

**Б.М. Ворник**

# **Женская сексология и сексопатология**

---

**2-е издание,  
переработанное и дополненное**



**Москва**  
**ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА**  
**«ГЭОТАР-Медиа»**  
**2019**

## СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений.....	9
Предисловие .....	11
Введение.....	13
<b>ЧАСТЬ I. Общая сексология.....</b>	<b>17</b>
<b>Социальное обеспечение сексуальности.....</b>	<b>19</b>
Социология семьи .....	20
Социализация сексуальности и культура .....	21
<b>Психологическое обеспечение сексуальности.....</b>	<b>22</b>
Характеристики личности и ее связи с сексуальностью.....	23
Психоаналитическое толкование сексуальности .....	27
<b>Социально-психологическое обеспечение сексуальности .....</b>	<b>32</b>
Характеристика межличностных отношений супругов .....	33
Социально-психологический климат семьи.....	34
<b>Биологическое обеспечение сексуальности .....</b>	<b>37</b>
Сомато-сексуальное развитие женщины.....	37
Строение и физиология женской половой системы ( <i>Ромащенко О.В.</i> ) .....	42
Функции тазового дна ( <i>Ромащенко О.В.</i> ) .....	63
<b>Психосексуальное развитие женщины .....</b>	<b>66</b>
Формирование полового самосознания .....	66
Формирование полоролевого поведения .....	67
Формирование психосексуальной ориентации .....	68
<b>Физиология сексуальной функции женщины.....</b>	<b>76</b>
Половая конституция женщины.....	76
Копулятивный цикл женщины как единое целое .....	77
Составляющие копулятивного цикла женщины .....	79
Стадии копулятивного цикла женщины.....	80
Фазы копулятивного цикла женщины.....	83
Эрогенная реактивность .....	85
Эрогенные зоны и точки .....	86
Сексуальные реакции женщины.....	89
<b>Норма и гармония в сексологии.....</b>	<b>107</b>
<b>Начало половой жизни.....</b>	<b>113</b>
<b>Сексуальные дисгармонии.....</b>	<b>115</b>
Социально-психологическая форма .....	116
Сомато-психологическая форма .....	119
Смешанная форма .....	122
Сексуальная аверсия .....	122

<b>ЧАСТЬ II. Семиотика и пропедевтика сексуальных расстройств</b> .....	125
<b>Семиотика сексуальных расстройств</b> .....	127
<b>Факторы, влияющие на сексуальность</b> .....	133
<b>Пропедевтика сексуальных расстройств</b> .....	137
Расстройство полового влечения (либидо) .....	137
Расстройство сексуального возбуждения .....	142
Расстройство чувствительности эрогенных зон .....	142
Расстройство фрикционного периода .....	143
Расстройство оргазма .....	144
Расстройство посткоитального состояния .....	147
<b>Классификация сексуальных дисфункций у женщин</b> .....	149
Методология диагностики сексуальных дисфункций .....	150
Этиопатогенетическая классификация сексуальных дисфункций .....	152
Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) .....	155
<b>ЧАСТЬ III. Медицинская сексология (сексопатология)</b> .....	159
<b>Диагностика нарушений сексуальной функции у женщин</b> .....	161
Общее сексологическое обследование .....	161
Структурный анализ сексуальных расстройств .....	167
Специальные методы сексологического обследования <i>(совместно с Ромащенко О.В.)</i> .....	173
Соматическое обследование .....	195
Гинекологическое обследование <i>(Ромащенко О.В.)</i> .....	196
Эндокринологическое обследование .....	203
Урологическое обследование .....	205
Психиатрическое обследование .....	205
Медико-генетическое обследование .....	205
Психологическое обследование .....	206
Социологическое обследование .....	215
<b>Клиника сексуальных дисфункций у женщин</b> .....	220
<b>Функциональные сексуальные дисфункции</b> .....	221
Вагинизм .....	221
Виргогамия .....	231
Генитальные боли <i>(совместно с Коганом М.И.)</i> .....	236
Психопатологические синдромы .....	241
<b>Органические сексуальные дисфункции</b> .....	245
Эндокринная сексуальная дисфункция .....	245
Андрогены и женская сексуальность <i>(Калинченко С.Ю.)</i> .....	266

Урогенная сексуальная дисфункция ( <i>Коган М.И.</i> )	284
Генитальная сексуальная дисфункция ( <i>Ромашенко О.В.</i> )	294
Симптоматические сексуальные дисфункции	301
Смешанная сексуальная дисфункция	315
Сочетанная сексуальная дисфункция	315
Сексуальная дисфункция при генетических аномалиях половой системы	315
<b>Нарушения сексуального развития и поведения</b>	316
Расстройства личности и поведения в зрелом возрасте	316
Расстройства сексуального предпочтения	319
Расстройства, связанные с половым развитием и ориентацией	322
<b>Сексуальность при некоторых физиологических состояниях</b> ( <i>совместно с Ромашенко О.В.</i> )	324
Сексуальная функция во время беременности	324
Сексуальная функция в послеродовом периоде	327
Сексуальная функция в менопаузе	328
Сексуальная функция при контрацепции	343
<b>Лечение сексуальных дисфункций у женщин</b>	348
Общие подходы к лечению сексуальных дисфункций у женщин	348
Психотерапия сексуальных дисфункций ( <i>совместно с Кришталем Е.В.</i> )	350
Фармакотерапия сексуальных дисфункций ( <i>совместно с Ромашенко О.В.</i> )	384
Другие методы лечения сексуальных дисфункций ( <i>совместно с Ромашенко О.В.</i> )	389
Глоссарий	394
Список литературы	401

## ЧАСТЬ II

---

# СЕМИОТИКА И ПРОПЕДЕВТИКА СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ

**Семиотика** [от греч. Σημεῖον — знак, признак, симптом (мед.); также — симптоматология, семиотика, семиология] — направление в медицине, в котором изучаются признаки и симптомы различных заболеваний [51].

Общая семиотика, являясь важной составляющей диагностики, изучает признаки, относящиеся к общей характеристике пациента: пол, возраст, национальность, профессия, наследственность, перенесенные заболевания, морфотип (телосложение), особенности состояния пациента на момент обращения на прием (изменение сознания, положение тела, выражение лица, температура и др.). Также общая семиотика изучает изменения в строении и функции органов и особенности результатов лабораторных и инструментальных обследований (например, диагностическое значение плотности яичников или значение уровней содержания гормонов в крови, результаты УЗИ, МРТ и т.п.).

Частная семиотика изучает симптомы конкретных заболеваний, их диагностическое значение и особенности их сочетания, а также механизмы их возникновения.

**Пропедевтика** — это введение в какую-либо науку или искусство, подготовительный (предварительный, вводный) курс, предшествующий более глубокому изучению предмета. Пропедевтика сексуальных

расстройств — это раздел медицинской сексологии (сексопатологии), включающий в себя основы этиопатогенеза и диагностики расстройств сексуального и репродуктивного здоровья человека.

Под **сексуальным расстройством** следует понимать патологические проявления одной или нескольких фаз копулятивного цикла вследствие межличностных, дисрегуляторных, психических и/или соматических нарушений, которые могут выражаться от незначительных отклонений до полной утраты половой функции [68].

В зависимости от тяжести сексуального расстройства различаются:

- **сексуальный дискомфорт** — чувство неудовлетворения половой жизнью, носящее субъективный характер;
- **сексуальная дисгармония** — несоответствие сексуальных потребностей и возможностей мужчины и женщины, супружеской или партнерской пары;
- **сексуальная дисфункция** — объективное расстройство половой функции, проявляющееся нарушением одной или нескольких фаз копуляции.

## СЕМИОТИКА СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ

---

В медицинской сексологии существуют общепринятые клинические термины для описания сексуальных признаков и их нарушений, которые логичны, понятны и функционально обоснованы. Попытки перевести описание сексуальной функции и ее расстройств на всякого рода цифровые опросники являются субъективными и не всегда достоверными.

Сексологическая семиотика изучает изменение проявлений сексуальной функции: полового влечения (либидо), полового возбуждения (у мужчин проявляется эрекцией, у женщин — увлажнением влагалища), оргазма (у мужчин сопровождается эякуляцией) и посткоитального состояния.

Предлагаемые в последние годы зарубежными исследователями различные квантифицированные опросники оценки сексуальной функции хороши для статистической обработки, но не всегда внятно и полно описывают состояние пациента.

В классической медицинской сексологии используются варианты клинического описания признаков сексуальной функции и их изменений [21, 61, 68, 76], которые мы используем в данном руководстве.

Ниже приводится адаптированный глоссарий описания проявлений сексуальной функции.

1. **Половое влечение, или либидо** (от лат. *libido* — влечение, желание, стремление) — это стремление к половой близости, интерес к сексуальному партнеру и желание осуществить половой акт [21, 61]. В более широком понимании либидо — это конституционально обусловленная активность, направляемая потребностью в сексуальном удовлетворении. С учетом этого либидо принято описывать следующими характеристиками.

1. **Нормальное, сохранено** — в случаях, когда у мужчины или женщины присутствует сексуальный интерес, возникает адекватное сексуальное возбуждение и половой акт приносит сексуальное удовлетворение.
2. **Выраженное, сильное** — в случаях, когда сексуальный интерес и сексуальное возбуждение превышают среднестатистический уровень, типичный для данного возраста, половой конституции и социокультурной среды.
3. **Сниженное, или гиполибидемия** — в случаях, когда сексуальный интерес и сексуальное возбуждение ниже среднестатистического

уровня, типичного для данного возраста, типа половой конституции и социокультурной среды.

4. *Отсутствует, или алибидемия* — если мужчина или женщина заявляет об отсутствии интереса к сексу и всему, что с ним связано. В случае женщин говорят о фригидности, или половой холодности, подразумевая полное отсутствие либо различной степени снижение либидо, а также трудности в достижении или неспособность переживать оргазм или сочетание нарушений либидо и оргазма [76].
5. *Повышенное (причиняющее дискомфорт, или гиперлибидемия)* — в случаях, когда сексуальное влечение препятствует нормальной жизнедеятельности и работе ввиду чрезмерной сконцентрированности на сексуальной тематике и импульсивном поиске сексуального удовлетворения.
6. *Инверсия либидо* (ранее ее называли извращение либидо) — изменение направленности либидо по объекту, возрасту, методу его реализации и осуществлению полового акта. Направленность либидо только по полу объекта в настоящее время не рассматривается как патология.

II. **Половое возбуждение** — это комплекс психических и физиологических изменений в организме, происходящих в ответ на воздействие сексуальных стимулов, как внешних (просмотр и чтение эротических материалов, разговоры на сексуальную тематику, воздействие на эрогенные зоны, внешний вид потенциального партнера/партнерши), так и внутренних (эротические фантазии и воспоминания). Наиболее типичным проявлением полового возбуждения у женщин является увлажнение влагалища.

Половое возбуждение описывают следующим образом.

1. *Нормальное* — возникает как реакция на сексуальный стимул, адекватная силе и уместности воздействия этого стимула.
2. *Сниженное (трудно достигаемое)* — когда психических и физиологических реакций недостаточно для готовности к проведению полового акта, несмотря на достаточное по силе сексуальное стимулирование.
3. *Отсутствие полового возбуждения* — когда при воздействии сексуального стимула не наступает никаких реакций.
4. *Повышенное — неадекватное (причиняющее дискомфорт)* реагирование со стороны половой системы даже на незначительные сексуальные стимулы, способное привести к изменению привычного образа жизни. Субъективно может восприниматься как напряжение, зуд, жжение, шекотание в области гениталий и сопровождаться вегетативными проявлениями (покраснением лица, потливостью, чувством жара, беспокойством).



III. *Эрекция клитора и сосков* (от лат. *erigere* — поднимать, увеличивать). В основном термин «эрекция» применяют в описании сексуальности мужчин. Тем не менее у женщин при половом возбуждении также возникает эрекция, в первую очередь сосков и клитора. Но их описывают исходя из субъективной характеристики пациентки. Кроме того, во время возбуждения у женщины происходит набухание и увеличение в диаметре малых половых губ.

Эрекция клитора происходит, когда кавернозные тела клитора начинают наполняться кровью. Это может быть результатом любого физиологического стимула, в том числе сексуальной стимуляции и сексуального возбуждения. Экструзия (расширение, увеличение) головки клитора и истончение кожи вокруг него повышают чувствительность к физическому контакту. После прекращения сексуального возбуждения или достижения женщиной оргазма эрекция клитора обычно заканчивается, но это может занять некоторое время. Эрегированный клитор может иметь различные формы и углы подъема и размер, начиная от маленького и мало выступающего до крупного и сильно выступающего за пределы половых губ [75].

Соски эрегируют вследствие сокращения мелких мышечных волокон. К концу фазы возбуждения в результате наполнения сосудов грудных желез и верхней половины туловища кровью, вены на молочных железах выступают сильнее, а сами железы также могут несколько увеличиться [50].

Эрекцию клитора принято характеризовать следующими понятиями:

- отсутствует;
- умеренная;
- сильная, выраженная.

Эрекция сосков:

- возникает/не возникает.

Набухание и увеличение малых половых губ:

- выраженное;
- незначительное.

IV. *Длительность полового акта (фрикционного периода)* — это стадия копулятивного цикла от момента введения полового члена во влагалище до момента наступления эякуляции (у мужчины) и оргазма (у женщины и мужчины). Она имеет временную и качественную характеристики.

А. Временная характеристика (продолжительность полового акта). Данные о средней продолжительности полового акта значительно разнятся. Так, согласно Г.С. Васильченко [55], средняя продолжительность всей фрикционной стадии у здорового мужчины составляет около 2 мин при 62 фрикциях. По данным различных опросов, широко

приведенных в печати и интернете, «адекватная» продолжительность полового акта составляет 3–7 мин, «желаемая» — 7–13, «слишком короткая» — 1–2 мин, «слишком длительная» — 10–30 мин. Учитывая, что каждая пара вырабатывает индивидуальный ритм половой жизни и ее интенсивности исходя из личностных особенностей и опыта сексуальной жизни, к временной характеристике полового акта следует подходить также индивидуально, т.е. считать достаточной такую продолжительность фрикционной стадии, которая позволяет достичь сексуального удовлетворения обоим партнерам.

Временная характеристика полового акта описывается следующими терминами.

1. *Нормальная длительность* — достаточная для наступления оргазма.
2. *Укорочение фрикционного периода* — длительность, недостаточная для наступления оргазма по сравнению с предыдущим периодом сексуальных отношений.
3. *Затяжной фрикционный период* — когда из-за слишком длительного периода фрикций удовольствие от секса сменяется неприятными ощущениями, желанием, чтобы половой акт скорее закончился.

Как правило, длительность полового акта больше зависит не от состояния женщины, а от состояния мужчины. При необходимости длительность полового акта можно объективировать, используя секундомер или часы.

**Б.** Качественная характеристика (ощущения) — субъективный показатель удовлетворенности фрикционным периодом, не включающий оценку ощущений оргазма. Этот показатель описывают как:

- приятные (нормальные) ощущения;
- снижение чувствительности в течение фрикционного периода;
- потеря (отсутствие) чувствительности;
- парестезии (неприятные ощущения);
- болезненные ощущения во время фрикций (диспареуния).

**В.** *Эякуляция у женщин* — выделение у женщины определенного количества слизисто-белой жидкости непосредственно перед и во время оргазма. Женскую эякуляцию не следует отождествлять со сквиртом (от англ. squirt — струя) — выбрасыванием некоторого количества прозрачной жидкости из уретры после соответствующей сексуальной стимуляции [18].

Отношение к женской эякуляции в научном сообществе весьма неоднозначное. О явлении выделений во время оргазма у женщины некоторые исследователи заговорили во второй половине XX века.

С того времени неутихающие дебаты затрагивают три аспекта этого вопроса: существует или нет женская эякуляция, какова природа женского эякулята и какова роль женской эякуляции в женской сексуальности и качестве оргазма.

Разные исследователи в зависимости от используемых определений и методов сообщают о том, что эякуляция происходит у 10–69% женщин [18]. Предполагается, что женский эякулят продуцируется рудиментарными железами (парауретральные железы), расположенными вокруг мочеиспускательного канала. Эти железы в процессе эмбрионального развития образуются из тех же тканей, что и простата у мужчин [50], что дает основание говорить о женской простате. Но к настоящему времени доказательств этому нет.

Американские сексологи У. Мастерс и В. Джонсон, изучавшие физиологию сексуальных проявлений, отмечают, что большая часть случаев так называемой женской эякуляции обусловлена недержанием мочи, при котором какое-то количество мочи выбрасывается из мочеиспускательного канала в результате физического напряжения, вызванного сексуальным возбуждением. Авторы считают мнение о том, что у женщин во время оргазма происходит эякуляция, ошибочным [50].

Тем не менее, для описания этого явления, женская эякуляция квалифицируется как:

- *нормальная* (адекватно воспринимаемая женщиной и ее партнером);
- *отсутствует*;
- *обильная*, беспокоящая или смущающая женщину и/или ее партнера;
- *болезненная*.

**VI. Оргазм** — сладострастные ощущения наивысшей степени, испытываемые в момент завершения полового акта или заменяющей его активности. Оргастические переживания имеют сугубо индивидуальный характер, поэтому также являются субъективно оцениваемым показателем. В сексологической практике используются следующие описания оргазма.

1. *Яркий (нормальный) оргазм* (у женщин его принято называть полным), т.е. ощущения, достигающие той степени сладострастия, при которой женщина может уверенно распознать их как именно оргастические.
2. *Мультиоргазмия, или полиоргазмия* — множественные оргастические разрядки при однократном половом акте.
3. *Стертый (неполный)* — ощущения не достигают острой степени оргастической сладострастности, часто они являются

приемлемыми для женщины и достаточными для ее комфорта. Это состояние называют еще гипооргазмия, или снижение оргастических ощущений [68].

4. *Болезненный оргазм* — оргазм, сопровождающийся болевыми ощущениями.
5. *Параоргастические ощущения* — ощущения, которые субъективно не могут быть идентифицированы как оргастические, но и отличающиеся от приятных ощущений во время фрикционной стадии. Женщины могут их характеризовать как «прохождение тока», «холодные мурашки», онемение и др.
6. *Аноргазмия*, отсутствие оргазма, когда оргастические ощущения отсутствуют вообще. Такое состояние называют фригидностью или половой холодностью, учитывая, что довольно часто в таких случаях имеет место резкое снижение или отсутствие либидо.

**VII. Посткоитальное состояние** — состояние после завершения полового акта и получения сексуальной разрядки (если она присутствует). Это завершающий этап копулятивного цикла, характеризующийся мышечным расслаблением всего организма, а также психическим переживанием сексуального акта и его субъективной оценкой. В норме после полового акта и женщина, и мужчина испытывают психологический комфорт. При нарушениях половой функции может возникать психологический дискомфорт, физический дискомфорт или и тот и другой одновременно.

Такого рода дискомфорт после полового акта в сексологии называют фрустрацией. Она может быть психической и физической, а также сочетанной, в зависимости от длительности периода неудовлетворенности.

## ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА СЕКСУАЛЬНОСТЬ

---

Сексуальность человека является многокомпонентным свойством и поэтому очень сильно зависит от множества различных внешних и внутренних факторов, которые могут ее усиливать (позитивное влияние) или тормозить (негативное влияние).

При этом одни и те же факторы могут иметь разное значение в разных ситуациях даже у одного и того же человека. Поскольку сексуальная функция находится в тесной взаимосвязи со всеми жизненными процессами и реагирует на воздействие внутренних или внешних раздражителей, как и другие физиологические системы и функции, то любые изменения в жизни женщины могут приводить к изменениям ее сексуальности.

Многообразие факторов, оказывающих влияние на сексуальность и ее проявления, можно разделить на следующие группы: общие, физиологические, медицинские, психологические (индивидуальные и межличностные) и социальные.

**Общие факторы.** S.L. Robbins, R.S. Cotram, V. Kumar [330] выделили следующие основные факторы, приводящие к развитию болезней. Все они оказывают влияние на различные биохимические процессы, протекающие в клетке или в целом организме.

1. Физические факторы: механические травмы, экстремальные температуры, резкие изменения атмосферного давления, электрический ток.
2. Химические агенты и лекарственные препараты: некоторые токсические соединения, терапевтические препараты и т.д.
3. Биологические факторы: вирусы, риккетсии, бактерии, грибы, высшие формы паразитов.
4. Кислородное голодание: потеря крови, нарушение кислородпереносящей функции, патология окислительных ферментов.
5. Генетические факторы: врожденные, молекулярные.
6. Иммунологические реакции: анафилаксия, аутоиммунные заболевания.
7. Нарушение пищевого баланса: недостаточное питание, избыточное питание.

**Физиологические факторы** представлены конституциональными, стрессовыми и гормональными воздействиями. Конституционально обусловленное состояние сексуальности (половая конституция), длительность и фаза менструального цикла, а также половое развитие

(соматосексуальность) представляют собой физиологический фундамент сексуальной функции, практически неизменный без внешнего вмешательства. Кроме того, период пре- и менопаузы обуславливает особое значение для женской сексуальности, которая до этих возрастных изменений имела циклический характер регулирования. Стрессовые факторы, приводящие к общему ослаблению организма, физической усталости, снижению жизненного тонуса, истощению психики, нарушению сна, могут приводить к заметному снижению либидо у мужчин и женщин, ослаблению эрекции, недостаточности полового возбуждения и стертости оргазма. Гормональные изменения, не обусловленные естественными возрастными процессами, непосредственно затрагивают сексуальную функцию вследствие падения или повышения уровня тестостерона, эстрогенов, пролактина, связывающего половые гормоны белка и других гормонов. Изменения гормонального баланса также могут иметь место при стрессе, при психогениях или даже при изменении климатических условий (холод, жара).

**Медицинские факторы** представлены влиянием на сексуальную функцию, которое оказывают патологические процессы при соматических заболеваниях или интоксикациях, а также прием некоторых медикаментов, особенно психотропного ряда. Общее угнетающее действие на нервную систему нейролептиков, транквилизаторов и барбитуратов резко понижает либидо, тормозит реакции возбуждения. Прием адреноблокаторов через воздействие на кровяное давление также отражается на сексуальном возбуждении и возможности поддерживать эрекцию полового члена у мужчины, что будет приводить к сексуальным дисфункциям и дисгармонии пары. Сексуальную дисфункцию вызывают и некоторые антидепрессанты.

Длительные интоксикации наркотическими веществами, алкоголем, тяжелыми металлами ослабляют сексуальность ввиду общего ухудшения состояния организма и изменений в диэнцефальных структурах головного мозга.

К снижению либидо, а также к ослаблению других проявлений сексуальности приводят и соматические заболевания: авитаминоз, вирусные инфекции, гинекологические и урологические болезни, эндокринные заболевания или заболевания, следствием которых является нарушение гормонального баланса, сегментарное поражение нервной системы, заболевания спинного мозга, дистрофия яичников и яичек, врожденные пороки развития половых органов, сахарный диабет и патология сердечно-сосудистой системы. Особо часто к сексуальным нарушениям приводят воспалительные заболевания придаточных половых желез.

Сексуальные расстройства являются часто не только симптомом психических заболеваний, но и их следствием. Например, гиперсексуальность при мании, гипо- или асексуальность — при депрессии, сексуальная расторможенность — при гебефрении и олигофрении. Это утверждение справедливо и для соматических заболеваний.

Врожденные пороки развития половых органов являются причиной не только гормональных нарушений, но и психологических, личностных изменений, приводящих к снижению сексуальной функции.

**Психологические факторы** представлены индивидуально-типологическими особенностями мужчины или женщины, а также особенностями межличностного взаимодействия с партнершей/партнером. Личностные особенности, например, тревожные черты характера, эмоциональный спад, депрессия, усталость, стресс, сильный страх забеременеть и/или страх перед ВИЧ и другими болезнями, передаваемыми половым путем, особенности воспитания могут обусловить снижение либидо и, соответственно, торможение других проявлений сексуальности как у женщин, так и у мужчин. Довольно часто внутренние психологические комплексы у женщин выражаются в вагинизме, половой холодности, у мужчин — в психогенной импотенции или преждевременной эякуляции. Психотравматические события в анамнезе, такие как изнасилование или болезненная дефлорация, могут сформировать у женщины негативную установку к сексуальным контактам, значительно снизив уровень ее полового влечения. Сюда же можно отнести и нерешенные личностные/межличностные проблемы, особенности воспитания, отсутствие адекватного сексуального раздражителя.

Среди межличностных факторов, влияющих на сексуальность, следует отметить неразрешенные конфликты, обиды, неумение или некомпетентность партнера/партнерши, которые приводят к отсутствию гармонии в интимной жизни пары.

**К социальным факторам**, влияющим на сексуальность, относятся социокультурные условия воспитания и развития, традиции в родительской семье, моральные, юридические, религиозные и другие нормы. Кроме того, особенности воспитания, например, репрессивный характер полового воспитания, а также жилищно-бытовые условия (отсутствие адекватных условий проживания, постоянное присутствие рядом родственников, друзей, детей) способны привести к снижению либидо даже у людей, конституционально предрасположенных к активной половой жизни.

Кроме того, к снижению полового влечения (либидо) могут приводить: повышенная физическая нагрузка, физическая усталость, нарушение сна, нарушение циркадных ритмов, немотивированное понижение жизненного тонуса.

**Повышение сексуальности.** Повышение сексуальности может возникать при некоторых психических заболеваниях, при опухолях головного мозга, приеме препаратов тестостерона. Смена полового партнера после неудачных половых отношений тоже может усилить половое влечение. У некоторых женщин, особенно старшего возраста, приводит к гиперсексуальности и даже нимфомании может неожиданная (резкая) потеря сексуального партнера. Кроме того, практически все факторы, которые приводят к снижению или исчезновению либидо, в других условиях могут также оказывать и противоположное влияние, а именно — приводить к его повышению.

Также повышение полового влечения могут вызывать: более длительные прелюдии, ласки, стимуляции эрогенных зон; употребление некоторых продуктов: рыбы, орехов, авокадо, петрушки, бананов, фиников, меда, ростков пшеницы, пчелиной пыльцы; использование ароматических масел (вербена, гвоздика, жасмин, розмарин, мускат, роза, апельсин, ладан, шалфей); гимнастика для мышц промежности; прием тонизирующих препаратов и адаптогенов (экстракта элеутерококка, женьшеня, витаминов А и Е), ингибиторов ФДЭ-V (у некоторых женщин), гирудотерапия. Кроме того, нормализация режима труда/отдыха, полноценный сон, гимнастика и спорт, чтение эротической литературы, просмотр эротических или порнографических материалов также приводят у некоторых людей к повышению либидо.



## **ПРОПЕДЕВТИКА СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ**

---

Сексуальные дисфункции в большинстве случаев являются следствием тех или иных психологических или соматических заболеваний и нарушений. Поэтому их этиология, патогенез, клиника и диагностика подробно рассматриваются в разделе «Сексуальные дисфункции». В этом разделе мы рассмотрим некоторые наиболее выраженные и распространенные нарушения отдельных признаков сексуальности, развивающихся по идиопатическому патогенезу и внешне выглядящих как моносимптомные. Это часто приводит к недопониманию отдельными специалистами и смешиванию понятий симптома и функции в терминологии (например, оргазмическая дисфункция — это не дисфункция, а нарушение, проявляющееся только одним признаком сексуальности, т.е. нарушение только оргазма), патогенез которого часто бывает непонятен то ли в силу неопытности врача, то ли из-за отсутствия условий для более детального обследования пациентки. Наиболее часто обсуждаемыми из таких расстройств является нимфомания (гиперсексуальность) и фригидность (аноргазмия). В то же время необходимо учитывать, что при нарушении одного признака очень быстро присоединяется и нарушение других признаков сексуальности. Например, независимо от причин, нарушение оргазма приводит вскорости к снижению либидо и угнетению сексуального возбуждения, т.е. развивается уже сексуальная дисфункция, когда моносимптомное нарушение переходит в полисимптомное.

### **РАССТРОЙСТВО ПОЛОВОГО ВЛЕЧЕНИЯ (ЛИБИДО)**

Нарушение либидо может проявляться в виде его усиления (гиперлибидемия), снижения (гиполибидемия), отсутствии (алибидемия) и инверсии (транссексуализм, транссвестизм, сексуальные парафилии).

**Нимфомания (гиперлибидемия)** — патологическое усиление полового влечения, которое часто (но не всегда) сопровождается и повышением способности к переживанию оргазма. Патологическое усиление полового влечения получило название сексомании, или нимфомании, у женщин и сатириазу у мужчин (нимфы и сатиры — божества древних греков), а усиление способности к переживанию оргазма — гиперпотенцией. Гиперлибидемия может быть обусловлена разными

причинами, которые можно разделить на две большие группы: органические и психологические.

Среди органических факторов, приводящих к развитию гиперлибидемии, можно выделить следующие: травмы, сотрясения головного мозга, инфекционно-воспалительные заболевания (энцефалит, арахноидит), опухоли головного мозга, сосудистые поражения головного мозга, приводящие к нарушению деятельности гипоталамуса и других участков, отвечающих за сексуальное влечение и половую функцию. Кроме того, к повышению либидо может приводить гиперфункция коры надпочечников, обусловленная гормональным нарушением или опухолью, из-за чего происходит усиленное выделение андрогенов, приводящее к резкому повышению либидо.

Повышение либидо может встречаться и при других психических заболеваниях, например при маниакальном синдроме у больных маниакально-депрессивным психозом или циркулярной формой шизофрении. При этом на передний план выступают эйфория, психомоторное возбуждение, расторможенность, в том числе и сексуальная [61]. Психопатии, для которых характерны утрата эмоционального контроля и идеаторные задержки, также могут сопровождаться повышением интенсивности сексуальной жизни, распушенностью, сексуальным цинизмом, сексуальной расторможенностью. Кроме того, гиперлибидемия может иметь место при употреблении наркотиков, алкогольном опьянении и других состояниях, приводящих к снижению контроля.

Психологические причины гиперлибидемии часто «запускают» чувство собственной неполноценности, неуверенности и отсутствие веры в собственную сексуальную привлекательность, которые путем гиперкомпенсации заставляют женщину постоянно стремиться к подтверждению своей сексуальной состоятельности, причем даже в тех случаях, когда интенсивность сексуального влечения соответствует норме или может быть даже несколько пониженной. В некоторых случаях подобного рода гиперкомпенсация приобретает характер навязчивости, носящей аутоагрессивный оттенок, когда неконтролируемое поведение направлено на поиск сексуальных контактов с любым человеком, независимо от возраста, внешности, пола, физической или психической полноценности [23].

Довольно часто нимфомания возникает при резкой потере сексуального партнера, а также в период менопаузы. Такие женщины испытывают дискомфорт от возникшего влечения, стыд, неудобство. Они очень переживают, что об этом узнают окружающие, часто у них имеют место суицидальные мысли.

В МКБ-10 гиперлибидемия описана как «Повышенное половое влечение» (F52.7). Отмечается, что как мужчины, так и женщины могут иногда жаловаться на повышенное половое влечение как на самостоятельную проблему, обычно в юношеском и молодом возрасте. Когда повышенное половое влечение является вторичным по отношению к аффективному расстройству (F30–F39) или когда оно развивается в течение ранних стадий деменции (F00–F03), следует при постановке диагноза кодировать основное расстройство.

**Диагностика** заключается в сборе анамнеза и обследовании с целью установления причины.

**Лечение** этиопатогенетическое и симптоматическое.

**Гиполибидемия** — это существенное снижение интенсивности сексуального влечения, которое не связано с патологическими изменениями в психике или наличием соматической патологии. При гиполибидемии женщина может вступать в половые связи, получать некоторое сексуальное удовлетворение, однако ее сексуальная инициатива будет существенно снижена. Если речь идет о гиполибидемии как расстройстве, а не о слабой половой конституции или естественном возрастном снижении либидо, то она всегда характеризуется временным фактором, т.е. возникает после периода субъективно и объективно более интенсивного полового влечения у женщины. Довольно часто причинами гиполибидемии являются дисгамии, личностные или социальные факторы, также задержки развития, отсутствие эротической тренировки и другое, которые находятся еще пока в стадии компенсации. При декомпенсации указанные состояния переходят в *алибидемию*, т.е. полное отсутствие либидо.

Причинами истинной гиполибидемии, т.е. состояния, не связанного с соматическим или психическим заболеванием, могут быть социальные и психологические, в том числе межличностные, факторы. Так, длительное отсутствие удовлетворительных условий и адекватной обстановки для совершения полового акта (совместное проживание с родственниками, отсутствие отдельной спальни, присутствие детей рядом) может стать причиной сексуального охлаждения женщины, сексуальность которой в большей мере зависит от ситуационных факторов, чем сексуальность мужчины. В семьях, где на работающую женщину также полностью возлагается ведение домашнего хозяйства, физическая усталость и стресс могут также снижать интенсивность сексуального влечения.

Среди психологических факторов развития гиполибидемии особую роль играют личностные особенности, в частности, ошибочное

отношение женщины к сексуальности, которое может быть обусловлено не только характером воспитания, но и религией, традициями родительской семьи, низким уровнем знаний. Репрессивный характер полового воспитания может приводить к формированию негативной установки к сексу как к чему-то «грязному», постыдному, порицаемому и, соответственно, внутреннему угнетению проявлений собственной сексуальности. Помимо того, в основе гиполибидемии могут лежать неосознанные факторы, например, латентная или скрытая гомосексуальность, а также психические травмы, связанные с сексуальными инцидентами в детстве, наличие в анамнезе факта изнасилования, болезненная дефлорация и неудачный первый сексуальный опыт в целом, страх забеременеть или заразиться инфекциями, передаваемыми половым путем, недоверие к партнеру, неуверенность в нем.

Особенности межличностного взаимодействия с супругом/партнером, в частности, обида на него, неразрешенные конфликты, подавленная агрессия, сексуальная некомпетентность мужчины или его сексуальная несостоятельность при затыжном характере могут приводить к ослаблению сексуальной тяги женщины к половому акту.

Снижение либидо может быть симптомом психических заболеваний, среди которых на первый план выступают депрессивные синдромы различной природы и шизофрения. Среди органических заболеваний преобладают гормональные расстройства (недостаточность функции половых желез, гипофиза, гипоталамуса), а также хронические истощающие системные или органнeые заболевания [23], перенесенные вирусные заболевания, гинекологические инфекции, кольпит, сегментарное поражение нервной системы, дистрофия яичников, врожденные пороки развития половых органов, воспалительные заболевания и недостаток кровенаполнения венозных сплетений, заболевания спинного мозга, сахарный диабет, патология сердечно-сосудистой системы.

Временную утрату сексуального влечения обуславливают и интоксикации (отравление тяжелыми металлами, наркотические вещества, алкоголь, двуокись углерода), прием антидепрессантов, транквилизаторов, нейролептиков, оральных контрацептивов, барбитуратов, адrenoблокаторов.

Влияние на либидо могут оказывать и физиологические факторы, такие как слабый тип половой конституции, фаза менструального цикла, нарушение гормонального баланса (снижение тестостерона, повышение пролактина), сухость влагалища, изменения пред- и климактерического периода, нарушение циркадных ритмов, общее понижение жизненного тонуса.

**Алибидемия** — это состояние, при котором сексуальное желание у женщины отсутствует или резко снижено. Такие состояния также называют асексуализмом или гипосексуализмом. Причинами алибидемии могут быть различные гормональные нарушения (и в первую очередь инфантилизм) как на центральном уровне, так и нарушения функции половых желез, интоксикации наркотиками, снотворными, нейролептиками и транквилизаторами, гипоталамические поражения травматического, инфекционного или интоксикационного генеза, депрессивные состояния, психотравмирующие воздействия и т.п. Часто причиной отсутствия либидо является возникновение защитного торможения полового влечения при дисгамии. Алибидемия может быть последствием грубой болезненной дефлорации, задержки психосексуального развития и, как следствие, отсутствия эмоционально-эротической готовности женщины.

В некоторых случаях причиной половой холодности может явиться психическая травма, перенесенная женщиной много лет тому назад, особенности начала половой жизни, психологические (личностные) особенности, характер взаимоотношений с партнером.

Состояния гипо- и алибидемии в МКБ-10 относят к коду F52.0 «Отсутствие или потеря полового влечения». При этом потеря полового влечения является основной проблемой, а не вторичной по отношению к другим сексуальным затруднениям, например таким, как диспареуния. Отсутствие полового влечения не исключает сексуального удовлетворения или возбуждения, но делает инициацию половой активности менее вероятной. В эту диагностическую категорию включаются фригидность и расстройство гипоактивного сексуального влечения.

**Диагностика** заключается в тщательном сборе анамнеза и детальном обследовании с целью установления причины.

**Лечение** этиопатогенетическое и симптоматическое.

**Инверсия либидо.** Инверсии либидо, которые еще называют девиациями в классической сексологии, разделяются:

- по возрасту (педо-, геронто-, эфебо-, корофилия и т.п.);
- по способу реализации (трансвестизм, эксгибиционизм, вуайеризм, садизм, мазохизм);
- по объекту (фетишизм, зоофилия, некрофилия и др.).

Согласно МКБ-10, к инверсии либидо относятся следующие состояния [28]:

- расстройства сексуального предпочтения (F65 — фетишизм, фетишистский трансвестизм, эксгибиционизм, вуайеризм, педофилия, садомазохизм);

- расстройства половой идентификации (F64 — транссексуализм, транссвестизм двойной роли, расстройство половой идентификации у детей);
- расстройства, связанные с половым развитием и сексуальной ориентацией (F66 — расстройство полового созревания, эго-дистоническая сексуальная ориентация).

Все эти расстройства будут детально рассмотрены в разделе «Нарушения сексуального развития и поведения».

## РАССТРОЙСТВО СЕКСУАЛЬНОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ

Расстройства сексуального возбуждения проявляются в его снижении или труднодостижимости, отсутствии или повышении. У женщин чаще всего основная проблема нарушений фазы возбуждения заключается в сухости влагалища или отсутствии увлажнения. Причина может быть психогенной или соматогенной (например, инфекционной), или речь идет об эстрогенной дефицитарности (например, после менопаузы). Женщины редко жалуются на первичную сухость влагалища, если только она не выступает как симптом эстрогенной дефицитарности после менопаузы. В МКБ-10 это классифицируется как «недостаточность генитальной реакции» (F52.2), включая расстройство полового возбуждения у женщин.

К нарушениям сексуального возбуждения относится также и расстройство эротической чувствительности, причиной которого могут быть неправильная или недостаточная эротическая подготовка, дисгамии, грубость или безразличие со стороны партнера (мужа), задержки или асинхронии психо- и соматосексуального развития, психогенные и социально-психологические нарушения.

**Диагностика** заключается в тщательном сборе анамнеза и детальном обследовании с целью установления причины.

**Лечение** этиопатогенетическое и симптоматическое.

## РАССТРОЙСТВО ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ ЭРОГЕННЫХ ЗОН

Нарушение чувствительности эрогенных зон проявляется в снижении или отсутствии их отклика на сексуальную стимуляцию, который, как правило, сопровождается повышением сексуального возбуждения.

Чувствительность эрогенных зон может нарушаться при соматических заболеваниях, в частности заболеваниях кожного покрова, поскольку абсолютное большинство эрогенных зон находятся

на поверхности тела, при хронических или острых заболеваниях, приводящих к общему снижению чувствительности организма, его ослаблению, аллергическим реакциям. Прием некоторых медикаментов также может влиять на чувствительность эрогенных зон.

Встречаются и случаи врожденной эрогенной нечувствительности зон, в том числе ввиду недостаточной их иннервации. Повреждение нервных окончаний, ожоги, рубцы и другие нарушения тактильной чувствительности также могут снижать чувствительность прежде нормально функционировавших эрогенных зон.

Немаловажное значение имеет и адекватность сексуального стимула. Незнание, неумение партнера воздействовать на эрогенные зоны женщины, в особенности если это первый сексуальный партнер, может привести к ситуации, в которой женщина не будет иметь представления о чувствительности тех или иных участков ее тела, а соответственно, не будет получать должного сексуального удовлетворения. Кроме того, грубый невнимательный подход мужчины к эрогенному стимулированию тела женщины может обусловить выработку негативного условного рефлекса, при котором прикосновения к той или иной зоне вместо сексуального возбуждения будут вызывать сексуальное торможение. То же наблюдается и в случаях, когда женщина обладает слишком узким диапазоном приемлемости ласк ввиду тех или иных причин (воспитание, культура, закрепленные установки к сексу).

**Диагностика** заключается в тщательном сборе анамнеза и детальном обследовании с целью установления причины.

**Лечение** — этиопатогенетическое и симптоматическое.

## РАССТРОЙСТВО ФРИКЦИОННОГО ПЕРИОДА

У женщин нарушения, характерные для фрикционного периода полового акта, проявляются в болезненных ощущениях во время фрикций из-за сухости или недостаточного увлажнения влагалища.

Основной причиной этих нарушений является недостаточность стимуляции и сексуального реагирования женщины в подготовительном периоде полового акта, в связи с чем нарушаются фаза сексуального возбуждения и чувствительность эрогенных зон.

Возможны также и соматические причины таких нарушений, препятствующие половому акту вплоть до невозможности его осуществления (гормональные нарушения, узость, атрезия влагалища, генетические нарушения и другие). Кроме того, к расстройству фрикционного периода у женщин могут приводить сексуальные нарушения

у партнера: ускоренная эякуляция, отсутствие эякуляции, затяжной половой акт, слабая эрекция.

**Диагностика** заключается в тщательном сборе анамнеза и детальном обследовании с целью установления причины.

**Лечение** — этиопатогенетическое и симптоматическое.

## РАССТРОЙСТВО ОРГАЗМА

Нарушения оргазма могут проявляться в снижении остроты оргастических ощущений (стертый оргазм), болезненности во время оргазма (болезненный оргазм), отсутствии оргазма (аноргазмия) или, наоборот, выраженной мультиоргастичности, которая может вызывать тревогу у женщины или смущать ее, снижая тем самым либидо.

Кроме того, у некоторых женщин возникают различные параоргастические ощущения психологического или соматического характера (желание заплакать, закричать, грязно выругаться, ощущение мочеиспускания или недержание мочи, позывы к дефекации и другие). Такие проявления еще называют инверсией оргазма.

Иногда во время оргазма могут иметь место эпилептиформные припадки, которые длятся не дольше оргазма, ничем не опасны для здоровой женщины, но могут ее тревожить, и особенно это пугает сексуального партнера или мужа в начале сексуальных отношений. В последующем их частота снижается вплоть до исчезновения. Причиной этого состояния является близость или какая-то функциональная связь между центром оргазма и центром судорожной готовности в головном мозге.

Основные причины и механизмы нарушения оргазма приводятся в следующем разделе «Аноргазмия».

**Диагностика** в таких случаях заключается в тщательном сборе анамнеза и обследовании с целью установления причины и, кроме того, проводится дифференциальная диагностика с эпилепсией.

**Лечение** — симптоматическое, а в случае эпилептиформных проявлений назначаются низкие дозы противосудорожных препаратов за 2 ч до полового акта и рекомендуется секстерапия, заключающаяся в изменении сексуальной тактики.

## АНОРГАЗМИЯ (ПОЛОВАЯ ХОЛОДНОСТЬ)

Наиболее частым и сильнее всего беспокоящим женщин нарушением оргазма является аноргазмия (половая холодность, фригидность) — неспособность женщины к переживанию оргазма, которая чаще



всего является причиной обращения к врачу. Причинами аноргазмии по праву считаются все факторы, приводящие к снижению и отсутствию либидо или нарушающие последующие стадии копулятивного цикла, изменяя тем самым нормальное протекание стадий и фаз полового цикла и таким образом приводя к снижению или полному отсутствию оргазма.

А.М. Свядош [61] выделяет следующие ее формы:

- ретардационная фригидность носит временный характер и связана с некоторым запаздыванием (ретардацией) полового чувства;
- симптоматическая фригидность является проявлением какого-либо органического заболевания;
- психогенная фригидность как следствие торможения сексуальной функции психологическими факторами (неприязнь к мужу, чрезмерная строгость воспитания, грубость со стороны мужа, насильственная дефлорация и другие);
- конституциональная фригидность, т.е. генетически обусловленная врожденная недостаточность психосексуальной функции.

Но исходя из нашей практики, эта классификация неполная. Б.М. Ворник [7] выделяет еще абстинентную, дисгамическую, соматогенную (симптоматическую) и генитально-рецептивную формы аноргазмии.

Абстинентная аноргазмия возникает после длительного отсутствия секса и мастурбаций у женщин, которые ранее испытывали оргазм.

Дисгамическая появляется в результате возникшей и длительно длящейся дисгамии у практически здоровой женщины.

Соматогенная означает отсутствие оргазма при каком-либо соматическом заболевании, когда аноргазмия расценивается как симптом этого заболевания и совпадает с симптоматической формой по А.М. Свядошу.

Генитально-рецептивная — возникает при заболевании гениталий, приводящем к резкому снижению или полному отсутствию эрогенной чувствительности гениталий, что препятствует суммации раздражений и возникновению достаточной для оргазма степени возбуждения.

В табл. 3 приведена дифференциация признаков различных форм аноргазмии.

Степень аноргазмии определяется отношением к половому акту: I — половой акт приятен; II — индифферентный; III — отвращение к половому акту.

Кроме того, аноргазмия может быть первичной или вторичной, генерализованной или избирательной.

Первичная аноргазмия имеет место с самого начала половой жизни, женщина при этом неспособна к достижению оргазма никакими

Таблица 3

Дифференциальная таблица аноргазми у женщин

Сексуально-эротические проявления / Форма аноргазмии	Либидо	Эрогенные зоны	Эротические сновидения	Экстра-коитальный оргазм	Фрустрации	Степень аноргазмии	Тип аноргазмии
Конституциональная	–	–	–	–	–	I, II	Генерализованная
Ретардационная	–	–	–	–	+/-	I, II	Генерализованная
Психогенная	+	++	++	+	+ –	I, II, III	Генерализованная или избирательная
Абстинентная	+	+++	+	+ –	+ –	I, II	Избирательная
Дисгамическая	+(-)	+++	+	+	+	I, II, III	Избирательная
Соматогенная (симптоматическая)	+/-	+/-	+/-	+/-	+/-	I, II	Генерализованная
Генитально-рецептивная	+	+++?	+	+	+ –	I, II, III	Избирательная

«+» — наличие сексуально-эротического проявления и его выраженность («+» — слабо выражено, «++» — достаточно выражено, «+++» — ярко выражено);  
 «+/-» — проявление может иметь место, а может и отсутствовать;  
 «-» — отсутствие сексуально-эротического проявления.

известными и доступными ей способами. Вторичная аноргазмия возникает после периода нормальной половой жизни, сопровождавшейся оргазмами.

Генерализованная аноргазмия — это расстройство, при котором женщина не может достичь оргазма ни с одним из своих половых партнеров. Избирательная аноргазмия предполагает, что женщина не может достичь оргазма с конкретным половым партнером (или несколькими), тогда как с другими она может испытывать оргазм.

В МКБ-10 аноргазмия отнесена к категории F52.3 «Оргазмическая дисфункция» — оргазм не возникает или значительно задерживается, заторможенный оргазм, психогенное отсутствие оргазма.

## РАССТРОЙСТВО ПОСТКОИТАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ

К расстройствам посткоитального состояния относятся сексуальный дискомфорт и фрустрации.

Завершающий период полового акта — период физиологического расслабления и психической переработки — является таким же важным, как и все предшествующие. Именно в этот период происходит оценка, усвоение и формирование опыта сексуального акта, сопровождаемая переживаниями, характер которых зависит от степени полученного удовольствия или же неудовольствия, что формирует последующее отношение к сексу вообще и к конкретному партнеру. В норме после полового акта женщина переживает сексуальный комфорт, обусловленный получением оргазма или же приятных оргазмоподобных ощущений от полового акта с желанным партнером.

Если после полового акта не возникают позитивные ощущения комфорта и расслабления, то появляется **сексуальный дискомфорт**, который сопровождается психологическим неудовлетворением, чувством напряжения, обиды, а в дальнейшем возникновением сначала психической, а при затяжном периоде отсутствия посткоитального комфорта — физической фрустрации.

**Психическая фрустрация** заключается в переживании чувства неудовлетворенности, обиды, злости, раздражения, нарушении формулы сна, раздражительности, плаксивости и т.п. При длительном течении психическая фрустрация переходит в **фрустрацию физическую**, когда возникают неприятные, иногда тягостные физические ощущения (головная боль, боль внизу живота, застойные явления в органах малого таза, болезненный половой акт, хронические воспалительные процессы, возникающие, если состояние возбуждения при половом акте длительно не завершается оргастической разрядкой).

Фрустрации в большинстве случаев приводят к возникновению дисгармоний или к усилению уже имеющихся, а также к сексуальным дисфункциям. Кроме того, довольно часто (8–10% случаев) фрустрации приводят к сексуальной аверсии (сексуальному отвращению).

В МКБ-10 указанные состояния относятся к диагностическим категориям по коду F52.1 «Сексуальное отвращение и отсутствие сексуального удовлетворения».

Сексуальное отвращение (F52.10) — предстоящая половая связь с партнером вызывает сильные негативные чувства, которых достаточно, чтобы привести к уклонению от половой активности.

Отсутствие чувства сексуального удовлетворения (F52.11) — возникают нормальные сексуальные реакции и переживается оргазм, но нет адекватного удовольствия. Эта жалоба намного чаще встречается у женщин, чем у мужчин. Называется она также сексуальной агедонией.

**Диагностика** заключается в тщательном сборе анамнеза и детальном обследовании с целью установления причины.

**Лечение** — этиопатогенетическое и симптоматическое.