем стремлении лесбиянок к «сексуальному самовыражению».

Важную роль в достижении оргазма при контакте играет степень выраженности сексуального возбуждения в ответ на эротические стимулы. E. W. Dolan [11], проанализировав реакции женщин с различной направленностью либидо на визуальные стимулы (эротические сцены), обнаружил, что бисексуальные и гетеросексуальные женщины были одинаково неспецифичны в своих ответных реакциях. Ни в одной из групп не было предпочтений по просмотру эротических сюжетов с участием мужчин или женщин. Однако гомосексуальные женщины отличались специфичностью, предпочитая визуальные сексуальные стимулы с женщинами. Автор также подтвердил полученные данные результатами вагинальной фотоплетизмографии.

Таким образом, несмотря на то, что первичное расстройство полового влечения и коитальная аноргазмия являются наиболее частыми жалобами у пациенток, обращающихся за сексологической помощью, механизм их возникновения порой сложно выявить. Именно поэтому и лечение пациенток с этой патологией наименее эффективно из всех видов половых расстройств. Сексуальные девиации и латентные парафильные тенденции, нередко лежащие в основе этих нарушений, трудно выявляются. Нами было проведено исследование, целью которого являлось выявление связи между сексуальными расстройствами и вызванными ими дисгамиями и скрытыми, иногда неосознаваемыми и непризнаваемыми пациенткой гомо- и бисексуальными тенденциями и разработка терапевтических мероприятий, направленных на повышение качества сексуальной жизни и адаптацию в паре.

Материалы и методы исследования

В исследование были включены 56 пациенток с первичной коитальной аноргазмией в возрасте от 22 до 43 лет.

При обследовании пациенток применялись клиничко-психопатологический, клиничко-сексологические методы с использованием шкалы СФЖ (сексуальная формула женская), карты В. И. Здравомыслова (эрогенная реактивность), SFQ (Sex Fantasy Questionnaire) Г. Уилсона — опросника по сексуальным фантазиям с применением 7-балльной шкалы Ликерта.

Опросник по сексуальным фантазиям Г. Уилсона (SFQ) в отечественных исследованиях ранее не использовался, и поэтому для понимания полученных данных приводится полный вариант опросника.

1. Мне хотелось бы испытывать романтические эмоции во время сексуальных отношений.
2. Я фантазировала, что участвую в фелляции/куннилингусе.
3. Я фантазировала о сексе в необычном месте (офис, общественный туалет и т. п.).
4. Атмосфера и обстановка играют важную роль в моих сексуальных фантазиях.
5. Я фантазировала о сексе в романтическом месте (например, на уединенном пляже).
6. Я фантазировала о сексе с кем-то, кто не является моим мужем (партнером).
7. Я фантазировала о том, чтобы мастурбировать своему(го) партнеру(а).
8. Я фантазировала о том, что мой партнер мастурбирует меня (мне).
9. У меня были фантазии о сексе с двумя женщинами.
10. Я фантазировала о том, что наблюдаю, как две женщины занимаются любовью.
11. Я фантазировала о сексе с незнакомцем.
12. Я фантазировала об открытом сексе в публичном месте.
13. Я фантазировала, что кто-то доминирует надо мной в сексе.
14. Я фантазировала, что делаю куннилингус.
15. Я фантазировала о сексе со «звездой» или известным человеком.
16. Я фантазировала, что выполняю фелляцию.
17. Я фантазировала, что доминирую над кем-то сексуально.
18. Я фантазировала, что меня мастурбирует знакомый.
19. Я фантазировала о том, чтобы быть связанной кем-то с целью получения сексуального удовольствия.
20. Я фантазировала мастурбировать знакомого.
21. Я фантазировала о том, что незнакомый человек мастурбирует меня.
22. Я фантазировала об анальном сексе.
23. Я фантазировала о сексе с более чем тремя людьми женского пола.
24. Я фантазировала, что мастурбирую незнакомого человека.
25. Я фантазировала, что связываю кого-то с целью получить сексуальное удовлетворение.
26. Я фантазировала о том, чтобы наблюдать за кем-то обнаженным, когда он (она) об этом не знает.
27. Я фантазировала о межрасовом сексе (с человеком другой расы).
28. Я фантазировала о сексе с женщиной с очень большой грудью.
29. Я фантазировал об эякуляции на сексуального партнера (только для мужчин).
30. Я фантазировала о сексе с человеком, значительно старше меня.
31. Я фантазировала о сексе больше чем с тремя людьми, как мужчинами, так и женщинами.
32. Я фантазировала о сексе с двумя мужчинами.
33. Я фантазировала, что меня фотографируют или снимают во время сексуальных отношений.
34. Я фантазировала, что мой партнер эякулирует на меня.
35. Я фантазировала о сексе с кем-то значительно моложе (законном) меня.
36. Я фантазировала о петтинге с абсолютно незнакомым человеком в публичном месте (например, в метро).
37. Я фантазировала, что предаюсь сексуальному обмену (свингу) с парой, которую не знаю.
38. Я фантазировала, что шлепаю или порю кого-то для получения сексуального удовольствия.
39. Я фантазировала, что меня шлепают или порют для получения сексуального удовольствия.
40. Я фантазировала о гомосексуальном сексе.
41. Я фантазировала о сексе с женщиной с очень маленькой грудью.
42. Я фантазировала о свингерском сексе с парой, которую знаю.
43. Я фантазировала, что меня принуждают к сексу.
44. Я фантазировала о сексе с фетишем или несексуальным объектом.
45. Я фантазировала о сексе с проституткой или стриптизершей (зером).
46. Я фантазировала о сексе с более чем с тремя людьми, мужчинами.
47. Я фантазировала, что показываюсь обнаженной или полуобнаженной в публичном месте.
48. Я фантазировала, что наблюдаю, как двое мужчин занимаются любовью.
49. Я фантазировала, что сексуально воспользовалась человеком, который пьян, спит или без сознания.
50. Я фантазировала, что принуждаю кого-то к занятиям сексом.
51. Я фантазировала, что ношу одежду, принадлежащую противоположному полу.
52. Я фантазировала, что мой сексуальный партнер мочится на меня.
53. Я фантазировала, что мочусь на моего сексуального партнера.
54. Я фантазировала о сексе с животным.
55. Я фантазировала о сексе с ребенком младше 12 лет.

Для оценки интенсивности мы использовали шкалу Ликерта от 1 до 7, где: 1 — никогда; 2 — очень редко (несколько раз в жизни); 3 — редко (менее чем в 1/4 случаев); 4 — иногда (около 1/4 случаев); 5 — часто (1/2 случаев); 6 — в большинстве случаев (более половины случаев); 7 — почти всегда или всегда.

Возраст пациенток колебался от 22 до 43 лет, средний возраст $32,2 \pm 1,6$ года.

По уровню образования преобладали женщины с законченным высшим образованием (55,3%; $p \leq 0,05$).

По семейному положению пациентки распределились следующим образом: 51,8% находились в официальном браке, 30,3% — имели постоянного партнера или находились в гражданском браке, 7,1% имели отношения с несколькими партнерами и у 10,7% не было сексуальных партнеров на момент обращения.

Пациентки были распределены на три группы, исходя из сексопатологической симптоматики: первую группу составили пациентки с коитальной аноргазмией в сочетании с диспареунией и алибидемией, во второй группе коитальная аноргазмия наблюдалась на фоне гиполибидемии и в третьей группе — коитальная аноргазмия без нарушений сексуального влечения.

В 1-ю группу вошла 21 (37,5%) женщина, страдающая коитальной аноргазмией в сочетании с алибидемией и диспареунией. Вторую группу составили 15 (26,7%) пациенток с коитальной аноргазмией на фоне гиполибидемии, 3-ю группу составили 20 (35,7%) женщин с изолированной коитальной аноргазмией.

При анализе этапов психосексуального развития у 46,4% пациенток была выявлена задержка на эротической фазе, у 14,2% — на платонической. По результатам опросника SFQ у 35,7% пациенток были выявлены латентные гомосексуальные тенденции: 61,9% в группе пациенток с алибидемией и диспареунией, 46,6% в группе с сочетанием коитальной аноргазмии и гиполибидемии.

Средний возраст пациенток 1-й группы составил $33 \pm 1,7$ года. Среди особенностей психосексуального развития женщин 1-й группы — высокий процент его задержки на ранних стадиях: 28,5% на платонической, 66,6% на эротической. При анализе их ответов на вопросы SFQ (опросник по сексуальным фантазиям) Г. Д. Уилсона обращали на себя внимание высокая интенсивность и высокий процент присутствия фантазий с би- и гомосексуальным содержанием, сюжетов с платоническим компонентом.

Была также установлена задержка психосексуального развития на платонической стадии и девиации либидо, маскировавшиеся за мнимой гиполибидемией и даже сексуальной аверсией. Достаточно высокий уровень частоты и интенсивности фантазирования у 80,1% ($p \leq 0,001$) пациенток также убеждают нас в том, что истинными причинами дисгамии и аноргазмии в этой группе являются нереализованные девиантные тенденции сексуального влечения.

Таблица 1

Результаты опроса по SFQ Г.Д. Уилсона в 1-й группе

	Пациентки 1-й группы		Среднепопуляционные показатели для женщин	
	Интенсивность	Процент	Интенсивность	Процент
1	$6,1 \pm 1,4$	90,4	$5,53 \pm 1,8$	88,3
4	$5,4 \pm 2,1$	100*	$4,45 \pm 2$	81,2
5	$4,8 \pm 1,8$	95,2*	$4,37 \pm 2,1$	78,4
9	$5,7 \pm 2,7$	80,9	$5,31 \pm 2,3$	84,5
10	$5,3 \pm 1,9$	95,2*	$4,9 \pm 2,4$	82,1
14	$4,7 \pm 1,5$	76,1	$4,68 \pm 2,5$	78,1
23	$2,4 \pm 1,6$	85,7	$4,28 \pm 2,7$	75,3
28	$2,1 \pm 2,1$	76,1	$3,89 \pm 2,6$	68,6
31	$4,2 \pm 1,2$	47,6**	$0,96 \pm 2,1$	15,8
40	$4,5 \pm 1,6$	85,7**	$1,31 \pm 2,4$	20,6
41	$2,6 \pm 1,4$	71,4*	$3,02 \pm 2,5$	52,3
51	$2,8 \pm 1,9$	28,5*	$0,67 \pm 1,7$	10

Примечание. * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,001$.

Таблица 2

Результаты опроса по SFQ Г. Д. Уилсона во 2-й группе

	Пациентки 2-й группы		Среднепопуляционные показатели для женщин	
	Интенсивность	Процент	Интенсивность	Процент
1	$6,2 \pm 2,1$	93,3	$5,53 \pm 1,8$	88,3
4	$5,2 \pm 1,9$	86,6	$4,45 \pm 2$	81,2
5	$6,5 \pm 2,2$	100*	$4,37 \pm 2,1$	78,4
9	$5,3 \pm 1,5$	86,6	$5,31 \pm 2,3$	84,5
10	$5,8 \pm 2,5$	86,6	$4,9 \pm 2,4$	82,1
14	$5,1 \pm 1,7$	80	$4,68 \pm 2,5$	78,1
23	$5,6 \pm 2,7$	80	$4,28 \pm 2,7$	75,3
28	$4,2 \pm 1,4$	66,6	$3,89 \pm 2,6$	68,6
31	$3,2 \pm 1,7$	40*	$0,96 \pm 2,1$	15,8
40	$3,8 \pm 1,6$	46,6*	$1,31 \pm 2,4$	20,6
41	$1,5 \pm 0,6$	46,6	$3,02 \pm 2,5$	52,3
51	$1,2 \pm 1,4$	26,6*	$0,67 \pm 1,7$	10

Примечание. * $p \leq 0,05$.

23,8% пациенток из 1-й группы имели опыт отношений с женщинами, причем половина из них находила эти отношения более «возбуждающими», «комфортными» и «безопасными».

Анализ карт эрогенных зон В. И. Здравомыслова показал наибольшую реактивность клитора у 71,4% ($p \leq 0,001$) женщин и экстрагенитальных областей ($p \leq 0,01$). Интроитус и влагалищные зоны были отмечены как негативная и болезненная область у 90,4% ($p \leq 0,01$).

При клинико-психопатологическом исследовании удалось выявить наличие шизоидных черт личности у 23,8% пациенток, истерических у 28,6% и смешанных у 38%.

Именно в этой группе наибольшее количество женщин не имели постоянного партнера — 19%, что было обусловлено особенностями личности. Лишь 9% имели несколько партнеров.

Во 2-й группе средний возраст пациенток составлял $34,2 \pm 1,4$ года. У 53,3% из них выявлялась задержка психосексуального развития на эротической фазе, у 13,3 — на платонической. При анализе сексологического анамнеза ответов на вопросы SFQ Г. Д. Уилсона, как и в 1-й группе, выявлялось большее, нежели в популяции, присутствие в фантазиях полигамной, би- и гомосексуальной тематики, а также сюжетов с платоническим (романтическим компонентом).

По карте В. И. Здравомыслова ожидаемо выявляются «лидирующие» зоны: клиторальная у 73,3% ($p \leq 0,001$) и молочные железы — у 53% ($p \leq 0,05$). Экстрагенитальные зоны (рот, шея, внутренняя поверхность бедер средне реактивны у 46,6% ($p \leq 0,05$). Интроитус и влагилищные зоны оценивались 80% пациентками ($p \leq 0,001$) как нейтральные или слабоположительные.

Клинико-психопатологическое исследование позволило выявить наличие у 33,3% пациенток 2-й группы психастенических черт, у 40% истерических и у 26,6% шизоидных.

По партнерской ситуации картина была следующей: у 6,7% было нескольких сексуальных партнеров, 13,3% — не имели постоянного партнера.

Среди женщин из 2-й группы опыт гомосексуальных отношений имели 20% (3), они называли его «интересным экспериментом», однако предпочли традиционные гетеросексуальные.

Средний возраст пациенток 3-й группы составлял $29,5 \pm 1,6$ года. Задержка психосексуального развития на эротической фазе отмечалась у 20% (4). Результаты опросника Г. Д. Уилсона показали заинтересованность в романтическом компоненте сексуальных отношений, что объясняется фиксацией на эротической стадии либидо. Обращает на себя внимание интерес к полигамии, гомосексуальному контакту и переодеванию в одежду противоположного пола (интерес выше среднего на 10–30%). При сборе сексологического анамнеза и обсуждении результатов анкетирования пациентки объясняли вышеупомянутый интерес и фантазии тем, что сексуальные отношения с женщинами или с парой представляются им менее «затратными» в эмоциональном и физическом плане, требующими меньше «стараний», без оргазма или, по крайней мере, без вагинального оргазма, который, с их точки зрения, необходим во время гетеросексуального коитуса и ожидаем со стороны партнера.

	Пациентки 3-й группы		Среднепопуляционные показатели для женщин	
	Интенсивность	Процент	Интенсивность	Процент
1	$5,2 \pm 1,6$	95	$5,53 \pm 1,8$	88,3
4	$5,1 \pm 1,9$	85	$4,45 \pm 2$	81,2
5	$4,7 \pm 1,5$	80	$4,37 \pm 2,1$	78,4
9	$5,8 \pm 1,2$	60	$5,31 \pm 2,3$	84,5
10	$5,6 \pm 0,7$	85	$4,9 \pm 2,4$	82,1
14	$4,7 \pm 1,3$	65	$4,68 \pm 2,5$	78,1
23	$4,2 \pm 1,5$	75	$4,28 \pm 2,7$	75,3
28	$3,5 \pm 0,8$	70	$3,89 \pm 2,6$	68,6
31	$2,5 \pm 1,7$	55**	$0,96 \pm 2,1$	15,8
40	$3,4 \pm 2,1$	40*	$1,31 \pm 2,4$	20,6
41	$2,8 \pm 0,7$	40	$3,02 \pm 2,5$	52,3
51	$2,7 \pm 1,2$	20	$0,67 \pm 1,7$	10

Примечание: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,001$.

Среди пациенток 3-й группы 45% фантазировали на тему однополых секса, предпочитали сюжет группового сексуального контакта с участием двух женщин и одного мужчины, однако реального подобного опыта не имели.

Результаты по карте В. И. Здравомыслова в этой группе выявили большую эрогенную реактивность экстрагенитальных зон — у 75% ($p \leq 0,001$), клиторальной зоны — у 80% ($p \leq 0,001$) и влагилищных зон — у 25% ($p \leq 0,05$).

При клинико-психопатологическом исследовании у 35% пациенток были выявлены истерические черты личности, у 30% психастенические, у 15% шизоидные. Только 1 пациентка этой группы не имела постоянных партнерских отношений (встречалась с несколькими мужчинами параллельно). Остальные состояли в постоянных союзах и были заинтересованы в их сохранении и укреплении, в том числе и путем улучшения сексуальных отношений.

Терапия сексуальных расстройств пациентов с девиациями влечения, даже в латентной форме, является одной из самых сложных задач психиатрии и сексологии. Зачастую она сводится к психотерапии, направленной на адаптацию пациента и, иногда, его окружения к его «особенностям». Однако в рассматриваемых нами примерах латентные тенденции маскируются мнимой гиполибидемией, становятся причиной коитальной аноргазмии и часто приводят к сексуальной дисгамии. Ясно, что здесь когнитивная и разъяснительная психотерапия в паре и с

партнером пациентки, с попыткой адаптировать его, научить «принимать партнершу» с ее би- или гомосексуальной направленностью либидо могут быть не только бесперспективны, но и разрушительны для отношений. Поэтому в первых двух группах (помимо десенсибилизирующей терапии диспериунии) велась индивидуальная психотерапия с пациенткой, направленная на осознание особенностей своего либидо, «проработка» негативных установок и запретов на сексуальное фантазирование с соответственной тематикой, разъяснение того, что происходит вытеснение нежелательного, эгодистонического сексуального влечения. На этом этапе 64% пациенток отметили повышение настроения и уменьшение переживаний, «чувство облегчения». Обучение использовать имеющиеся особенности нормального по интенсивности либидо в виде эротических фантазий во время близости улучшило качество половой жизни у 35%. Пациенткам 3-й группы проводилась индивидуальная и парная психотерапия (когнитивная и суггестивная), сеансы аутотренинга с элементами внушения, а также секс-тренинг, нацеленный на расширение зон эрогенной реактивности, усиление влагалищной чувствительности, включавший интеграцию мастурбаторных и оральных техник достижения оргазма в прелюдию партнеров и выработку адаптивного сценария близости, что позволяло обоим партнерам достигать большего удовлетворения в сексуальной сфере.

Выводы

1. Проведенное исследование позволило выявить, что первичная коитальная аноргазмия (F52,3) у женщин в 64,3% случаев сопровождается нарушениями сексуального влечения в виде латентной би- или гомосексуальности (возможно: множественных расстройств сексуального предпочтения — F56.6 или F66.1 — эгодистонической сексуальной ориентации или F65.9 — расстройство сексуального предпочтения, неуточненное), маскирующихся под алибидемией или гиполибидемией (F52.0/F52.1).
2. У женщин, страдающих первичной коитальной аноргазмией, в 60,7% обнаруживается расстройство психосексуального развития (F66.0) в виде задержки психосексуального развития на платонической (14,2%) и эротической (46,4%) фазах. В особенностях их личности преобладают истерические (33,9%), шизоидные — 21,4% и психастенические — 19,6% черты личности.
3. Анализ эрогенной реактивности позволил установить некоторую специфичность для данной категории пациенток: высокую чувствительность для клиторальной зоны ($p \leq 0,001$), широкий диапазон для влагалищной зоны и интроитуса от резко негативной до положительной в зависимости от особенностей сексуального влечения.
4. Ведущим методом лечения женщин с коитальной аноргазмией, имеющих латентные девиации сексуального влечения, являются психотерапия и секс-терапия, направленные на проработку особенностей сексуального сценария и повышение сексуальной адаптации в паре.

Литература

1. Деревинская Е. М. Материалы к клинике, патогенезу, терапии женского гомосексуализма. Автореферат дис. на соискание ученой степени к.м.н. Караганд. гос. мед. ин-т.
2. Лев-Старович З. Нетипичный секс. М.: Советский спорт, 1995. С. 3.
3. Лоуэн А. Любовь и оргазм. Феникс, 1998.
4. Мединский Е. В. Психосексуальный дизонтогенез у женщин, больных шизофренией. Диссертация ВАК 14.00.18. С. 48.
5. Рожановская З. В., Свядош А. М. К вопросу об оргазме у женщин. В кн.: Вопросы сексопатологии. М.: Медицина, 1969. С. 128–130.
6. Свядош А. М., Попов И. А. К физиологии половой жизни мужчин. В кн.: Вопросы психиатрии, психотерапии, сексологии. Караганда, 1967. С. 125–127.
7. Столяров А. А., Столяров А. В. Сексология // Litres. 5 сент. 2017.
8. Фрейд З. Общая теория неврозов. Введение в психоанализ. М.: АСТ, АСТ Москва, 2010. С. 127.
9. Длительное сексуальное воздержание у женщин и мужчин. <http://www.news.rin.ru> от 19.01.2018.
10. Breyer B. N., Smith J. F., Eisenberg M. L., Ando K. A., Rowen T. S., Shindel A. W. The Impact of Sexual Orientation on Sexuality and Sexual Practices in North American Medical Students // J Sex Med. Author manuscript; available in PMC. 2013, Mar 26.
11. Dolan E. W. Brain scan study: Bisexual and heterosexual women similarly aroused by male and female erotica // PsyPost. 2018, February 5.
12. Frank E., Anderson C., Rubenstein D. Chapter 9. Low Sexual Desire in Women and Men. // Psychosocial Issues and HSD. Frequency of sexual dysfunction in normal couples // N Engl J Med. 1978, 299: 111–115.
13. Frederick D. A., St. John H. K., Garcia J. R., Lloyd E. A. Differences in Orgasm Frequency Among Gay, Lesbian, Bisexual, and Heterosexual Men and Women in a U. S. // National Sample. 2018, January. Vol. 47, Issue 1, p. 273–288.
14. Herbenick D., Reece M., Schick V. et al. Sexual Behaviors, Relationships, and Perceived Health Status Among Adult Women in the United States: Results from a National Probability Sample // Journal of Sexual Medicine. 2010. Vol. 7, s. 5: 277–290.
15. Hurlbert D. F., Apt C., Hurlbert M. K., Pierce A. P. Sexual Compatibility and the Sexual Desire-Motivation Relation in Females With Hypoactive Sexual Desire Disorder // Behav Modif. 2000, Jul; 24 (3): 325–347.
16. Hurlbert D. F., Apt C., Rabehl S. M. Key variables to understanding female sexual satisfaction: an examination of

- women in nondistressed marriages // J Sex Marital Ther. 1993, Summer; 19 (2): 154–165.
17. *Levine S., Tasman A., Kay J., Lieberman J.* Sexual disorders. Psychiatry, Second Edition. Hoboken, NJ: Wiley; 2003.
 18. *Lew-Starowicz Z.* Seks nietypowy. Intytut Wydawniczy Zwiaskov Zawodowych, 1988. 215 p.
 19. *Malewska H.* Kulturowe i psychospoleczne determinanty zacia seksualnego. Warszawa, 1967.
 20. *Michel-Wolfroff H.* Cette chose. Paris, 1972.
 21. *Montgomery K. A.* Sexual Desire Disorders, Psychiatry (Edgmont). 2008, Jun; 5 (6): 50–55. Published online 2008 Jun.
 22. *Nappi R. E., Martini E., Terreno E., Albani F., Santamaria V., Tonani S., Chiovato L., Polatti F.* Management of hypoactive sexual desire disorder in women: current and emerging therapies // Int J Womens Health. 2010; 2: 167–175.
 23. *Real E., Montejo Á., Alonso P., Menshon J. M.* Sexuality and obsessive-compulsive disorder: the hidden affair // Future Medicine. 2013, p. 23–31.
 24. *Schnable S.* 100 Fragen zu Sex und Liebe. Frankfurt am Main, 1994.
 25. *Schneidewind-Skibbe A., Hayes R. D., Koochaki E. P. et. al.* The Frequency of Sexual Intercourse Reported by Women: A Review of Community-Based Studies and Factors Limiting their Conclusions // Journal of Sexual Medicine. 2008, Vol. 5, № 2: 301–335.
 26. *Stourzh H.* Die Anorgasmie der Frau. Wien, 1962.
-

И. Р. Айриянц¹, кандидат медицинских наук

М. И. Ягубов, доктор медицинских наук

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

¹ Контактная информация: nira69@mail.ru

Латентные тенденции сексуального влечения у женщин как причина коитальной аноргазмии/ И. Р. Айриянц, М. И. Ягубов

Для цитирования: Лечащий врач № 10/2018; Номера страниц в выпуске: 56-62

Теги: эрогенная реактивность, гомосексуальные тенденции, либидо
