

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ОРГАЗМИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

В. И. Шигапова, М. И. Ягубов

ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России

Первые сообщения о сексуальных дисфункциях у женщин в России принадлежат Н.Шаврову и А.Китеру [цит. по 12], а одна из первых статей по женской сексопатологии – В.М.Тарновскому «Извращения полового чувства у женщин» [цит. по 12], в том же году была опубликована монография П.И.Ковалевского «Психология пола» [цит. по 12], где автор указывает на психологизацию и соподчинение высшей психической деятельности сексуальности у женщин. А.Fogel [цит. по 13] считал частым явлением сексуальной патологии женщин «сексуальную анестезию», причины ее видел в особой психологии женской сексуальности: «подчиняемости» сексуального чувства у женщин, большей направленности его в сторону высокой любви, в стремлении к материнству.

Оргазмические дисфункции являются одним из наиболее распространенных сексуальных нарушений у женщин. По данным А.Kinsey [цит. по 21], 17% женщин, живущих половой жизнью не менее 5 лет, никогда не испытывали оргазма. З.В.Рожановская [19] на основании проведенного ею исследования установила, что из 412 женщин, регулярно живших половой жизнью не менее 3 лет, оргазм испытывали при каждой или почти при каждой половой близости лишь 24%, больше, чем в половине случаев – 31%, не более чем в половине случаев – 27,4% и никогда – 18% женщин. Аналогичные данные на основании популяционного исследования приводят Б.И.Каплан и В.Ж.Садок [17] – 46% обращающихся за сексологической помощью женщин испытывали трудности в достижении оргазма (гипооргазмия или заторможенный, отсроченный оргазм) и 15% – не достигали его вообще.

Многие авторы [5, 11, 13, 17, 20, 25, 27, 31, 33] связывают аноргазмию с нарушениями сексуального влечения (гипо-, алибидемией, латентными девиантными тенденциями), задержкой психосексуального развития, конфликтными партнерскими отношениями и психическими расстройствами.

Невозможность достижения оргазма зачастую ведет к дисгармонии половых и межличностных отношений между супругами (дисгамии) [11], сни-

жению частоты и ритма половых контактов, застойной гиперемии тазовых органов и к возникновению аффективных нарушений [7, 13, 14, 16, 24].

Целью настоящего исследования было изучение взаимосвязи оргазмических дисфункций и психических расстройств у женщин, анализ особенностей их формирования и клинической динамики с разработкой дифференцированных лечебно-реабилитационных мероприятий.

Материалы и методы

В исследование включены 105 пациенток женского пола в возрасте от 18 до 40 лет (средний возраст $29,85 \pm 5,93$), обратившихся в отделение сексопатологии Московского НИИ психиатрии с жалобами на расстройство оргазма (F52.3 – Оргазмическая дисфункция).

Пациентки включались в исследование после комплексного обследования с применением методов: клинико-психопатологического, психологического (с использованием психологических тестов Люшера, секс-теста, ММРІ, шкалы Гамильтона), сексологического (с использованием карт сексологического обследования СФЖ, разработанных Г.С.Васильченко). Оценка и анализ психического и сексологического статуса больных осуществлялась как на момент обследования, так и в динамике.

Результаты исследования

В результате комплексного обследования больные по характеру психической патологии были распределены в 3 клинические группы. I группа – пациентки с невротическими расстройствами – 39 человек (37,1%): в виде тревожно-депрессивного расстройства (33,3%), тревожно-фобического расстройства (15,3%), неврастении (51,3%). II группа – с расстройствами личности – 39 человек (37,1%): в виде шизоидного (35,8%), истерического (51,3%), тревожного (12,8%). III группа с шизотипическим расстройством – 27 человек (25,7%).

Возраст пациенток I группы колебался от 28 до 40 лет (средний возраст $28,69 \pm 6,39$ лет).

Расстройства оргазма в 41% случаев возникали после периода нормальной половой жизни на фоне психотравмирующей ситуации – супружеская измена, потеря близкого человека, нежеланные аборт (по настоянию партнера) и прочее и носили парциальный характер (отсутствие коитального оргазма). У остальных больных оргазмические расстройства наблюдались с начала половой жизни. У больных с тревожно-депрессивным расстройством и неврастением помимо нарушений оргазма наблюдалось снижение либидо, выражающееся в низкой половой предприимчивости (в том числе мастурбаторной активности). У 30% женщин с тревожно-фобическим расстройством половое влечение не ослабевало, однако, вследствие внутрисемейных конфликтов урежалась частота оргазма, а у лиц с коитальной аноргазмией данная ситуация становилась причиной ее актуализации.

Возраст больных II группы колебался от 18 до 40 лет (средний возраст составил $29,3 \pm 5,96$ лет). У преобладающей части ($p < 0,05$) больных с истероидным и шизоидным расстройством личности аноргазмия наблюдалась с начала половой жизни на фоне ретардации психосексуального развития, патохарактерологических особенностей, неправильного воспитания (угрозы, запреты, наказания) и носила как тотальный (25,6%), так и парциальный характер (69,2%). Такие женщины получают сексуальное удовлетворение в результате незрелых форм сексуальной активности: эротической игры, петтинга. Неудачи в попытках наладить сексуальную жизнь декомпенсировали их. В случае шизоидного расстройства личности (14 жен.) пациентки становились еще более замкнутыми, эмоционально неадекватными, при внешней ранимости были неспособны прислушиваться, сопереживать партнеру, не реагировали на их претензии, что вызывало конфликтные отношения в паре, сексуальные контакты становились более редкими. Социальная активность одиноких женщин еще более снижалась, от чего страдали их отношения с противоположным полом, поскольку их «ущербность», с их точки зрения, была очевидна окружающим. Для больных с истероидным расстройством личности (20 жен.) была характерна демонстративность в поведении и драматизация переживаний, связанных с сексуальной дисфункцией, стремление завоевать симпатию, сочувствие терапевта, стремление привлечь его на свою сторону. Пациентки часто выглядели младше своего возраста, обращали на себя внимание их психический инфантилизм, обидчивость, стремление подчеркнуть уникальность и сложность собственного расстройства. Для этих женщин характерно стремление преувеличивать глубину собственных переживаний [5, 15].

У женщин с тревожным расстройством личности (5 пациенток) сексуальная неудача усиливала тревожно-мнительные черты, раздражительность, ранимость, напряженность, приниженность, присутствие им и ранее. Для этих женщин всегда была

характерна склонность к возникновению ипохондрических переживаний, однако с возникновением сексуальной дисфункции они приобретали стойкий характер и касались в основном половой сферы. Пациентки неоднократно обращались к гинекологам, психологам, психоаналитикам за помощью. При обращении к сексологу высказывались по поводу переживаний потери партнера (именно эта угроза и приводит их на прием к специалисту), поскольку очень привязаны к ним, боятся их потерять. Сексуальное влечение у пациенток этой подгруппы не было снижено, они способны испытывать оргазм при взаимной стимуляции, практически никогда не отказывают партнерам в половых контактах, искренне сожалеют о том, что не могут доставить мужчине «настоящее удовольствие», испытывают вагинальный оргазм во время полового акта, стараются загладить это созданием благоприятного семейного климата. Пациентки, не имеющие постоянного партнера, были уверены в том, что основной причиной семейно-сексуальной неустроенности является неспособность достигать оргазм, что делает их сексуально непривлекательными. Инициатором обращения могли быть как сами женщины, считающие, что отсутствие оргазма это «признак неполноценности», так и их партнеры с целью самоутверждения.

В третьей группе были объединены 27 пациенток от 30 до 40 лет с шизотипическим расстройством (средний возраст $30,8 \pm 5,45$ лет). Аноргазмия у них носила тотальный характер в 62,9% случаев и наблюдалась с самого начала половой жизни. 11% пациенток этой группы указывали на наличие у них гомосексуальных тенденций, что в отличие от пациенток I и II групп (2,6% и 28,2% соответственно) не было реализовано, по-видимому, по причине проблем с установлением партнерских отношений. Расстройство оргазма в 40,7% сочеталось с алибидемией, в 33,3% – с гиполибидемией, в 7,4% – с диспареунией и в 18,5% – с сексуальной аверсией. Мотивом обращения было не отсутствие полноценной половой жизни, а желание «как все иметь мужа и детей», «как все испытывать оргазм». Высказывания больных носили формальный характер без адекватной эмоциональной реакции. В клинической картине преобладала сенесто-ипохондрическая симптоматика. Они неоднократно обращались к врачам других специальностей (урологам, гинекологам, венерологам, терапевтам, неврологам) с жалобами на боли и неприятные ощущения в области различных систем (урогенитальной, сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной и др.), сопровождающиеся тревожно-фобической и депрессивной симптоматикой.

Исследование половой конституции с применением «шкалы векторного определения половой конституции» показали, что в группах с невротическими расстройствами и расстройствами личности преобладали ($p < 0,05$) лица со слабым вариантом (62,5% и 46% соответственно), в группе с шизоти-

пическим расстройством – со средним (41%, $p < 0,05$). Полученные результаты свидетельствуют о значимой роли особенностей психосексуального развития (его задержка) и половой конституции (слабой) в формировании оргазмических расстройств.

Анализ гинекологического анамнеза показал, что лишь 20,9% женщин были здоровыми, а остальные перенесли различные заболевания: воспалительные – 19,6%, инфекции, передающиеся половым путем, – 21,9%, венерические заболевания – 1,9%, аборт – 35,2%. Полученные данные свидетельствуют о том, что негативные последствия половой жизни в анамнезе, являясь серьезным психотравмирующим фактором, вызывали чувство незащищенности, препятствующее расслаблению и доверию партнеру.

61,6% пациенток на момент обращения состояли в браке. Одинокие женщины преобладали в III группе (66,6%; $p < 0,05$), что свидетельствует о социальной дезадаптации больных с шизотипическим расстройством. При изучении особенностей воспитания пациенток с аноргазмией было установлено, что 78% из них не получили адекватного полового просвещения. Эти вопросы в семьях не обсуждались вообще, а полученная информация ограничивалась лишь объяснением некоторых физиологических особенностей женщины. 18% женщин отмечали, что при обсуждении темы сексуальных отношений в основном слышали от близких об угрозе венерических заболеваний и нежелательных беременностях, встречались случаи наказания за сексуальные игры и мастурбацию.

Ретардация психосексуального развития, наблюдавшаяся во всех трех группах (43%, 80%, 41,6% соответственно), была обусловлена как определенными личностными особенностями, так и характером психической патологии. Патогенное влияние этих факторов проявляется на самых ранних этапах формирования сексуальности. Такие характерные для тревожного типа черты, как робость, застенчивость, замкнутость, обидчивость, слабость побуждений, эмоциональная лабильность приводят к трудностям в коммуникации, формированию суррогатных форм сексуальной активности. При истероидном расстройстве личности в силу высоких притязаний, эмоциональной лабильности, яркого фантазирования формируются оторванные от реальности тенденции в фазе выработки установок. Позже, при попытке реализовать эти тенденции, возникают как внутриличностные, так и межличностные конфликты с объектом влечения. Ощущение непризнанности, постоянная смена объектов обуславливают нарушение коммуникаций, отгороженность, противопоставление себя сверстникам. При шизоидном расстройстве личности и шизотипическом расстройстве трудности коммуникации еще более резко выражены. В этих случаях чаще наблюдается асинхрония психосексуального становления [15]. Так, ранняя мастурбация (с 2–5 лет)

при еще несформировавшемся сексуальном влечении отмечалась у 33% пациенток, страдающих шизотипическим расстройством, поздняя (после 24 лет) – у 20% пациенток со специфическими расстройствами личности.

При более детальном опросе помимо расстройства оргазма пациентки предъявляли жалобы на снижение (74,5%, 60%, 33,3% соответственно) и отсутствие влечения (40,8% в III группе), болевые ощущения при половом акте (7,7%, 26,7%, 7,4% соответственно), сексуальное отвращение к партнеру (18,5% в III группе).

Состояние пациенток оценивалось и по результатам анкеты СФЖ. По 1-й диаде наблюдалось снижение показателей от средней нормы во всей трех группах, в основном за счет пункта II (Отношение к половой активности), где женщины указывали на «безразличие» либо «отвращение к половому акту» и «стремление уклониться от контакта». Статистически достоверные различия между группами выявились по результатам 2-й, 3-й и 4-й диад. Показатели второй диады снижены в первой и второй группах за счет пункта IV («Наступление глубокой нервной разрядки») при нормальных показателях пункта III («Выделение влагалищной слизи к началу полового акта»), в третьей группе (Шизотипическое расстройство) – снижение как за счет уменьшения степени возбуждения (III пункт), так и за счет низкой способности переживать оргазм (V пункт). Разница между I–III и II–III группами статистически достоверна ($p < 0,05$). По третьей диаде, отражающей физическую и психологическую реакцию женщины после полового сношения, выявляется значительное снижение показателя ($3,1 \pm 2,23$) в III группе по сравнению с I и II группой ($p < 0,05$). Женщины выражают свои ощущения от «чувства полного физического безразличия, избавления от досадной обязанности» до «отвращения и/или чувства униженности». По результатам 4-й диады, отражающей уровень половой активности и продолжительность половых актов, зависящие как от самих пациенток, так и их партнеров, выявляется общее снижение во всех группах со статистически значимой разницей в III группе ($p < 0,05$).

Всем пациенткам предлагались стандартные карты эрогенных зон [12]. По результатам этого опроса выяснилось, что реактивность эрогенных зон (ЭП – эрогенный показатель) пациенток с невротическими и специфическими расстройствами несколько снижена, стимуляция их (как генитальных, так и экстрагенитальных) вызывает лишь приятные ощущения. У пациенток же III группы ЭП снижен, при этом на стимуляцию некоторых зон (в основном генитальных) пациентки реагируют либо равнодушно, либо отрицательно. В этой группе у пациенток отмечалось значительное повышение чувствительности некоторых экстрагенитальных зон (веки, обоняние и пр.), что говорит о некоторой нестандартности их восприятия.

В ходе исследования по возможности привлекались партнеры для сбора информации и проведения терапевтических мероприятий. При этом учитывались личностные, конституциональные особенности партнера, его психическое состояние и характер сексуального поведения.

В 32,3% случаев (из числа пациенток, имеющих постоянного сексуального партнера) инициатором обращения был мужчина. При обследовании их личностных особенностей выявились истероидные черты у большинства (63,3%) из них. Присущие этому типу личности черты зачастую приводят к семейно-сексуальной дисгармонии в паре. Такие мужчины или не приходят на прием, или не участвуют в терапевтическом процессе, порой препятствуя этому. 36,4% мужчин, настаивающие на обращении женщины к сексологу, бывали искренне обеспокоены снижением уровня либидо у партнерши или отсутствием вагинального оргазма. Они не только присутствовали при первом посещении сексолога, но и становились со-терапевтами на протяжении всего курса предложенной терапии.

На консультацию удалось привлечь всего 62 мужчины, у 9 (14,5%) из них выявилось ускоренное семяизвержение, у 6 (9,6%) – эректильная дисфункция и у 8 (12,9%) – затрудненное семяизвержение.

Межличностные отношения в паре (по опроснику «удовлетворенность браком») у 59 (62,1%) пациенток из 95, имеющих постоянного партнера, характеризовались как «неудовлетворительные» (средний балл $19,7 \pm 1,5$), у 21 (22,1%) – как «частично удовлетворительные» (средний балл $28,04 \pm 0,9$) и лишь у 15 (15,7%) как «удовлетворительные» (средний балл $35,2 \pm 1,6$). Несмотря на это, женщины старались сохранить семью, что служило одной из основных причин обращения.

Оценка степени выраженности тревожной и депрессивной симптоматики проводилась при помощи шкалы Гамильтона. Средний показатель тревоги в I и II группах составил $12,5 \pm 4,57$ и $11,74 \pm 2,75$, а в III группе – $7,77 \pm 1,39$, что свидетельствует о наличии у пациенток первых двух групп выраженной тревожности. Уровень депрессии легкой степени выраженности был выявлен у пациенток III группы ($11,74 \pm 3,05$), у больных с тревожно-депрессивным расстройством уровень депрессии легкой степени составил $12,5 \pm 1,4$ балла.

У пациенток с неврастенией в клинической картине преобладали астенические явления, что подтверждалось результатами шкалы субъективной оценки астении (MFI-20). Средний показатель общей астении для этих больных составил $18,21 \pm 2,34$ балла, что соответствует астении средней степени выраженности.

Лечебно-реабилитационные мероприятия у женщин с аноргазмией носили комплексный и этапный характер [6] с учетом особенностей партнерской ситуации. На I-ом этапе терапевтические мероприятия были направлены на коррекцию психических нарушений. Больным I группы лечение начинали

психотерапией; при устойчивости к ней у пациенток с тревожно-депрессивной симптоматикой присоединялись антидепрессанты с противотревожным или сбалансированным действием (пипофезин 75 мг/сут, тианептин 37,5 мг/сут, пароксетин 20 мг/сут, моклобемид 150–300 мг/сут). Учитывая специфические побочные действия антидепрессантов, связанные с их антихолинергическим действием, среди которых сухость слизистых, в том числе половых органов, оправданным было применение специальных кремов – увлажнителей. Больным с тревожно-фобическими нарушениями назначались транквилизаторы (тофизолам 150 мг/сут, феназепам 0,75 мг/сут, ново-пассит 15 мг/сут). В дополнение к терапии антидепрессантами и транквилизаторами для повышения общего тонуса, сексуального влечения и реактивности пациентки с неврастенией получали ноотропы (пирацетам 600 мг/сут, фенотропил 250 мг/сут), витамины различных групп (E, C, A, B) и адаптогены (настойка женьшеня 1 ч.л. x 3 р/д, элеутерококк 1 ч.л. x 3 р/д).

Начиная с первого посещения, применялась индивидуальная и парная рациональная психотерапия, с элементами когнитивной и поведенческой терапии. Целью ее являлось формирование адекватного отношения как к сексуальному поведению партнера, так и собственной активности женщины, устранению факторов, препятствующих регулярной половой жизни, выявлению у партнеров установившихся стереотипов сексуального поведения. Пациенткам разъясняли характер расстройства, указывали на взаимосвязь с психическими нарушениями и ситуационными факторами. Давалась установка на повышение самооценки, укрепление уверенности в себе, восстановление собственной женской идентичности, позитивного отношения к собственному телу. Важным аспектом психотерапии являлись дезактуализация переживаний, связанных с боязнью одиночества и страхом быть покинутой партнером, поиск и выработка конструктивных способов преодоления трудностей. Характер секс-терапевтических рекомендаций зависел от сексуальных проблем и являлся сугубо индивидуальным. У этих пациенток с задержкой психосексуального развития поэтапно формировался сексуальный компонент либидо.

Во II группе у пациенток с выраженной внушаемостью, тревожной мнительностью, повышенной конформностью, стремящихся к контакту с врачом, ищущих у него помощи и сочувствия, успешно применялась суггестивная психотерапия. Однако не всегда в начале лечения была достаточно эффективна психотерапия из-за острых переживаний, выраженного аффективного напряжения, тревоги и декомпенсации расстройства личности. В этих случаях психотерапии предшествовала фармакотерапия. В подгруппе с тревожным (уклоняющимся) типом при выраженных проявлениях тревоги и субдепрессии назначались антидепрессанты с анксиолитическим и седативным действием (амитрипти-

лин 12,5 мг/сут, пипофезин 75 мг/сут), при выраженных астенических проявлениях были показаны адаптогены (настойка женьшеня 1ч.л. х 3 р/д, элеутерококк 1ч.л. х 3 р/д).

С пациентками проводился анализ взаимоотношений с родителями, взаимоотношений родителей между собой, поскольку конфликты и непонимание и в том, и в другом случае оказывали негативное влияние на формирование сексуальности, способствовали возникновению затруднений в коммуникации с противоположным полом; обсуждался приобретенный в детстве или подростковом возрасте опыт, его влияние на опыт эротических ощущений, реализацию практических навыков, свойственный различным стадиям и фазам психосексуального развития. В беседе акцент делался на повышение оценки собственной женственности, на улучшение взаимоотношений с противоположным полом вообще и с конкретным партнером в частности; пациентке указывалось на то, что необходимо уделять большее внимание сексуальным отношениям (расширять диапазон ласк и поз), фокусироваться на ощущениях и получении удовольствия в интимных контактах.

У пациенток с шизоидным расстройством личности при отсутствии выраженной тревоги назначались антидепрессанты со стимулирующим действием или сбалансированным (тианептин 37,5 мг/сут, флуоксетин 20 мг/сут, пароксетин 20 мг/сут), адаптогены в сочетании с ноотропными препаратами. Психотерапевтические мероприятия в этой группе также были направлены на преодоление трудностей в сексуальной жизни, повышение толерантности к неудачам, уменьшение масштаба переживаний, разъяснение реалий и норм половой жизни, активное вовлечение как самих пациенток, так и их партнеров в процесс терапии.

В III группе при выраженных апатико-абулических проявлениях, сужении круга интересов, снижении социальной активности, алибидемии, без угрозы развития продуктивной или тревожно-депрессивной симптоматики применялись антидепрессанты со стимулирующим эффектом (тианептин 37,5 мг/сут, флуоксетин 20 мг/сут, пароксетин 20 мг/сут). При тревожно-депрессивных состояниях применялись антидепрессанты седативного действия (амитриптилин 25 мг/сут, пипофезин 75 мг/сут). При наличии сверхценных образований и фиксированных идей, дисморфофобий, сенестопатической симптоматике назначались нейролептики (тиоридазин 10–75 мг/сут, кветиапин 50 мг/сут). Психотерапия в этой группе наименее эффективна, однако возможна работа, ориентированная «на здоровую часть личности», что становится возможно в некоторых случаях после коррекции нейролептиками.

На 2-м этапе на фоне снижения психопатологических проявлений составлялась программа, направленная на повышение интереса к половой жизни, пробуждение эротических, сексуальных фантазий, повышение сексуального влечения и сексуальной

предприимчивости у обоих партнеров, ликвидацию ошибочных представлений о нормах половой жизни. В случае тотальной аноргазмии женщинам предлагался просмотр обучающих фильмов. При наличии в паре межличностных конфликтов, вызывающих или усугубляющих сексуальную дисгармонию, для их устранения использовались методики супружеской психотерапии.

Критериями терапевтической эффективности считались усиление полового влечения, расширение диапазона приемлемости, повышение реактивности эрогенных зон, появление эротических сновидений, редукция невротической, психопатологической симптоматики, возобновление регулярной половой жизни, улучшение межличностных отношений в паре и, главное, появление или возобновление оргазма во время полового акта или вне его при стимуляции эрогенных зон.

Результаты лечения зависели от психопатологии, выраженности полового влечения, типа аноргазмии (первичной или вторичной) и готовности пациенток и их партнеров к реализации предложенного комплекса терапии, поскольку в условиях амбулаторного сексологического приема при использовании дифференцированных лечебно-реабилитационных программ мы сталкивались не столько с неэффективностью проводимых мероприятий, сколько с их прерыванием пациентками, чаще на этапе положительной динамики.

В ходе лечения у пациенток I и II групп редуцировалась астеническая, тревожно-депрессивная и тревожно-фобическая симптоматика, улучшался фон настроения, нормализовался сон, повышалось либидо (половая предприимчивость, мастурбаторные акты), появлялись оргастические ощущения. В случае, если аноргазмия носила первичный характер, при регулярном выполнении секс-тренингов (методика чувственного фокусирования: I – услаждение, II – генитальное услаждение, необязывающий коитус [16], вибротерапия и пр.) появлялся оргазм при мастурбации либо при взаимном петтинге.

Для оценки различной терапевтической эффективности была применена следующая градация:

- «полное восстановление» включало возобновление или появление оргастических ощущений, полную редукцию аффективных нарушений;

- «значительное улучшение» включало повышение сексуальной активности, появление эротических сновидений и оргазмов при мастурбации и полную или значительную редукцию аффективных нарушений;

- «незначительное улучшение» включало незначительное повышение сексуальной активности, единичные оргазмы при мастурбации и частичную редукцию аффективной симптоматики.

Лучшие результаты были достигнуты у пациенток I группы (76,9%), причем в 46,2% из них было достигнуто полное восстановление оргастической функции, а в 25,5% наблюдалось значительное

улучшение и незначительное улучшение в 5,2% случаев. У пациенток II группы положительные результаты были в 71,7% случаев (30,7% – полное восстановление, 20,5% – значительное улучшение, 20,5% – незначительное улучшение). В группе с шизотипическим расстройством в целом улучшение сексуальной функции в результате терапии достигнуто в 51,8% случаев, из них значительное улучшение произошло в 18,5%, незначительное улучшение – в 33,3%. Полного восстановления не отмечалось ни у одной пациентки.

Таким образом, в результате проведенного исследования была установлена определенная взаимосвязь между различными вариантами оргазмических дисфункций у женщин и наблюдающимися у них психическими расстройствами. У пациенток с невротическими расстройствами наблюдалась преимущественно парциальная аноргазмия, сочетающаяся с гиполибидемией,

возникающей в основном на фоне астенических явлений и длительно существующей психотравмирующей ситуации.

У больных со специфическими расстройствами личности оргазмические дисфункции наблюдались с начала половой жизни на фоне задержки психосексуального развития, патохарактерологических особенностей, неправильного воспитания и имели как тотальный, так и парциальный характер и сочетались с гиполибидемией и диспареунией.

Оргазмические дисфункции у больных шизотипическим расстройством в подавляющем большинстве случаев были первичными и носили тотальный характер, сочетающиеся преимущественно с алибидемией, а в ряде случаев с сексуальной аверсией или гиполибидемией.

Выявленные закономерности учитывались при проведении терапевтических мероприятий, что позволило повысить их эффективность.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авруцкий Г.Я., Гурович И.Я., Громова В.В. Фармакотерапия психических заболеваний. М., 1974. 463 с.
2. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных. М.: Медицина, 1988. 487 с.
3. Агаркова Т.Е. Структура невротических расстройств у женщин при сексуальной дезадаптации супружеской пары. Актуальные вопросы сексопатологии // Материалы I Всесоюзной конференции сексопатологов. М., 1986. С. 90–92.
4. Агарков С.Т. Супружеская дезадаптация. М.: УРСС, 2004.
5. Айриянц И.Р. Сексуальные дисфункции с преобладанием гениталгий у женщин: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2002.
6. Васильченко Г.С. Общая сексопатология. М.: Медицина, 1977. С. 380–391.
7. Беридт Г. Холодность женщин // Общественная польза. М., 1912. 84 с.
8. Ботнева И.Л. Семиотика генитосегментарной составляющей // Частная сексопатология / Под ред. Г.С.Васильченко. М., 1983. С. 281–286.
9. Ботнева И.Л. Тезисы докладов научно-практической конф. сексопатологов «Вопросы клиники, лечения и профилактики сексуальных расстройств». Нижний Новгород, 21–23 апр. М., 1993. С. 62–63.
10. Васильченко Г.С., Решетняк Ю.А. Исследование межличностных отношений у сексологических больных // Проблемы современной сексопатологии. М., 1972. С. 161–172.
11. Екимов М.Б. Оргазмическая дисфункция у женщин как результат особых форм мастурбации. 1999, 2003.
12. Здравомыслов В.И., Анисимова З.Е., Либих С.С. Функциональная женская сексопатология. Алма-Ата: Казахстан, 1985. С. 3–9, 42–73.
13. Имелинский К. Сексология и сексопатология. М.: Медицина, 1986.
14. Крафт-Эбинг Р. Половая психопатия, 1909. СПб.: Практическая медицина, 1996.
15. Кришталь В.В., Григорян С.Р. М.: «PERSE», 2002. С. 590–675.
16. Каплан Х. Сексуальная терапия. М.: Класс, 2007.
17. Каплан Г.-И., Сэдок Б.-Дж. Клиническая психиатрия. М.: Медицина, 1994.
18. Нотхафт А. Мужчина и женщина // Болезненные проявления полового влечения. Т. II. СПб.: Просвещение, 1896.
19. Рожановская З.В., Свядоц А.М. К вопросу об оргазме у женщин // Материалы научно-практической конференции «Вопросы сексопатологии». М., 1969.
20. Свядоц А.М. Женская сексопатология. М.: Медицина, 1974.
21. Свядоц А.М. Неврозы. М.: Медицина, 1982.
22. Acuna M.J., Martin J.C., Graciani M. et al. A comparative study of the sexual function of institutionalized patients with schizophrenia. Seville, Spain: Department of Psychiatry, Hospital Universitario de Valme, 2010.
23. Bitzer J., Alder J. Female sexual dysfunction. Basel: Frauenklinik, Universitätsspital Basel, 2010.
24. Boardman L.A., Stockdale C.K. Sexual pain. Orlando, Florida: University of Central Florida College of Medicine, 32826, 2009.
25. Brice Ph. Genetics of female orgasmic dysfunction // Biol. Letters. 2005.
26. Brotto L.A., Bitzer J., Laan E. et al. Women's sexual desire and arousal disorders. Vancouver, Canada: Department of Obstetrics and Gynaecology, University of British Columbia, 2010.
27. Clayton A.H., Hamilton D.V. Female sexual dysfunction // Psychiatry. Clin. North Am. 2010.
28. Jayne C., Gago B.A. Diagnosis and treatment of female sexual arousal disorder. Houston, Texas: The Center for Women's Sexual Health, Female Urology and Voiding Dysfunction Fellow, Scott Department of Urology, Baylor College of Medicine, 2009.
29. Kaplan H.S. The new sex therapy. New York: Brunner/Mazel, 1974.
30. Kinsey A.C. Sexual behavior in the human female. Philadelphia: Saunders, 1963.
31. Laumann E.O. Essentials of female sexual dysfunction from a therapy perspective // Female Orgasmic Disorder. 1999, 2006.
32. Masters W.H., Johnson V.E. Human sexual inadequacy. Boston: Little Brown, 1970.
33. Verschuren J.E., Enzlin P., Dijkstra P.U. et al. Chronic disease and sexuality: a generic conceptual framework. Groningen: Department of Rehabilitation Medicine, Center for Rehabilitation, University Medical Center, University of Groningen, 2010.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ЖЕНЩИН, СТРАДАЮЩИХ ОРГАЗМИЧЕСКОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ

В. И. Шигапова, М. И. Ягубов

Оргазмические дисфункции являются одним из наиболее распространенных сексуальных нарушений у женщин. Нами было предпринято исследование по изучению взаимосвязи оргазмических дисфункций и психических расстройств у женщин, анализу особенностей их формирования и клинической динамики с разработкой дифференцированных лечебно-реабилитационных мероприятий.

Изучалась роль различных факторов, способствующих возникновению оргазмических дисфункций, степень выраженности расстройства, первичность его проявлений, сочетанность с другими сексуальными дисфункциями.

Ключевые слова: оргазмические дисфункции у женщин, аноргазмия, сексуальные дисфункции у женщин.

CLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OF MENTAL DISORDERS IN WOMEN WITH ANORGASMIA

V. I. Shigapova, M. I. Yagoubov

Anorgasmia is a common sexual problem among women. The authors report on the relationship between anorgasmia and mental disorders in women and analyze the process of their development and their clinical dynamics, and propose treatment and rehabilitation measures. Specifical-

ly, they discuss the role of various factors involved in development of anorgasmia, the issue of severity, it being a primary disturbance and combinations of anorgasmia with other sexual dysfunctions.

Key words: anorgasmia, sexual dysfunctions in women.

Шигапова Виктория Илгизовна – младший научный сотрудник отделения сексопатологии ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: vi-shig1@yandex.ru

Ягубов Михаил Ибрагимович – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения сексопатологии ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: yagoubov@mail.ru