

Г. С. КОЧАРЯН

**ОРГАЗМ, ЕГО РАССТРОЙСТВА
И ИХ ПРЕОДОЛЕНИЕ**

Монография

Харьков
2018

УДК 612.6.064:616-008]-085

К 75

*Рекомендовано к изданию Ученым советом Харьковской медицинской академии последипломного образования МЗ Украины
(протокол № 8 от 19.10.2018 г.)*

Кочарян Г. С.

К 75 Оргазм, его расстройства и их преодоление : монография /
Г. С. Кочарян. – Харьков : «ДИСА ПЛЮС», 2018. – 395 с.
ISBN 978-617-7645-24-4

В книге глубоко и всесторонне характеризуется проблема оргазма у женщин и мужчин. Приведены современные данные о его физиологии и переживании, различные модели сексуального реагирования, определения и классификации эрогенных зон, сведения о феномене женской эякуляции («струйном оргазме»), парадигмы генитально активированного оргазма у женщин, классификации женского оргазма, различные пути его достижения, данные о продолжительности оргазма, однократных, повторных и многократных оргазмах, определения расстройств оргазма и его частота, факторы различной модальности, принимающие участие в формировании этих расстройств, рекомендации и терапевтические подходы по их преодолению. Также представлены вопросы, связанные с имитацией оргазма и возможностью её влияния у женщин на способность забеременеть. Охарактеризованы расстройство в форме постоянного генитального возбуждения и синдром раздраженных половых органов, которые, в частности, характеризуются как многочисленными самопроизвольными оргазмами, так и перманентным предоргастическим состоянием. Представлены некоторые методологические подходы автора, позволяющие более эффективно осуществлять диагностику и лечение сексуальных дисфункций, а также современные данные о преждевременной (ранней) эякуляции, которая может быть одной из причин коитальной аноргазмии у женщин. Эта первая и на сегодняшний день единственная отечественная книга, которая полностью посвящена панорамному представлению и обсуждению проблемы оргазма и преодоления его расстройств.

Для врачей, психологов, физиологов; преподавателей и студентов высших учебных заведений и курсов, где проводится подготовка названных специалистов; образованных людей, интересующихся вопросами современной сексологии.

УДК 612.6.064:616-008]-085

ISBN 978-617-7645-24-4

© Г. С. Кочарян (G. S. Kocharyan,
M.D., Ph.D., D.Sc.), 2018

ORGASM, ITS DISORDERS AND THEIR OVERCOMING

The book written by M.D., Ph.D., D.Sc., Professor of the Department of Sexology and Medical Psychology of Kharkov Medical Academy of Postgraduate Education, Academician of the Russian Academy of Natural History Garnik S. KOCHARYAN contains an in-depth and comprehensive analysis of the problem of orgasm in women and men. Present knowledge about its physiology and experience, different models of sexual response, detection and classification of erogenous zones, information about the phenomenon of female ejaculation («squirting orgasm»), paradigms of the genitally activated orgasm in women, classification of the female orgasm, different ways for its achievement, data about the duration of orgasm, single, repeated and multiple orgasms, determinations of orgasmic disorders, frequency of orgasm, factors of different modality, which participate in the formation of the above disorders, recommendations and therapeutic approaches for coping with them are given. Also explained are the problems concerning simulation of the orgasm and a possible effect of the above simulation in women on their ability to become pregnant. Persistent genital arousal disorder and restless genital syndrome, which is particularly characterized by both numerous spontaneous orgasms and permanent preorgasmic state, are described. Some author's methodological approaches making possible more affective diagnosing and treatment of sexual dysfunctions are given, as well as present knowledge about premature (early) ejaculation, which can be one of the causes for coital anorgasmia in women. This is the first and currently the only Ukrainian book, which completely deals with panoramic presentation and discussion of the problem of orgasm and overcoming of its disorders.

For doctors, psychologists, physiologists; lecturers and students of higher schools and courses, where the above specialists are trained; educated people who are interested in problems of modern sexology.

ПРЕДИСЛОВИЕ

Данная книга задумывалась как всестороннее осмысление существующих в настоящее время многочисленных данных по проблеме оргазма. В ней читатель найдет современные данные о физиологии оргазма у мужчин и женщин (вегетативные и соматические его проявления; функционирование структур головного мозга и его нейромедиаторных систем, сопряженное с оргазмом; супраспинальная и спинальная его регуляция; гормональные изменения во время оргазма), сведения о его переживании, традиционные (физиологические) и новые (физиологически и психологически ориентированные) модели сексуального реагирования.

Также в книге приведены определения и классификации эрогенных зон, сведения о различных генитальных и экстрагенитальных эрогенных зонах, данные специальных исследований относительно рейтинга чувствительности различных эрогенных зон у мужчин и женщин. Описывается феномен женской эякуляции, обсуждаются различные точки зрения относительно возможного состава и места продукции женского эякулята, рассматривается связь между женской эякуляцией и так называемой женской простатой, а также зоной Графенберга, приводятся данные современных исследований, которые свидетельствуют о наличии как женского эякулята, так и женской простаты.

В книге выделены и охарактеризованы три конкурирующие парадигмы генитально активированного оргазма у женщин: 1) «оргазм, обусловленный клиторальной стимуляцией, – инфантильный, а вагинальной – зрелый»; 2) «существует лишь один генитально активированный оргазм – оргазм, обусловленный стимуляцией клитора»; 3) «существуют различные равноценные генитально активированные оргазмы». Сообщается, что оргазм может быть смешанным. Подчеркивается, что точка зрения некоторых авторов о невозможности возникновения оргазма при стимуляции влагалища, по-видимому, является научно необоснованной сексуальной дискриминацией этого органа.

В книге приведены и охарактеризованы классификации женского оргазма А. М. Свядоца, В. И. Здравомыслова, Д. Сингер и И. Сингера. Представлены различные пути достижения оргазма, включая приятные и неприятные переживания, физические упражнения и нагрузки, прямую электрическую и химическую стимуляцию головного мозга, электрическую стимуляцию позвоночника, роды, дефекацию, воздействие психоделических средств. Также сообщается об оргазмах после повреждения спинного мозга у женщин, операций трансгендеров по смене пола, оргазмах во время эпилептических приступов и «фантомных» оргазмах. Описаны техника оргастической медитации и техники достижения оргазма у женщин без стимуляции эрогенных зон тела и гениталий.

Сообщаются современные данные о продолжительности оргазма, однократных, повторных и многократных оргазмах. Представлены сведения о рефрактерном периоде у мужчин и возможности у них мультиоргазма. Высказывается мнение об ошибочности полного исключения возможности существования рефрактерного периода у женщин.

В книге приведены различные определения расстройств оргазма, терминология, используемая для обозначения их различных форм, динамика представлений об этих расстройствах, а также частота расстройств оргазма, выявленная при различных исследованиях. Представлены факторы, связанные с заболеваниями, последствиями оперативных вмешательств и травм, воздействием медикаментозных препаратов и наркотических средств, психопатологические факторы, физиологические факторы, факторы психологической и социальной природы, которые могут принимать участие в формировании расстройств оргазма у мужчин и женщин.

В книге также широко отражены различные рекомендации, техники и психотерапевтические подходы, направленные на преодоление трудностей в достижении оргазма и лечение его расстройств, а также терапия расстройств оргазма у женщин и мужчин с использованием медикаментов, биологически активных пищевых добавок и физиотерапевтических средств.

В одной из глав книги обсуждается проблема имитации оргазма. Представлены данные о ее частоте у женщин и мужчин, причины, побуждающие к ней, рекомендации по ее осуществлению и выявлению. Очень подробно освещены последствия имитации оргазма.

Помимо этого, в данном труде сообщаются мнения различных авторов, результаты научных исследований, гипотезы, которые пытаются объяснить связь или ее отсутствие между женским оргазмом и возможностью забеременеть. Из представленных материалов следует, что в настоящее время нет научных данных, которые могли бы безоговорочно свидетельствовать о прямой связи оргазма у женщин и такой возможностью. Можно говорить только о наличии таких предположений. Даже верящие в эту гипотезу ученые не смогли доказать это в результате проведенных ими исследований. Многочисленные наблюдения, включая наши, свидетельствуют о том, что женщины, которые никогда в течение всей своей жизни не испытывали оргазм, могут обладать хорошим репродуктивным потенциалом. Вместе с тем следует отметить, что женский оргазм может косвенно действовать увеличению вероятности возникновения беременности, так как способен вести к учащению половой активности женщин.

В последние годы были выделены расстройство в форме постоянного генитального возбуждения и синдром раздраженных половых органов, которые, в частности, характеризуются как многочисленными самопроизвольными оргазмами, так и перманентным предоргастическим состоянием. Описание данных расстройств также нашло отражение в этой книге.

В двух последних главах книги охарактеризованы некоторые методологические подходы автора, которые, в частности, позволяют более эффективно осуществлять диагностику и лечение сексуальных дисфункций. В одной из них приведены и охарактеризованы этапы постановки диагноза расстройств потенции (симптоматический, синдромологический, нозологический, патогенетический), рекомендации по его формулированию, опирающиеся на системно-

структурный подход, некоторые нюансы обследования больных с сексуальными дисфункциями. В другой главе представлены авторские концепции, имеющие отношение к клинической сексологии: симптомообразования, эрогенных сенсорных систем, а также парадигмы терапевтического сопровождения больных с сексуальными дисфункциями: эректоцентрическая, оргазмоцентрическая и предлагаемая автором плежецентрическая.

В приложениях к книге приведены клинические иллюстрации различных форм расстройств оргазма, техника «рефлекс оргазма» и современные представления о преждевременной (ранней) эякуляции у мужчин, которая нередко является причиной коитальной аноргазмии у женщин.

Эта первая и на сегодняшний день единственная отечественная книга, которая полностью посвящена панорамному представлению и обсуждению проблемы оргазма и преодоления его расстройств. Надеемся, что она будет полезной как профессионалам, так и образованным читателям, которые хотят обладать современными знаниями в области сексологии.

Автор

ГЛАВА 1

ФИЗИОЛОГИЯ ОРГАЗМА И ЕГО ПЕРЕЖИВАНИЕ

Представления об оргазме и его механизмах не являются чем-то застывшим. Они постоянно изменяются в связи с нарастающим количеством научных исследований и благодаря клиническим наблюдениям. В данной главе мы попытались отразить современные данные о физиологии и переживании оргазма, которые впервые были представлены нами в специализированном журнале [6].

Фазы сексуального реагирования

Изменения, происходящие в организме во время полового акта, включая оргазм, впервые детально были изучены американскими учеными W. Masters и V. Jonson (У. Мастерс и В. Джонсон) [39]. Всего было обследовано 382 женщины в возрасте от 15 до 78 лет (84% приходилось на возраст от 18 до 40 лет) и 312 мужчин в возрасте от 21 года до 89 лет (74% в возрасте от 21 года до 40 лет). В целом анализу было подвергнуто более 10000 полных циклов половых реакций. Авторы сочли целесообразным условно разделить эти циклы у мужчин и женщин (рис. 1 и 2) на 4 отдельные фазы: 1) фазу возбуждения; 2) фазу плато (достигнутое на предыдущей фазе интенсивное возбуждение в течение некоторого времени находится примерно на одном уровне); 3) фазу оргазма; 4) фазу разрешения.

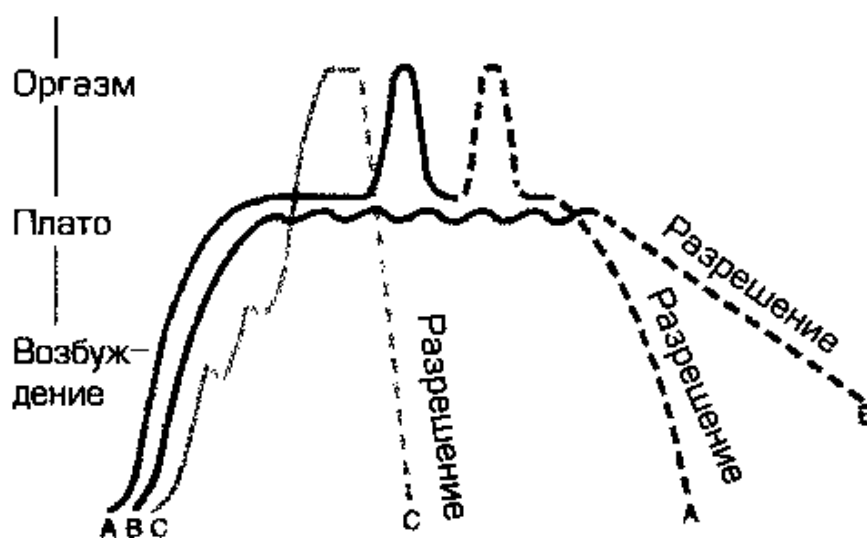


Рисунок 1. Цикл сексуального реагирования у женщин [по 9]



Рисунок 2. Цикл мужского сексуального реагирования [по 9]

Позже Н. S. Kaplan (Х. С. Каплан) предложила модель сексуального реагирования, которое включает три стадии: желание, возбуждение и оргазм (рис. 3) [33].

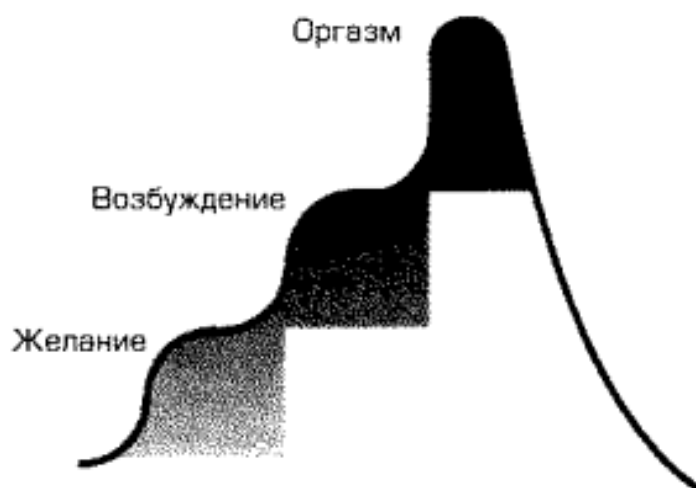


Рисунок 3. Трехступенчатая модель цикла сексуального реагирования Н. S. Каплан [33]

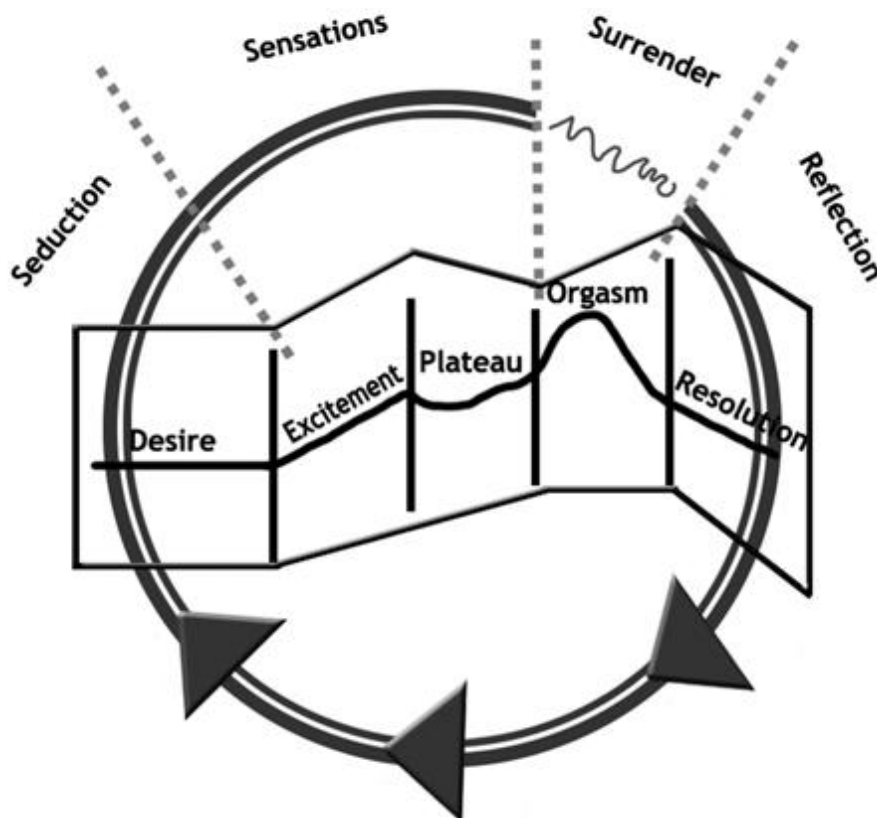
Автор предполагает, что сексуальные проблемы имеют тенденцию затрагивать лишь одну из этих стадий. Поэтому в ряде случаев вполне возможно, что человек, у которого имеют место трудности на одной из этих стадий, может продолжать нормально функционировать в двух других. Отличительная черта модели Х. С. Каплан состоит в том, что в нее включена фаза желания как отдельная стадия цикла сексуального реагирования. Р. Крукс, К. Баур (R. Kruks, K. Baug) [8] в связи с этим отмечают, что, однако, желание предшествует не всякой сексуальной активности. Так, пара

может решить заняться сексом, не испытывая в данный момент сексуального желания. Часто оказывается, что люди начинают реагировать на сексуальную стимуляцию, несмотря на изначальное отсутствие сексуального желания.

Модели сексуальных реакций, предложенные W. Masters, V. Jonson [39] и H. S. Kaplan [33], получили название **линейных**. Сообщается [29], что являясь в значительной степени биологическими, эти модели были подвергнуты критике некоторыми авторами, потому что они не принимают во внимание небιологические события, такие, как удовольствие и удовлетворенность [56] или место сексуальности в контексте взаимоотношений [16].

В 1997 г., исходя из признания, что не все женщины соответствуют линейным моделям сексуальных реакций, В. Whipple, К. Brash-McGreer [56] предложили **круговую модель** (circular model) паттерна сексуального отклика у женщин. Она построена на модели Reed, которая включает четыре этапа: соблазнение/обольщение (включает желание), ощущения (возбуждение и плато), оргазм и отражение (разрешение). Позиционируя предлагаемую ими модель как круговую, В. Whipple и К. Brash-McGreer [56] показывают, что приятные и удовлетворяющие сексуальные переживания могут иметь для женщины усиливающий эффект, а это приводит к фазе обольщения следующего интимного контакта. Если в фазе разрешения сексуальный опыт не обеспечивает получение удовольствия и удовлетворение, желание совершить повторный половой акт у женщины не возникает (рис. 4).

R. Basson [20] также сконструировала новую модель женской сексуальной реакции, которая учитывает важность эмоциональной близости, сексуальных стимулов и удовлетворенности отношениями. В соответствии с этой моделью, женское сексуальное функционирование более сложно, чем мужское, и на него существенно влияет множество психологических проблем (например, удовлетворение взаимоотношениями, самооценка, предыдущие негативные сексуальные переживания).



*Рисунок 4. Круговая модель цикла сексуального реагирования
В. Whipple, К. Brash-McGreer [no 56]*

Согласно R. Basson, у женщин существует много причин для участия в сексуальной активности, а не только сексуальный голод или влечение в соответствии с традиционной моделью. Хотя многие женщины могут испытывать спонтанное желание и интерес, когда состоят в новых сексуальных отношениях или встречаются с партнером после долгой разлуки, большинство женщин в долгосрочных отношениях не часто думают о сексе или испытывают спонтанный голод по отношению к сексуальной активности. Автор предполагает, что в этих последних случаях стремление партнера к усилению эмоциональной близости и интимности или инициированная им увертюра могут predispose женщину участвовать в сексуальной активности. С этого момента сексуального нейтралитета, когда женщина восприимчива к тому, чтобы стать сексуальной, но не инициирует сексуальную активность, желание интимности побуждает ее искать пути стать сексуально возбужденной посредством беседы, музыки, чтения, просмотра эротических материалов или прямой стимуляции. После того как женщина возбуждалась, возника-

ет сексуальное желание, которое мотивирует ее продолжать быть активной. На пути к удовлетворению есть много точек уязвимости, которые могут отвлечь женщину и оборвать ее сексуальную вовлеченность. Модель R. Basson разъясняет, что цель сексуальной активности для женщин скорее не оргазм, а личная удовлетворенность, которая может проявляться как физическое удовлетворение (оргазм) и/или как эмоциональное (чувство близости и связь с партнером) [20; 55]. Данная модель была названа **нелинейной моделью** (non-linear model) (рис. 5).

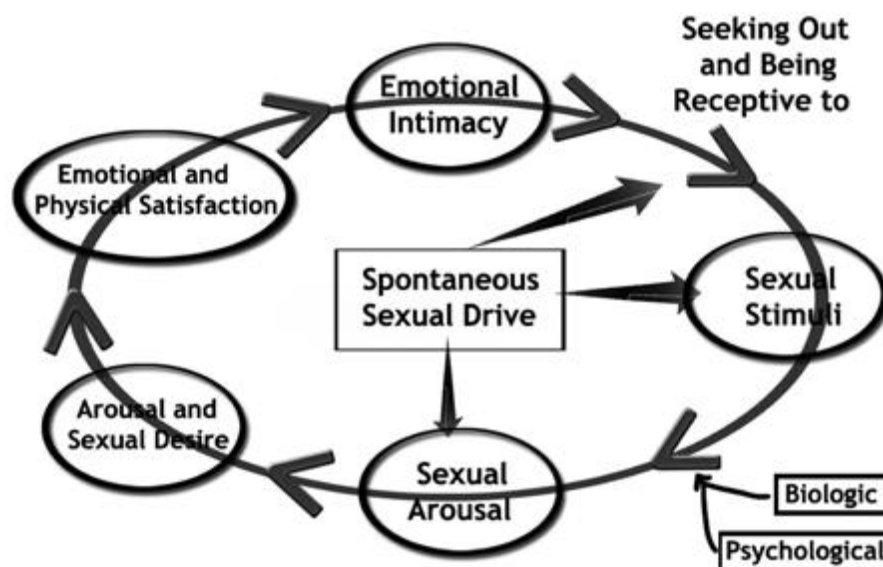


Рисунок 5. Нелинейная модель цикла сексуального реагирования R. Basson [19]

Следует отметить, что, несмотря на некоторые существующие замечания в отношении сугубого биологизма линейных моделей, исследования, проведенные американскими учеными W. Masters и V. Jonson [39], следует считать как фундаментальными, так и уникальными, являющимися одним из базисов современной сексологии.

Отечественный сексопатолог, профессор Г. С. Васильченко [1] выделил в копулятивном цикле мужчины следующие стадии: психическую, началом которой является момент возникновения половой доминанты, эрекционную, копулятивную (фрикционную), эякуляторную и рефрактерную. Стадиям копулятивного цикла предшествует состояние предварительной нейрогуморальной готовности.



Рисунок 6. Типовая кривая копулятивного цикла мужчины [1]

Вегетативные и соматические проявления оргазма

Во время оргазма у женщин происходит следующее. Имеют место одновременно происходящие ритмические мышечные сокращения матки, передней стенки влагалища (оргазмическая платформа) и ануса. Несколько первых сокращений очень интенсивны. Они следуют одно за другим с интервалами 0,8 сек. Затем их сила и продолжительность несколько уменьшаются, а интервалы между ними становятся менее регулярными. Если при мягком оргазме число сокращений ограничивается 3–5, то при интенсивном оно достигает 10–15 [9]. Оргазм не ограничивается только изменениями, происходящими в тазовой области. В него вовлекается весь организм. Так, на электроэнцефалограмме регистрируются четко выраженные изменения [28], а во многих участках тела в этой фазе сексуальной реакции наблюдаются мышечные сокращения. Помимо этого, в фазе оргазма покраснение кожи достигает наибольшей интенсивности и самого широкого распространения [9].

Часто отмечают, что оргазм у женщин начинается с чувства тревоги, которое очень скоро сменяется чрезвычайно приятным ощущением, возникающим в клиторе, которое быстро распространяется по всему тазу. Женщины часто упоминают, что в половых органах возникает ощущение тепла, наэлектризованности или трепетности, обычно распространяющееся по всему телу. Большинство женщин ощущают мышечные сокращения во влагалище или в малом тазу, которые часто воспринимаются ими как «пульсация таза» [9].

W. Masters, V. Jonson [39] сообщают, что к концу фазы плато и во время оргазма частота дыханий может достигать 40 в мин.* Число сердечных сокращений в 1 мин. в фазе оргазма достигает 180. Систолическое давление может подниматься у мужчин на 60–100 мм ртутного столба, а диастолическое на 20–50. Женщины реагируют несколько слабее.

Согласно субъективной оценке оргазма 487 женщинами непосредственно после проведения полового акта, W. Masters и V. Jonson [39] выделили 3 стадии оргазма. **Первая стадия** вначале проявляется кратковременным чувством задержки, как бы невесомости, быстро переходящим в осознанное ощущение в области клитора, которое иррадирует в таз. Интенсивность ощущений быстро нарастает от умеренной до шоковой. Некоторые женщины отмечают чувство потери чего-то, отхождения или выбрасывания какой-то субстанции. 12 ранее рожавших женщин заявили, что нечто подобное они испытывали во втором периоде родовых схваток. **Во второй стадии** оргазма почти все женщины испытывают чувство тепла, которое вначале распространяется на таз, а затем на все тело. **В третьей стадии** имеет место так называемое тазовое биение – сильные ритмические сокращения мышц влагалища, матки, напоминающие удары пульса. Женщины делят этот финальный этап на две следующие друг за другом фазы: фазу сокращения, которая локализуется во влагалище, и фазу «биений», которые ощущаются всем телом. Эти «биения» напо-

* Здоровый взрослый человек в состоянии физиологического покоя совершает в среднем от 16 до 20 дыхательных движений в минуту.

минают удары пульса. В то время, как чувство первичной контракции совпадает во времени с сокращениями оргазмической платформы, регулярные «биения» (пульсации) могут ощущаться даже тогда, когда сокращения платформы уже прекратились.

Анализируя выводы, полученные W. Masters, V. Jonson [39], Н. А. Менкес, А. А. Мозгов [10] указывают на спорное, по их мнению, заключение авторов, «что самый высокий субъективный и объективный уровень оргазма достигается путем автоманипуляций или в условиях эксперимента при использовании специальной техники для искусственного коитуса, следующий по высоте уровень достигается при манипуляциях партнера, и наименьшая интенсивность достигается во время обычного полового акта». По мнению В. И. Здравомыслова и соавт. [4], напротив, при некоторых формах стимуляции (мастурбация, половой акт с искусственным половым членом или искусственным влагалищем) повышение артериального давления никогда не достигает такого уровня, как при некоторых ситуациях естественного полового акта.

А. М. Свядоц [14, с. 24–25] описывает оргазм у женщин так: «Многие женщины в момент наступления оргазма испытывают словно внезапную остановку, задержку всех психических процессов, словно внезапное оцепенение, ощущение, что они словно проваливаются, теряя сознание, сходят с ума, а затем чувство сильного толчка в области клитора или в глубине влагалища и ощущение излучения тепла, распространяющегося с этих участков по всему телу. Возникает ощущение, словно что-то выдавливается из организма. Рожавшие женщины указывают, что близкое ощущение возникало у них в начале родов в момент схватки. Чувство разлившегося тепла сменяется появлением произвольных ритмичных сокращений (пульсаций) в области влагалища, малого таза, иногда наружных половых органов. Эти ощущения сопровождаются чувством необычайного сладострастия, «ошеломляющего экстаза», не поддающегося контролю, иногда – глубокими вздохами, стонами, ритмичными

движениями головой, судорожным прижиманием к себе партнера».

Автор также указывает, что во время оргазма учащаются дыхание и сердечные сокращения (до 180 и более в мин), значительно повышается артериальное давление (систолическое – на 30–80, диастолическое – на 20–40 мм рт. ст.; максимальное давление может повышаться со 120 до 200 и даже 220 мм рт. ст.), часто имеет место резкое покраснение кожи груди и лица. Автор отмечает, что в момент оргазма на электроэнцефалограмме бета-ритм сменяется появлением медленных волн большой амплитуды. Изменения на ЭЭГ сходны с таковыми при малых эпилептических припадках или с теми, которые отмечаются во время фазы клонических судорог большого эпилептического припадка. По окончании оргазма медленные волны вновь сменяются бета-ритмом [14]. По нашему мнению, это может служить объяснением судорожных явлений, которые имеют место во время оргазма.

G. Klumbias, H. Kleinsorge (1950) провели физиологические исследования, направленные на выявление влияния различных фаз полового акта (в особенности оргазма) на пульс, артериальное давление, ударный объем сердца, дыхание. Оказалось, что у мужчин все реакции были выражены резче, чем у женщин, но быстрее возвращались к норме. Так, частота пульса у мужчин быстро нарастала и к моменту оргазма достигала в среднем 142 ударов в мин, однако уже через 4 мин после эякуляции пульс возвращался к норме. У женщин пульс учащался в среднем до 103 ударов в мин и после коитуса постепенно падал до 85 (при средней исходной частоте 78). Артериальное давление у мужчин поднималось до 250/120 мм рт. ст. (при исходном 120/80), а у женщин – до 160/105 (при исходном 110/80). Ударный объем сердца у мужчин достигал 170%, а у женщин – 190% от исходного [по 4].

Интенсивность оргазма бывает различной и варьирует у одной и той же женщины. Это, в частности, может зависеть от числа происходящих во время оргазма мышечных сокращений. При слабом оргазме речь идет о 3–5 сокращениях, средней силы – 6–8, сильном – 9–12. Однако и при 3–5 со-

кращениях некоторые женщины испытывают сильнейший оргазм [14].

Оргазму у мужчин непосредственно предшествует возникающее ощущение ими всепроникающего тепла или давления (иногда сопровождающихся пульсацией), что свидетельствует об императивности эякуляции. Сразу наступающий за этим оргазм воспринимается как чрезвычайно приятное сокращение мышц, в котором участвуют сфинктер заднего прохода, прямая кишка, промежность и половые органы. Некоторые мужчины отмечают, что это похоже на выкачивание. Другое описываемое ощущение – стремительный теплый поток. Оно непосредственно связано с прохождением спермы по мочеиспускательному каналу. Следует отметить, что оргазмы у мужчин более однородны, чем у женщин, но отличаются у разных мужчин [9].

Субъективная оценка оргазма мужчинами позволила выделить в фазе оргазма 2 периода. **В первом** мужчина чувствует приближение оргазма, наступает кратковременный момент, когда он уже не в состоянии задержать эякуляцию. **Во втором периоде** ощущаются регулярные сокращения, чувство выбрасывания спермы из мочеиспускательного канала. Чем больше объем спермы, тем острее оргастические ощущения.

Оргазм у мужчин обычно сопряжен с эякуляцией, которая начинается с активного мышечного сокращения семявыносящих протоков и разделяется на 2 фазы – эмиссию и изгнание. *В фазе эмиссии* семявыносящие протоки, простата и семенные пузырьки начинают сокращаться, и семенная жидкость поступает в простатическую (заднюю) часть уретры (*pars prostatica urethrae*).

Поступление эякулята в эту часть уретры, действуя как стимулятор парасимпатической и соматической иннервации, вызывает вторую фазу – фазу изгнания (выбрасывания, извержения). Эмиссия – результат спинномозгового рефлекса, инициированного генитальными и/или церебральными эротическими стимулами. Значительный начальный волевой контроль эмиссии прогрессивно уменьшается по мере дос-

тижения эякуляторной неизбежности [57]. Фаза эмиссии осуществляется при посредничестве адренергической системы и реализуется благодаря норэпинефрину и другим местным нейротрансмиттерам – окситоцину (Maggi et al., 1987), эндотелину (Peri et al., 1997) и аденозин-5-трифосфату (АТФ) (Mulryan et al., 2000) по [5; 7].

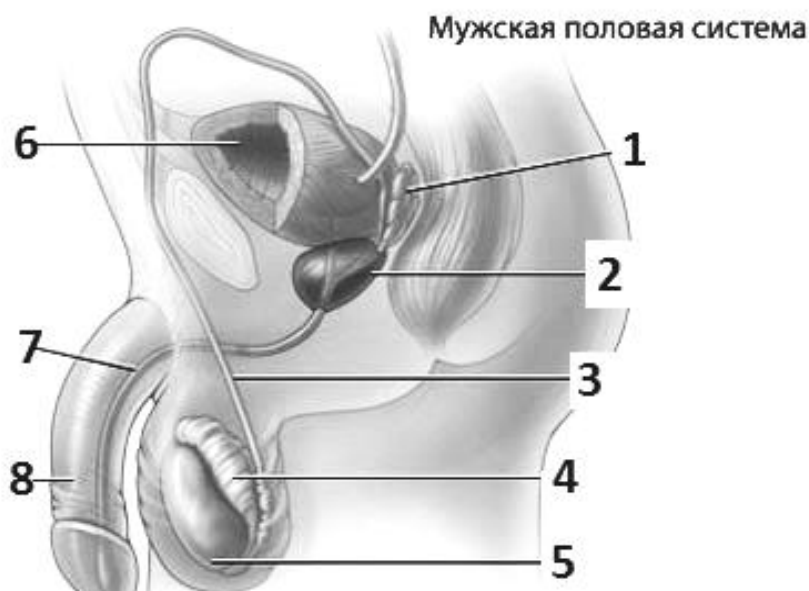


Рисунок 7. 1 – семенной пузырек, 2 – предстательная железа, 3 – семявыводящий проток, 4 – придаток яичка, 5 – яичко, 6 – мочевой пузырь, 7 – мочеиспускательный канал, 8 – мужской половой член

Изгнание семени из уретры происходит в результате серии ритмичных сокращений (продолжительностью 0,8 сек) ишиокавернозной, бульбоспонгиозной мышц в содружестве с другими мышцами промежности. После первых 3–4 сокращений промежутки между ними увеличиваются, а их интенсивность уменьшается [9]. В этой стадии также отмечается неустойчивое расслабление внешнего сфинктера уретры.

В двух исследованиях [по 30], проведенных в медицинской школе университета Миннесоты (at the University of Minnesota Medical School), материалы которых были опубликованы в начале 1980-х, измеряли интенсивность, частоту и продолжительность тазовых мышечных сокращений у мужчин и женщин в течение мастурбации. В основном никаких различий в этих сокращениях между мужчинами и женщи-

нами не было. Как показано на диаграмме, полученной при проведении одного из этих исследований, оргазм начинается как серия из 6–15 регулярных сокращений высокой интенсивности, происходящих приблизительно в течение 20–30 сек. Есть индивидуальные различия при отсутствии каких-либо половых в том, что происходит после этого ряда регулярных сокращений. Для некоторых мужчин и женщин эти регулярные сокращения – главный оргастический опыт. Эти оргазмы I типа являются наиболее частыми. Другие мужчины и женщины, однако, могут продолжить испытывать нерегулярные сокращения в течение следующих 30-90 сек. – так называемый II тип оргазмов. Смешение регулярных и нерегулярных сокращений имело место у относительно небольшого числа людей.

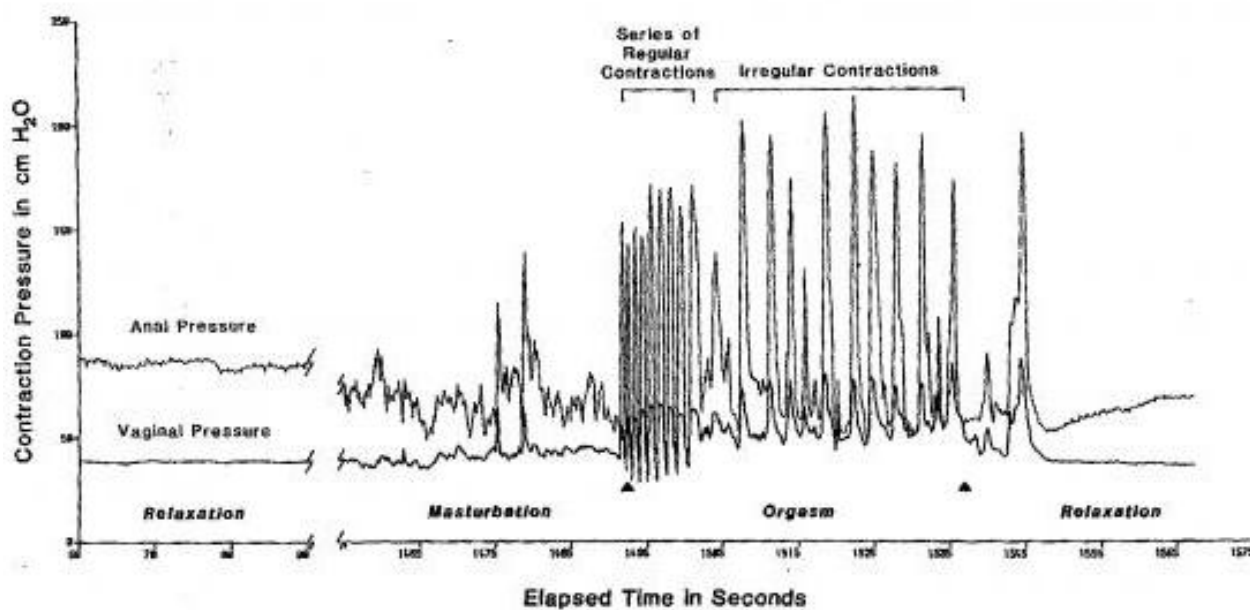


Рисунок 8. I и II тип оргазмов [по 30]

Важны два момента. Один состоит в том, что индивидуальные различия были достоверны: люди, у которых был I тип оргазма в одном случае, более вероятно будут иметь такой же тип оргазма в последующих случаях. Это в полной мере относится и к людям со II типом оргазма. Другой важный вывод заключается в том, что не было выявлено никаких половых различий, и те же самые типы индивидуальных различий имели место как у мужчин, так и у женщин. У некоторых женщин и мужчин отмечались оргазмы I типа, а у не-

которых II типа. Отмечается, что оргастический опыт практически идентичен у обоих полов [по 30].

Исследование, проведенное в Лондоне в 1969 г., также не обнаружило существенных половых различий в увеличении частоты сердечных сокращений, артериального давления и в усилении гипервентиляции во время оргазма. Более позднее исследование, проведенное в Стэнфорде в 1994 г., в котором были воспроизведены результаты, полученные в Миннесоте и Лондоне, помимо этого, выявило аналогичные уровни повышения окситоцина у мужчин и женщин во время оргазма. Окситоцин является гормоном, который вызывает чувство принадлежности и любви.

В фазе оргазма у обоих полов наблюдаются высокие уровни миотонии (мышечного напряжения) во всем теле. Миотония лицевых мышц, часто отмечающаяся в конце фазы плато или во время оргазма, проявляется гримасами или насупливанием бровей и может восприниматься партнером как недовольство или дискомфорт. На самом же деле это непроизвольная реакция, которая свидетельствует о высоком уровне сексуального возбуждения. В конце фазы плато или при оргазме могут также возникать спазмы мышц или судороги в руках или ногах. Когда же оргазм достигает наивысшей точки, то все тело на мгновение может стать ригидным [9].

Исследователи из Медицинского центра Университета Гронингена в Нидерландах (the University Medical Center of Groningen in the Netherlands) связывают ощущения, возникающие при оргазме, с мышечными сокращениями, которые происходят с частотой 8–13 Гц с центром в области таза и измеренной в анусе. Они утверждают, что такая частота специфична для оргазма [53].

Оргазм и структуры головного мозга

Изменения, происходящие в организме во время оргазма, охватывают головной мозг. Американский исследователь профессор-психолог Barri Komisaruk (Барри Комисарук), который работает на кафедре психологии университета Рутджерс в Нью-Джерси, с 1960 г. изучает феномен оргазма.

Сначала он ставил эксперименты на лабораторных крысах (проводилось вагинальное стимулирование крыс и фиксировалось его влияние на мозг), а в 1982 г. занялся исследованием женского оргазма. Тогда он столкнулся с протестами коллег, которые боялись, что это создаст их учреждению скандальную репутацию, однако ему удалось заручиться разрешением руководства. При использовании функциональных методов исследования головного мозга с помощью магнитно-резонансной томографии (МРТ) было заснято видео и наглядно показаны изменения, которые происходят при оргазме в головном мозге женщины. Это помогло понять, какие части головного мозга и в какой последовательности задействуются при этом. Оказалось, что в оргазме задействованы более восьмидесяти участков головного мозга, о чем свидетельствовал приток крови, а значит и поступление кислорода к ним. На заснятом видео концентрация кислорода отображается от темно-красного цвета (наименьший уровень кислорода, самая маленькая активность) до светло-желтого (самый высокий уровень, наивысшая активность). Как только наступал оргазм, почти 100% мозга «окрашивалось» в желтые и белые цвета, что означало активизацию почти всех систем. Активизация начиналась с участка мозга, связанного с гениталиями (сенсорная кора), и быстро распространялась на участки, связанные с памятью и эмоциями (лимбическая система). Сам же пик оргазма совпадает с пиком активности в гипоталамусе, высвобождающем окситоцин. Комисарук сообщает, что участвовать в его экспериментах нелегко: «аскетичная комната, узкая труба, в которой приходится лежать, присутствие ученых в белых халатах – все это ни капли не сексуально, если, конечно, не отвечает вашим особым вкусам. Вдобавок добровольцы должны лежать совершенно неподвижно, точно викторианские дамы, думавшие об Англии, поскольку малейшее движение может сорвать сканирование мозга». Чтобы облегчить процесс, Комисарук изготавливает фаллоимитаторы собственных моделей [3; 12; 13].

В. Р. Комисарук и соавт. [36] показали, что оргастический ответ активизирует у женщин следующие участки мозга: ост-

ровок (insula), лимбическую систему (медиальную миндалину [medial amygdala], гиппокамп [hippocampus], поясную кору [cingulate cortex], преоптическую область [preoptic area] и гипоталамус [hypothalamus]), прилежащее ядро (nucleus accumbens), базальные ганглии, особенно скорлупу (basal ganglia, especially putamen), верхнюю теменную кору (постцентральная борозда) [superior parietal cortex (postcentral sulcus)], дорсолатеральную префронтальную кору (dorsolateral prefrontal cortex), мозжечок (cerebellum), а также нижний мозговой ствол (центральное серое вещество [central gray], ретикулярную формацию среднего мозга [mesencephalic reticular formation] и ядро одиночного пути [nucleus tractus solitarius]).

Интересно отметить, что запись активности мозга во время непрерывной самостимуляции шейки матки в течение 8–12 мин позволила авторам выявить очередность активации этих различных областей головного мозга, вовлеченных в оргазм. Вначале активировались медиальное миндалевидное тело, базальные ганглии (особенно скорлупа) и островок, затем поясная кора, а во время оргазма прилежащее ядро, паравентрикулярное ядро гипоталамуса и гиппокамп [36].

Проводились и нейрофизиологические исследования головного мозга мужчин, направленные на изучение происходящих в нем изменений, связанных с оргазмом. Сканирование мозга, проведенное у здоровых гетеросексуальных мужчин, продемонстрировало его (головного мозга) значение для оргазма. J. Tiisonen и соавт. [52], применившие однофотонную эмиссионную компьютерную томографию, выявили связанное с эякуляцией снижение активности всех областей коры, за исключением значительного усиления активности правой префронтальной коры. Используя позитронно-эмиссионную томографию, G. Holstege и соавт. [32] выявили связанную с эякуляцией активацию в мезодиэнцефальной области (в том числе в вентральной области покрышки [the ventral tegmental area], вентральных задних [ventroposterior] и интраламинарных [intralaminar] ядрах таламуса), скорлупе, островке и мозжечке.

Наблюдалась активация в правой нижней лобной извилине (поле Бродмана* [ПБ] 47), теменной (ПБ 7 и 40) и нижневисочной (ПБ 20 и 21) коре. Увеличение активации также имело место в предклинии (the precuneus; ПБ 23/31). В левом полушарии усиление регионального мозгового кровотока (РМК) было выявлено только в небольшой части верхней лобной извилины (ПБ 6). В зрительной коре (ПБ 18) усиление РМК отмечалось билатерально. Было обнаружено значительное уменьшение активации в медиальной миндалине (medial amygdala) [32]. Следует подчеркнуть, что при проведении изучения вовлеченности в оргазм различных структур головного мозга мужчин необходимо проводить сравнение этой вовлеченности при оргазме с эякуляцией, а также при оргазме, возникающем без неё.

В конце 1990-х и середине 2000-х гг. группа ученых из университета Гронингена в Нидерландах провела ряд исследований для определения изменений активности головного мозга мужчин и женщин во время сексуальной стимуляции. С этой целью сканировали различные области мозга во время отдыха, при сексуальной стимуляции и во время оргазма [15]. В результате этих исследований удалось установить, что при сексуальной активности между мужским и женским мозгом наблюдается не так много отличий. Как у мужчин, так и у женщин часть мозга, расположенная в области левого глаза и называемая боковой орбитофронтальной корой, «выключается» во время оргазма. «Это область отвечает за разум и поведенческий контроль, однако, когда вы испытываете оргазм, она на несколько мгновений перестает работать», – говорит нидерландский нейропсихолог Джаннико Георгиадис (Janniko Georgiadis). По его мнению, эта кора обеспечивает сексуальный контроль. Поэтому, возможно, только тогда, когда человек «отпускает поводья», ему удастся достичь оргазма. В подобной дезактивации ученый видит проявление «измененного сознания». «Во время оргазма люди нередко говорят о потере контро-

* Поля Бродмана – отделы коры больших полушарий головного мозга, отличающиеся по своей цитоархитектонике [строению на клеточном уровне].

ля. Это и есть особое состояние сознания. Возможно, оргазм нейтрализует систему, которая обычно доминирует над вниманием и поведением... Вероятно, именно при контакте с партнером потерять контроль легче, а контроль ощущений не столь необходим для оргазма» – говорит Георгиадис [2].

Доктор Герт Холстедж (Gert Holstege) отметил, что мозг во время оргазма выглядит так же, как мозг человека, принимающего героин [по 15]. Однако некоторые отличия между мужским и женским мозгом все же существуют. Когда женщина занимается сексом, в ее мозгу активизируется периаквадуктальное серое вещество, которое управляет адреналиновой реакцией. Снижение же активности отмечается в мозжечковой миндалине и гиппокампе, которые ответственны за чувство страха и тревоги. Герт Холстедж предположил, что целесообразность существования данных различий состоит в том, что женщине гораздо важнее чувствовать себя в безопасности и расслабленной для того, чтобы получить наслаждение от секса [15].

Исследования также свидетельствуют о том, что когда женщины имитируют оргазм, обманывая своих партнеров, их мозг «показывает» правду. Когда таких женщин спрашивали об имитации оргазма, то у них резко возрастала мозговая активность в области мозжечка и других областях, относящихся к управлению движениями. Однако сканирование мозга во время настоящего оргазма этого не выявило [15].

Оргазм и нейромедиаторы головного мозга

В. R. Komisaruk и соавт. [34] отмечают, что многочисленные свидетельства указывает на допамин как ключевой нейромедиатор (нейротрансмиттер), участвующий в стимулировании оргазма человека. Таким образом, введение предшественника допамина L-допа, дофаминергических агонистов (например, апоморфина), стимуляторов выброса допамина (например, амфетамина) или ингибиторов обратного захвата дофамина (например, кокаина или бупропиона) облегчает экспрессию оргазма у мужчин и женщин. С другой стороны, введение антипсихотических средств оказывает негативное влияние на оргазм, блокируя постсинаптические рецепторы

допамина [по 35]. Синтезирующие допамин нейроны, которые берут начало в нижней части ствола мозга (в частности, в вентральной области покрышки), активируются во время эякуляции у мужчин, как было показано при позитронно-эмиссионной компьютерной томографии (ПЭТ) [32]. Основной проекцией конечных пунктов аксонов дофаминовых нейронов является прилежащее ядро (*nucleus accumbens*) переднего мозга. Это ядро активируется во время оргазма у женщин, как это было показано при функциональной магнитно-резонансной томографии (фМРТ) [36].

В. R. Komisaruk и соавт. [34], обобщая приведенные ими данные, сообщают, что активация дофаминергической системы мозга, очевидно, участвует в возникновении оргазма у мужчин и женщин, о чем свидетельствуют фармакологическая функциональная визуализация мозга и нейроанатомические исследования. Это, в частности, подтверждают клинические наблюдения, где речь шла о гиперсексуальности, возникшей у больных паркинсонизмом, получавших лекарства, являющиеся предшественниками допамина [23]. Внутривенное введение кокаина, который быстро увеличивает высвобождение допамина на его нейронных терминалах в переднем мозге, может индуцировать чувство, подобное таковому при генитальном оргазме [41].

Доказательством, что допаминергическая система активируется в течение сексуального возбуждения и оргазма, также служат результаты исследования В. R. Komisaruk и соавт. [34]. Использование фМРТ показало, что прилежащая к ядрам область, которая получает сигналы от допаминсодержащих аксонов нейронов, которые находятся в вентральном среднем мозге, активируется во время оргазма у женщин [36]. В соответствии с этими данными, G. Holstege и соавт. [32], используя ПЭТ, обнаружили, что область вентрального среднего мозга, из которой происходят допаминергические нейроны, активируется у мужчин в течение оргазма. А. Aron и соавт. [17] при fMRI исследованиях выявили, что у мужчин и женщин, которые были сильно влюблены, при рассматривании фотографий своих возлюбленных отмечалась активация в этой вентральной области среднего мозга

(this ventral midbrain area) и хвостатом ядре (the caudate nucleus), к которым допамин-содержащие нейроны также доставляют допамин.

Другая структура мозга, которая активируется во время оргазма у женщин, – паравентрикулярное ядро гипоталамуса (the paraventricular nucleus) [35]. Нейроны этого ядра выделяют окситоцин*, который поступает в кровь из задней доли гипофиза в пиковых количествах во время оргазма у мужчин и женщин [27]. Эти нейроны активируются в ответ на влагалищно-шеечную стимуляцию, которая происходит во время вагинального полового акта и родов, а также стимуляцию груди и сосков во время сосания. Окситоцин, высвобождаемый сенсорной стимуляцией, которая происходит в этих двух различных областях тела, распространяется посредством кровотока к матке и молочным железам. В матке окситоцин стимулирует сокращение гладких мышц, увеличивая силу сокращений матки. В молочных железах окситоцин стимулирует сокращение гладкой мускулатуры миоэпителиальных клеток, которые окружают альвеолы, продуцирующие молоко, тем самым принудительно извлекая его [35]. Тот факт, что в нейронах паравентрикулярного ядра происходит конвергенция (суммирование) сенсорной активности, обусловленной стимуляцией влагалищно-шеечной области и грудного соска, помогает объяснить возможности стимуляции каждого из этих локусов для получения оргазма и, вероятно, способность стимуляции груди модулировать приятные перцептивные эффекты вагинально-шеечной стимуляции.

В. R. Komisaruk et al. [34] обсуждают проблему тормозящего влияния серотонина на оргазм. В связи с этим они отмечают, что антидепрессивные препараты (например, селективные ингибиторы обратного захвата серотонина [СИОЗС], которые увеличивают накопление серотонина в синапсах, блокируя его обратный захват в нейронных терминалах, из которых он был высвобожден, как правило, ве-

* Окситоцин – гормон, который в головном мозге работает как нейромедиатор.

дут к аноргазмии. Ингибирование (торможение) оргазма опосредуется взаимодействием серотонина (5-гидрокси-триптамина, 5-НТ) с 5-НТ2-рецепторами [31]. Исключение составляет нефазодон (nefazodone), который, в отличие от других СИОЗС, не препятствует оргазму. В дополнение к блокированию обратного захвата серотонина, он также блокирует 5-НТ2-рецепторы и тем самым предотвращает ингибирование оргазма серотином [50]. Такие вещества, как ципрогептадин (ciproheptadine), которые блокируют действие серотонина, практически сразу противодействуют тормозящему влиянию антидепрессантов на оргазм. Анксиолитик буспирон (buspirone), который уменьшает высвобождение серотонина в синапсе, облегчает наступление оргазма, что дополнительно поддерживает концепцию его серотониновой ингибиции.

Участие супраспинальных областей и спинного мозга в оргазме

Отмечается, что контроль уrogenитального рефлекса (the urethro-genital reflex), спинального сексуального рефлекса (a spinal sexual reflex), в котором задействована вегетативная и соматическая иннервация, а также сокращения влагалища, матки и анального сфинктера, модулируется тормозным и возбуждающим влиянием супраспинальных областей [38; 40; 48; 49]. В связи с этим следует сообщить, что супраспинальные области, которые задействуются при оргазме у женщин, в основном локализованы в парагигантоклеточном ядре (the nucleus paragigantocellularis) и лимбической системе (гипоталамусе и его паравентрикулярном ядре [paraventricular nucleus], медиальной преоптической зоне [the medial preoptic area], прилежащем ядре [nucleus accumbens], миндалевидном теле [amygdala], гиппокампе [hippocampus] и т. д.) [38]. В частности отмечается, что половые рефлексы находятся под тоническим тормозным контролем со стороны нейронов, исходящих из парагигантоклеточного ядра и заканчивающихся в пояснично-крестцовых нейронах спинного мозга, которые иннервируют тазовые органы [22].

У мужчин и женщин отмечается большая вовлеченность в оргазм соматических и вегетативных нейронов поясничного и крестцового отделов спинного мозга. Так, у мужчин, у которых оргазм в большинстве случаев связан с эякуляцией, анатомо-функциональным центром, запускающим эякуляторный рефлекс, является совокупность вегетативных нейронов боковых рогов и моторных нейронов передних рогов спинного мозга, объединенных одной функциональной задачей и называемых спинальным центром эякуляции. Симпатические нейроны контролируют фазу эмиссии эякуляторного рефлекса, а фаза изгнания осуществляется соматическими и вегетативными (парасимпатическими) моторными нейронами. Фаза эмиссии совершается произвольно под действием симпатических импульсов, следующих из сегментов Th₁₂–L₄ [42; 45; 46].

Фаза изгнания совершается более энергично, так как в ней к влиянию парасимпатических импульсов, следующих из сегментов S₂–S₄ и воздействующих на гладкую мускулатуру семенных пузырьков и предстательной железы, присоединяются импульсы, приводящие к мощным сокращениям поперечнополосатой мускулатуры, начинающимся с *m. constrictor urethrae*, *mm. bulbocavernosi* и *mm. ischiocavernosi*, в которые вовлекается вся произвольная и произвольная мускулатура тазового дна. По данным R. Kafemann (1914), действие аппарата эякуляции у отдельных лиц достигает такой силы, что семенная жидкость извергается на расстояние более метра [11].

Оргазм и гормоны

В. R. Komisaruk и соавт. [34] анализируют данные о влиянии гормонов на оргазм у мужчин и женщин. Они отмечают, что в отличие от действия нейромедиаторов, которые изменяют возбудимость нейронов практически сразу после их (нейромедиаторов) высвобождения в синапсах и тем самым генерируют оргазм, половые гормоны (эстрогены и андрогены) действуют с латенцией, обеспечивая облегчающий фон для оргазма. У мужчин дефицит половых стероидов (например, в результате старения или после хирургического

удаления яичек) может привести к аноргазмии и снижению либидо.

Роль половых гормонов у женщин не так ясна. Более ранние исследования свидетельствовали о том, что удаление обоих яичников редко приводило к отсутствию желания или аноргазмии. Однако недавние исследования выявили снижение сексуального влечения и удовольствия после овариэктомии [24]. Лечение эстрогеном (эстрадиол) не устраняет эти эффекты, потому что они, скорее всего, связаны с уменьшением в плазме крови уровня тестостерона в результате уменьшения секреции андрогенов, происходящей в яичниках. Лечение только тестостероном или в его сочетании с эстрадиолом восстанавливает сексуальный интерес и удовольствие (частота оргазма) у большинства этих женщин [21].

Андрогенотерапия (тестостерон) является стандартом лечения для мужчин с гипогонадизмом, жалующихся на аноргазмию [51]. В последнее время успешно используются трансдермальные пластыри с тестостероном или гели, которые медленно и стабильно высвобождают андрогены. Однако в то время как эффективность тестостерона для улучшения сексуального поведения у мужчин с гипогонадизмом неопровержима, использование тестостерона не увеличивает частоту и качество оргазмов у мужчин, у которых уровни андрогенов являются «нормальными» [43]. Гормоны не только стимулируют сексуальное желание и оргазм. Эти компоненты сексуальной реакции угнетаются пролактином – гормоном, вырабатываемым передней долей гипофиза, который выделяется во время оргазма у мужчин и женщин. У мужчин и женщин с гиперпролактинемией обычно имеет место аноргазмия и низкий уровень полового влечения [18].

В. R. Komisaruk и соавт. [34] указывают на существующее предположение, что некоторые антидепрессивные (серотонинергические) и нейролептические (антидофаминергические) препараты подавляют оргазм путем повышения секреции пролактина. Более того, некоторые свидетельства (по общему признанию неубедительные) наводят на мысль о роли пролактина, высвобождаемого во время оргазма, в

продуцировании рефрактерного периода, следующего за эякуляцией у мужчин. В одном случае мужчина, у которого во время эякуляции не высвобождался пролактин, имел три опыта вагинального полового акта с «эякуляторным оргазмом» без рефрактерных периодов [37].

Следует отметить, что часто говорят о равнозначности физиологических реакций, которые возникают при оргазме во время партнерского секса и при мастурбации. Однако, как свидетельствуют исследования, после полового акта уровень пролактина возрастает на 400% больше, чем после мастурбации. Из этого можно сделать вывод, что половой акт может быть в большей степени физиологически и психологически удовлетворяющим, чем мастурбация [25].

Большой интерес вызывает следующий момент. Уровень пролактина после полового акта увеличивается как у мужчин, так и у женщин. При этом увеличение уровня этого гормона связывают с наступлением рефрактерного периода у мужчин. Однако повышение уровня пролактина, которое держится у женщин в течение 60 мин, не сопряжено с наступлением у нее рефрактерного периода, во всяком случае после первого оргазма [40]. Поэтому предлагается гипотеза, что увеличение пролактина является просто ретроспективным показателем того, что оргазм действительно имел место [40].

Переживание оргазма

Исследование, направленное на сравнение описаний переживаний оргазмов у мужчин и женщин, было проведено E. B. Vance и N. N. Wagner в 1976 г. Они попросили 48 студентов колледжа описать собственные оргазмы, а группа из 70 экспертов пыталась определить, какие описания были сделаны мужчинами, а какие женщинами. Экспертами были акушеры-гинекологи, психологи и студенты-медики. Перед тем как передать описания оргазмов экспертам, из них были удалены слова, прямо указывающие на половую принадлежность (например, такие как пенис и влагалище), чтобы преднамеренно скрыть пол авторов этих описаний. В результате оказалось, что эксперты были неспособны пра-

вильно определить пол человека, описывающего оргазм. Ни одной группе экспертов из трех названных не удалось это сделать лучше, чем другой. Эксперты мужского и женского пола были одинаково «успешны» в данном отношении. Эти данные позволяют предположить, что опыт переживания оргазма для мужчин и женщин практически совпадает [54].

Мастерс, В. Джонсон, Р. Колодни (W. Masters, V. Johnson, R. Kolodny) [9, с. 76], ссылаясь на данные других авторов [44], также отмечают, что специалисты неспособны безошибочно отличать описания своих оргазмов мужчинами и женщинами. Приводятся различные описания оргазмов, а перед этим отмечается, что когда человек узнает пол людей (М или Ж), давших приведенные ниже описания, у него может возникнуть удивление.

«1. Это напоминало взрыв, а затем мгновенно по всему телу до пальцев ног и до головы разлилось невероятное тепло и блаженство».

«2. Внезапно, когда напряжение достигло предела, мне показалось, что я парю в небесах, поднимаясь все выше и выше. Во мне все трепетало, кожа была прохладной, сердце сильно колотилось и перехватывало дыхание, но это было приятно».

«3. Лучше всего это можно выразить словом трепетание. Сначала возникает слабая вибрация, затем трепетание накатывает, волна за волной, и кажется, что время остановилось».

«4. Когда я кончаю, я как будто окунаюсь в море наслаждения или перехватываю на ходу кусочек пищи, насыщающий меня на мгновение, после чего можно начинать все вновь».

«5. Я ощущаю оргазм как пульсирующие вспышки энергии, возникающие в области таза, а затем охватывающие все тело. Иногда мне кажется, будто я нахожусь в свободном падении, а иногда все мое тело превращается в целый оркестр, исполняющий бравурное крещендо».

«6. Оргазм воспринимается как прыжок в воду, но только ощущение при этом во много раз сильнее. Сначала я чувствую, как мои мышцы напрягаются, затем – прыжок в про-

хладное озеро, после чего все тело расслабляется и трепещет».

«7. Приятное возбуждение – вот, по-моему, самое подходящее выражение, Я чувствую, будто меня накачали до предела, а затем вместо взрыва меня охватывает огромная волна счастья и пронзительного наслаждения».

«8. Порой оргазмы бывают невероятно бурными, кажется, будто под тобой разверзлась земля, а иногда это короткие пронзительные мгновения».

«9. Я чувствую себя пробкой, вылетевшей из бутылки с шампанским».

«10. Я ощущаю лавину тепла, разливающуюся толчками по всему телу – от пальцев ног до макушки головы. Затем все успокаивается и наступает розовый закат».

Примечание. 1 – М. 2 – Ж. 3 – М. 4 – Ж. 5 – Ж. 6 – М. 7 – Ж. 8 – М. 9 – Ж. 10 – М.

В заключение следует отметить, что новые исследования оргазма позволят узнать о новых фактах, касающихся его механизмов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Васильченко Г. С. Копулятивный цикл как единое целое // Общая сексопатология: Руководство для врачей / Под ред. Г. С. Васильченко. – М.: Медицина, 1977. – С. 148–168.
2. Во время оргазма включается особый тип сознания. 18 мая 2011 г. – URL: http://www.felicidad.ru/2011/05/blog-post_13.html (дата обращения: 04.08.2014).
3. Впервые. Мозг во время оргазма (видео). – URL: <http://drdobrov.com/novosti/652-vpervie-mozg-vremya-orgazma-video> (дата обращения: 03.08.2014).
4. Здравомыслов В. И., Анисимова З. Е., Либих С. С. Функциональная женская сексопатология. – Пермь: ТОО фирма «Репринт», 1994. – 272 с.

5. Кочарян Г. С. Расстройства эякуляции и их лечение. – Х.: Вид-во Віровець А. П. «Апостроф», 2012. – 328 с.
6. Кочарян Г. С. Физиология и психология оргазма: современные представления // Здоровье мужчины. – 2015. – №3 (54). – С. 16–24.
7. Кочарян Г. С. Физиология эякуляции: современные представления (обзор литературы) // Здоровье мужчины. – 2014. – №4 (51). – С. 18–20.
8. Крукс Р., Баур К. (Kruks R., Baur K.) Сексуальность. – СПб.: прайм–ЕВРОЗНАК, 2005. – 480 с.
9. Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р. (Masters W., Johnson V., Kolodny R.) Основы сексологии / Пер. с англ. – М.: Мир, 1998. – х. + 692 с.
10. Менкес Н. А., Мозгов А. А. Об экспериментальном изучении половых реакций у мужчин и женщин // Проблемы современной сексопатологии. – М., 1972. – С. 110–125.
11. Общая сексопатология. Руководство для врачей / Под ред. Г. С. Васильченко. – М.: Медицина, 1977. – 488 с.
12. Оргазмы полезнее для мозга, чем разгадывание кроссвордов и головоломок судоку. – URL: <http://koroffka.com/art/orgazmy-poleznee-dlya-mozga-chem-razgadyvanie-krossvordov-i-golovolomok-sudoku> (дата обращения: 07.08.2014).
13. Павиа Уилл. Забудьте о судоку – для головного мозга полезнее оргазм. 5 августа 2013 г. Ino Pressa. Press digest. 21 августа 2015 г. – URL: <http://www.inopressa.ru/article/05aug2013/times/science.html> (дата обращения: 23.08.2015).
14. Свядош А. М. Женская сексопатология. Издание пятое, перераб. и допол. – Кишинев: Штиинца, 1991. – 184 с.
15. Что происходит в мозге во время оргазма? – URL: <http://www.infoniac.ru/news/Chto-proishodit-v-mozge-vo-vremya-orgazma.html> (дата обращения: 04.08.2014).
16. A new view of women’s sexual problems by The Working Group on A New View of Women’s Sexual Problems // Electronic Journal of Human Sexuality. – 2000. – 3. – URL: <http://www.ejhs.org/volume3/newview.htm> (date of the reference: 23.08.2015).
17. Aron A., Fisher H., Mashek D. J., Strong G., Li H., Brown L. L. Reward, motivation, and emotion systems associated with early-

- stage intense romantic love // *Journal of Neurophysiology*. – 2005. – 94 (1). – P. 327–337.
18. Bancroft J. Hormones and human sexual behavior // *Journal of Sex and Marital Therapy*. – 1984. – 10 (1). – P. 3–21.
 19. Basson R., Althof S., Davis S., Fugl-Meyer K., Goldstein I., Leiblum S., Meston C., Rosen R., Wagner G. Summary of the recommendations on sexual dysfunctions in women // *J Sex Med*. – 2004. – 1 (1). – P. 24–34.
 20. Basson R. Female sexual response: the role of drugs in the management of sexual dysfunction // *Obstet Gynecol*. – 2001. – 98 (2). – P. 350–353.
 21. Bellerose S. B., Binik Y. M. Body image and sexuality in oophorectomized women // *Archives of Sexual Behavior*. – 1993. – 22 (5). – P. 435–459.
 22. Bianchi-Demicheli F., Ortigue S. Toward an understanding of the cerebral substrates of woman's orgasm // *Neuropsychologia*. – 2007. – 45 (12). – P. 2645–2659.
 23. Bowers M. B., Van Woert M., Davis L. Sexual behavior during L-dopa treatment for parkinsonism // *American Journal of Psychiatry*. – 1971. – 127 (12). – 1691–1693.
 24. Braunstein G. D., Sundwall D. A., Katz M., Shifren J. L., Buster J. E., Simon J. A., Bachman G., Aguirre O. A., Lucas J. D., Rodenberg C., Buch A., Watts N. B. Safety and efficacy of a testosterone patch for the treatment of hypoactive sexual desire disorder in surgically menopausal women // *Archives of Internal Medicine*. – 2005. – 165 (14). – P. 1582–1589.
 25. Brody S., Kruger T. H. The post-orgasmic prolactin increase following intercourse is greater than following masturbation and suggests greater satiety // *Biological Psychology*. – 2006. – 71 (3). – P. 312–315.
 26. Brown L. L. Reward, motivation, and emotion systems associated with early-stage intense romantic love // *Journal of Neurophysiology*. – 2005. – 94 (1). – P. 327–337.
 27. Carmichael M. S., Warburton V. L., Dixen J., Davidson J. M. Relationships among cardiovascular, muscular, and oxytocin responses during human sexual activity // *Arch Sex Behav*. – 1994. – 23 (1). – P. 59–79.

28. Cohen H., Rosen R. C., Goldstein L. Electroencephalographic laterality changes during human sexual orgasm // *Arch Sex Behav.* – 1976. – 5 (3). – P. 189–199.
29. Female Sexual Response. – URL: <http://www.arhp.org/publications-and-resources/clinical-fact-sheets/female-sexual-response> (date of the reference: 05.05.2015).
30. Fogel Alan. Male and Female Orgasm: Not So Different? The experience of orgasm for men and women is very similar. Published on April 16, 2010 in *Body Sense.* – URL: <http://www.psychologytoday.com/blog/body-sense/201004/male-and-female-orgasm-not-so-different> (date of the reference: 27.07.2014).
31. Haensel S. M., Rowland D. L., Slob A. K. Serotonergic drugs and masculine sexual behavior in laboratory rats and men // *The pharmacology of sexual function and dysfunction* (J. Bancroft, ed.). – 1995. – Amsterdam: Excerpta Medica.
32. Holstege G., Geopardis J. R., Paans A. M., Meiners L. C., van der Graaf F. H., Reinders A. A. Brain activation during human male ejaculation // *Journal of Neuroscience.* – 2003. – 23 (27). – P. 9185–9193.
33. Kaplan H. S. *Disorders of Sexual Desire and Other New Concepts and Techniques in Sex Therapy* (The New Sex Therapy, Vol. 2.) – NY: Brunner/Mazel Publications, 1979. – 237 p.
34. Komisaruk Barry R., Beyer Carlos, Whipple Beverly. Orgasm // *Archive.* – 2008. – Vol. 21, Part 2. – P. 100–103.
35. Komisaruk B. R., Beyer-Flores C., Whipple B. *The science of orgasm.* – Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2006. – 358 p.
36. Komisaruk B. R., Whipple B., Crawford A., Liu W. C., Kalnin A., Mosier K. Brain activation during vaginocervical self-stimulation and orgasm in women with complete spinal cord injury: fMRI evidence of mediation by the vagus nerves // *Brain Research.* – 2004. – 1024 (1–2). – P. 77–88.
37. Krüger T. H., Hartmann U., Schedlowski M. Prolactinergic and dopaminergic mechanisms underlying sexual arousal and orgasm in humans // *World Journal of Urology.* – 2005. – 23 (2). – P. 130–138.

38. Mah K., Binik Y. M. The nature of human orgasm: A critical review of major trends // *Clinical Psychology Review*. – 2001. – 21 (6). – P. 823–856.
39. Masters W. H., Johnson V. E. *Human sexual response*. Boston: Little Brown & Company, 1966. – 366 p.
40. Meston C. M., Hull E., Levin R. J., Sipski M. Women's orgasm // T. F. Lue, R. Basson, R. Rosen, F. Giuliano, S. Khoury, & F. Montorsi (Eds.). *Sexual medicine: Sexual dysfunctions in men and women*. – Paris: Health Publications, 2004. – P. 783–850.
41. Miller N. S., Gold M. S. The human sexual response and alcohol and drugs // *J Subst Abuse Treat*. – 1988. – 5 (3). – P. 171–177.
42. Munro D., Horne H. W. Jr., Paull D. P. The effect of injury to the spinal cord and cauda equina on the sexual potency of men // *New Eng. J. Med*. – 1948. – Vol. 239. – P. 903–911.
43. O'Connor D. B., Archer J., Woo F. C. Effects of testosterone on mood, aggression, and sexual behavior in young men // *J Clin Endocrinol Metab*. – 2004. – 89 (6). – P. 2837–2845.
44. Proctor F., Wagner N., Butler J. The differentiation of male and female orgasm: an experimental study // Wagner N. (Ed.) *Perspectives on human sexuality*. – New York: Behavioral publications, 1974.
45. Rose T. F. Sudeck's post-traumatic osteodystrophy of limbs // *Med. J. Aust*. – 1953. – 1 (6). – P. 185–188.
46. Semans J. H., Langworthy O. R. Observations on neurophysiology of sexual function in male cat // *J. Urol*. – 1938. – Vol. 40. – P. 836–840.
47. Sexual function in female sexual response. – URL: <http://www.arhp.org/publications-and-resources/clinical-fact-sheets/female-sexual-response> (date of the reference: 05.05.2015).
48. Sipski M. L., Arenas A. Female sexual function after spinal cord injury // *Progress in Brain Research*. – 2006. – 152. – P. 441–447.
49. Sipski M. L., Alexander C. J., Rosen R. C. Orgasm in women with spinal cord injuries: A laboratory-based assessment // *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. – 1995. – 76 (12). – P. 1097–1102.
50. Stahl S. M. *Essential psychopharmacology*. – Cambridge: Cambridge University Press, 1999.

51. Steidle C., Schwartz S., Jacoby K., Sebree T., Smith T., Bachand R.; North American AA2500 T Gel Study Group. AA2500 testosterone gel normalizes androgen levels in aging males with improvements in body composition and sexual function // *J Clin Endocrinol Metab.* – 2003 – 88 (6). – P. – 2673–2681.
52. Tiihonen J., Kuikka J., Kupila J., Partanen K., Vainio P., Airaksinen J., Eronen M., Hallikainen T., Paanila J., Kinnunen I., et al. Increase in cerebral blood flow of right prefrontal cortex in man during orgasm // *Neuroscience Letters.* – 1994. – 170 (2). – P. 241–243.
53. van Netten J. J., Georgiadis J. R., Nieuwenburg A., Kortekaas R. 8–13 Hz fluctuations in rectal pressure are an objective marker of clitorally-induced orgasm in women // *Arch Sex Behav.* – 2008. – 37 (2). – P. 279–285.
54. Vance E. B., Wagner N. N. Written descriptions of orgasm: a study of sex differences // *Arch Sex Behav.* – 1976. – 5 (1). – P. 87–98.
55. Walton B., Thorton T. Female sexual dysfunction // *Curr Wom Health Rep.* – 2003. – 3 (4). – P. 319–326.
56. Whipple B., Brash-McGreer K. Management of female sexual dysfunction // Sipski M. L., Alexander C. J. (Eds.). *Sexual function in people with disability and chronic illness. A Health Professional's Guide.* – Gaithersburg, MD: Aspen Publishers, Inc., 1997. – P. 509–534.
57. Yeates W. K. Chp.10-Ejaculatory disturbances // Pryor J. P., Lipschultz L. (Eds.). *Andrology.* – London: Butterworths, 1987. – P. 183–216.

ГЛАВА 2

ЭРОГЕННЫЕ ЗОНЫ

«Эрогенная зона (от греческого ἔρως [эрос, «любовь»] и английского – genous, производного от греческого – γενής – genes – «рожденный») является областью человеческого тела, имеющей повышенную чувствительность, стимуляция которой может генерировать сексуальную реакцию, такую как релаксация, возникновение сексуальных фантазий, сексуальное возбуждение и оргазм [24]. Особая, в данном случае повышенная, чувствительность тех или иных участков тела связана с тем, что в определенных зонах сосредоточено большее количество нервных окончаний, чем в других, т. е. речь идет о неравномерном их распределении. Однако дело не обстоит столь однозначно (см. ниже). Существуют и другие, более краткие определения эрогенных зон (ЭЗ). Так, Р. Крукс, К. Баур (Crooks R., Baur K.) [13] называют ЭЗ области человеческого тела, особенно чувствительные к сексуальной стимуляции.

Одновременная стимуляция нескольких ЭЗ может привести как к суммации возникающих эффектов, так и к подавлению при воздействии на одну зону возможности реакции на стимуляцию нескольких других ЭЗ (к их подавлению) [17]. Современные данные об эрогенных зонах, отраженные в этой главе, были ранее представлены нами в статьях специализированного журнала [10; 11].

Классификации эрогенных зон и некоторые понятия

Выделяют первичные или главные ЭЗ (primary erogenous zones) и вторичные/вспомогательные ЭЗ (secondary erogenous zones) [13]. **Главные ЭЗ** располагаются в гениталиях, ягодицах, анусе, промежности, груди (особенно в районе сосков), на внутренней поверхности бедер, подмышках, пупке, шее, ушах (особенно в мочках), в области рта (губы, язык и вся ротовая полость). **Вторичные ЭЗ** располагаются в других частях тела. Отмечается, что они становятся эрогенными по механизму обусловливания (научения), так как во время интимной близости на них оказывается воздействие,

создающее связь между сексуальным возбуждением и воздействием на эти зоны. Также сообщается, что ЭЗ расположены по всему телу человека [24].

ЭЗ могут быть специфическими и неспецифическими. **Специфические зоны** (specific zones) расположены в области губ, сосков грудных желез, половых органов, в частности в крайней плоти, короне головки полового члена (corona glandis), клиторе и в других частях вульвы, а также в перианальной коже. Эти зоны, кажется, характеризуются большой плотностью иннервации. **Неспецифические зоны** (nonspecific zones) находятся на боковой и задней поверхности шеи, внутренней части рук, в подмышечных впадинах (подмышках) и боковых сторонах грудной клетки [24].

Также следует говорить о **генитальных** и **негенитальных (экстрагенитальных) ЭЗ**.

Существуют такие понятия как эктопия и гетеротопия ЭЗ. **Эктопия** – это выключение зоны, полное отсутствие какой-либо реакции при воздействии на нее, а **гетеротопия** – перенос ЭЗ, возникновение ее там, где ее ранее не было [5].

Генитальные эрогенные зоны женщин

Вульва. Так называют наружные половые органы женщины, к которым, в частности, относят лобок, большие и малые половые губы, клитор и промежность (рис. 8).

1. Лобок (mons veneris). Здесь имеется множество нервных окончаний. Поэтому прикосновение и/или надавливание в этой области могут вызвать сексуальное возбуждение. Многие женщины, как отмечается, считают, что стимуляция лобка вызывает такие же приятные ощущения, как и непосредственное прикосновение к головке клитора [14].

2. Большие половые губы (labia majora) содержат большое количество нервных окончаний.

3. Малые половые губы (labia minora). Кожа, покрывающая малые половые губы, лишена волос, но содержит много нервных окончаний.

Из-за наличия в половых губах многочисленных нервных окончаний, которые относятся к сенсорным рецепторам,

они для большинства женщин – один из важных источников сексуального наслаждения.

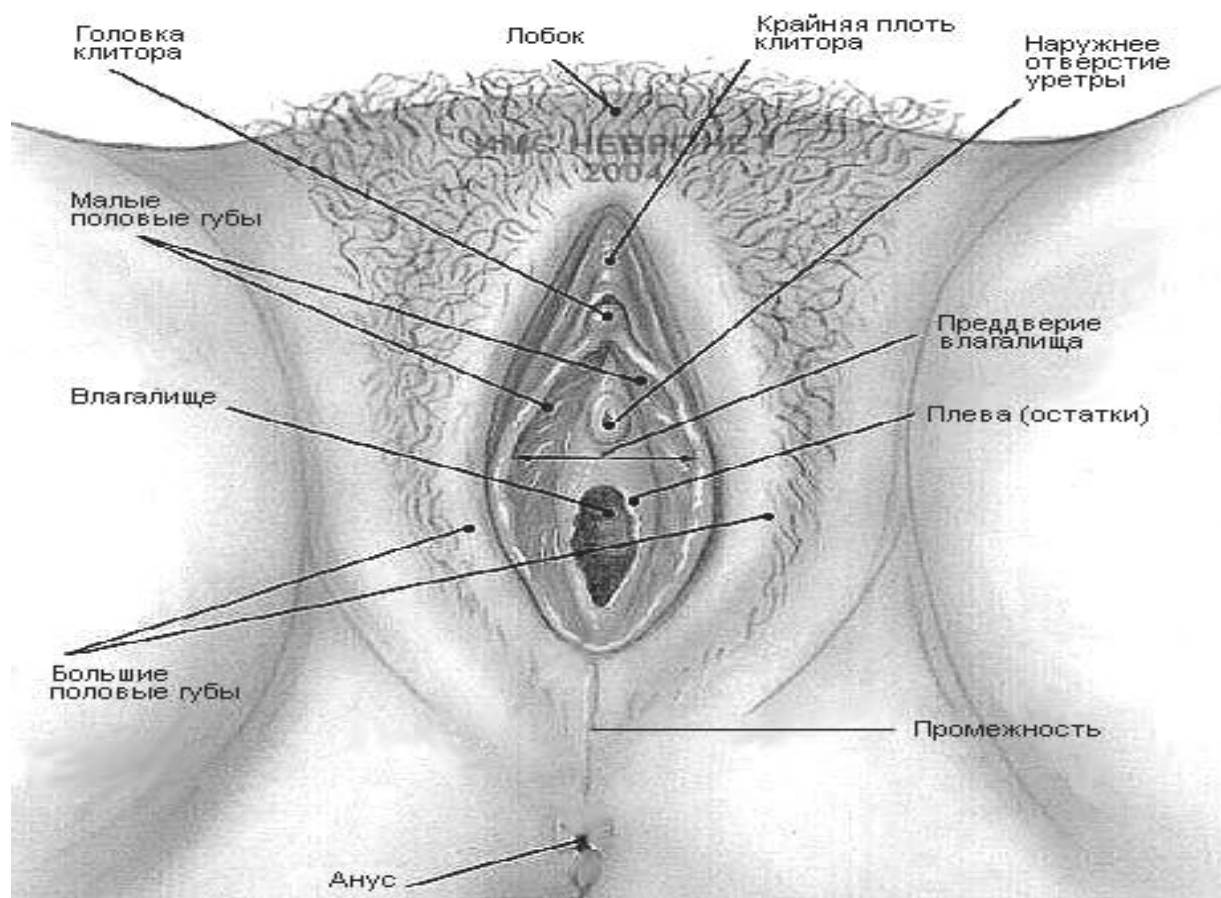


Рисунок 8. Вульва

4. Клитор. Головка клитора является высокочувствительной ЭЗ, которая восприимчива к прикосновению, надавливанию и температуре. Существует и внутренняя часть клитора, которая также является чувствительной и вовлекается при стимуляции влагалища. В настоящее время считается, что клитор в целом не уступает по своим размерам мужскому половому члену. Единственной его функцией является участие в генерировании сексуального возбуждения, что обусловлено наличием в нем огромного количества рецепторов. Одна наша пациентка сказала, что головка ее клитора настолько высокочувствительна к стимуляции, что это даже доставляет ей боль. Поэтому она пытается избегать такой стимуляции.

А. М. Свядош [17] отмечает, что эротическая чувствительность клитора высоко избирательна. Если одни женщи-

ны эротически реагируют на ритмичное давление, оказываемое на всю область клитора, то другие – только на медленные штриховые раздражения тела клитора, а третьи – на быстрое сильное ритмичное давление на тело или головку клитора с подтягиванием ее вверх или прижатием к лобковой кости. Некоторым женщинам требуется частая смена места стимуляции, так как определенный участок клитора через несколько десятков секунд становится невозбудимым. Однако высоко возбудимым становится близлежащий его участок. У многих женщин, продолжает автор, эротическая реакция при стимуляции клитора возникает лишь тогда, когда ей предшествуют общие ласки, повышающие сексуальную возбудимость.

У. Мастерс и соавт. [14] сообщают о существующем мнении, что обрезание клитора (хирургическое удаление его крайней плоти) якобы усиливает сексуальную реактивность женщины, так как это создает возможность непосредственной стимуляции клитора. Однако авторы считают, что это может помочь лишь в редких случаях, так как головка клитора часто слишком чувствительна к прямому прикосновению, а это иногда может вызвать раздражение или даже боль (крайняя плоть выполняет защитную функцию). Цитируемые авторы также сообщают о существующих рекомендациях некоторых сексологов о возможности повысить сексуальную реактивность женщин менее радикальным способом, чем обрезание: с помощью зонда ослабляют адгезию* между крайней плотью и головкой клитора или удаляют уплотнившуюся препуциальную смазку (смегму) [25]. Однако У. Мастерс и соавт. [14] отмечают, что в поле их зрения попало небольшое число случаев, где было необходимо такое вмешательство, и высказывают мнение об их скептическом отношении к широкому применению этой процедуры. В тех случаях, когда чувствительной является головка клитора, и

* Адгезия [от лат. adhaesio – прилипание] – возникновение связи между поверхностными слоями двух разнородных (твёрдых или жидких) тел, приведённых в соприкосновение.

воздействие на нее ведет к оргазму, а вагинальная стимуляция не приводит к такому результату, следует рекомендовать стимуляцию клитора рукой партнера совместно с совершением им внутривлагалищных фрикций, сочетание этих фрикций с воздействием на клитор самой женщиной, давление при половом акте на лобок сверху вниз для приближения головки клитора к половому члену, позу наездницы, позу, когда после введения члена во влагалище при разведенных ногах женщина при интравагинальном коитусе сводит несогнутые ноги.

С целью достижения оргазма, занимаясь сексом в миссионерской позиции, рекомендуют «технику коитального выравнивания». Согласно данным, представленным в *Journal of Sex and Marital Therapy* (Журнал сексуальной и семейной терапии), это помогает женщине достичь оргазма в 56% случаев, в то время как во время обычного коитуса в такой позе оргазма достигает не более 30% представительниц женского пола. При осуществлении этой техники сношение проводится в миссионерской позиции, но в данном случае речь идет об использовании определенной ее модификации, которая дает возможность максимальной стимуляции головки клитора во время полового акта. Суть данной техники состоит в следующем. После введения члена во влагалище мужчине предоставляется возможность сделать с десяток фрикций в позе «грудь к груди», а затем партнер, не вынимая член из влагалища, подтягивается на несколько сантиметров вверх – так, чтобы его подбородок находился на уровне лба партнерши. Это приведет к тому, что член мужчины будет в постоянном тесном контакте с головкой клитора. Затем партнер продолжает фрикции, а женщина, встречая движения его члена, синхронно подается тазом вверх, что создает возможность стимуляции головки клитора [по 18].

5. Промежность (P-зона). Это область между задней частью половых губ и анальным отверстием, которая нередко является чувствительной к прикосновению, надавливанию, температуре, что определяет ее как возможный источник полового возбуждения.

Внутренние половые органы

Влагалище. Окончания сенсорных нервных волокон в большей степени располагаются у его входа (речь идет о внешней трети влагалища). В остальных его участках их сравнительно мало. Поэтому более глубокая часть влагалища (примерно две его внутренние трети) относительно менее чувствительна к прикосновению или боли.

Вагинальную эротическую чувствительность исследовали в группе из 48 добровольцев путем пальцевой стимуляции обеих стенок влагалища. Было установлено, что у 45 женщин эротически чувствительной была зона, расположенная в большинстве случаев на верхней (передней) стенке влагалища. Из них 30 чел. (66,7%) или достигали оргазма, или просили остановить стимуляцию до его наступления. Это исследование поддерживает существующие данные, свидетельствующие о том, что влагалище большинства женщин имеет зону (или зоны) эротической чувствительности, стимуляция которой (которых) может привести к оргазму [21].

1. Зона G. На передней стенке влагалища находится зона G, которую часто ошибочно называют точкой G. Стимуляция этой зоны может приводить к оргазму, сопровождающемуся так называемой женской эякуляцией, которая может наступать и непосредственно перед оргазмом. История открытия этой зоны следующая. В 1950 г. Эрнст Графенберг написал статью, которая послужила первым отчетом о наличии очень чувствительного участка (пятна) на передней стенке влагалища. Этот немецкий гинеколог родился 26 сентября 1881 года в г. Аделебсене близ Геттингена (Германия). В 1940 г. он эмигрировал в Америку, где и умер в 1957 г. В 1950 г. в международном сексологическом журнале (The International Journal of Sexology) им была опубликована статья объемом в четыре страницы о роли уретры в женском оргазме. Для развития современной сексологии опубликование этой работы имело весьма неожиданные последствия. Так как этот журнал издавался только в Бомбее, доступ к данной публикации оказался весьма ограниченным, и о ее существовании научный мир не подозревал еще тридцать лет. С ори-

гиналом статьи ознакомились лишь немногие. Это привело к фатальному недоразумению, которое заключается в следующем. Графенберг писал: «Эротическую зону всегда можно было обнаружить на передней стенке влагалища вдоль уретры... Женщины, тестируемые таким способом, всегда определяли момент, когда палец соскальзывал с уретры, по снижению своего полового возбуждения. Во время оргазма эта область выпячивалась навстречу пальцу подобно маленькой грыже мочевого пузыря, высовывающейся во влагалищный канал» [26].

Следовательно, Графенберг описывает как высокоэрогенную зону весь участок передней стенки влагалища, вдоль которого расположена уретра. Далее он сообщает: *«Особо возбудимая часть находится в области задней уретры, где последняя выходит из шейки мочевого пузыря»*. Именно эту часть влагалища Джон Перри и Беверли Виппл (B. Whipple, J. D. Perry) впоследствии в честь автора назвали пятном Графенберга. Они в соавторстве с А. К. Ladas издали книгу, которая стала международным бестселлером. Ключевой частью ее названия было «G-Spot» («пятно G») [31].

Карл Штіфтер [19] отмечает, что при характеристике зоны G нередко можно встретиться с недооценкой ее величины, что сужает эрогенную область со всего участка стенки влагалища, граничащего с уретрой, до пятна или даже точки. Поиск этого пятна, описанного как *«кнопка удовольствия размером с горошину»* или с использованием других подобных выражений, миллионами пар часто оказывался безрезультатным. Причина этого в следующем. Утверждалось, что оно расположено на расстоянии 2 дюймов (5,08 см) от входа во влагалище [31, однако это противоречит данным Графенберга, так как длина уретры составляет лишь примерно 4 см, и располагается она от шейки мочевого пузыря до выходного отверстия. Таким образом, с точки зрения анатомии искомое «пятно» может быть расположено во влагалище в том же диапазоне глубины. Согласно же приведенным выше указаниям [31], оно находится за пределами проекции предстательной железы женщин.

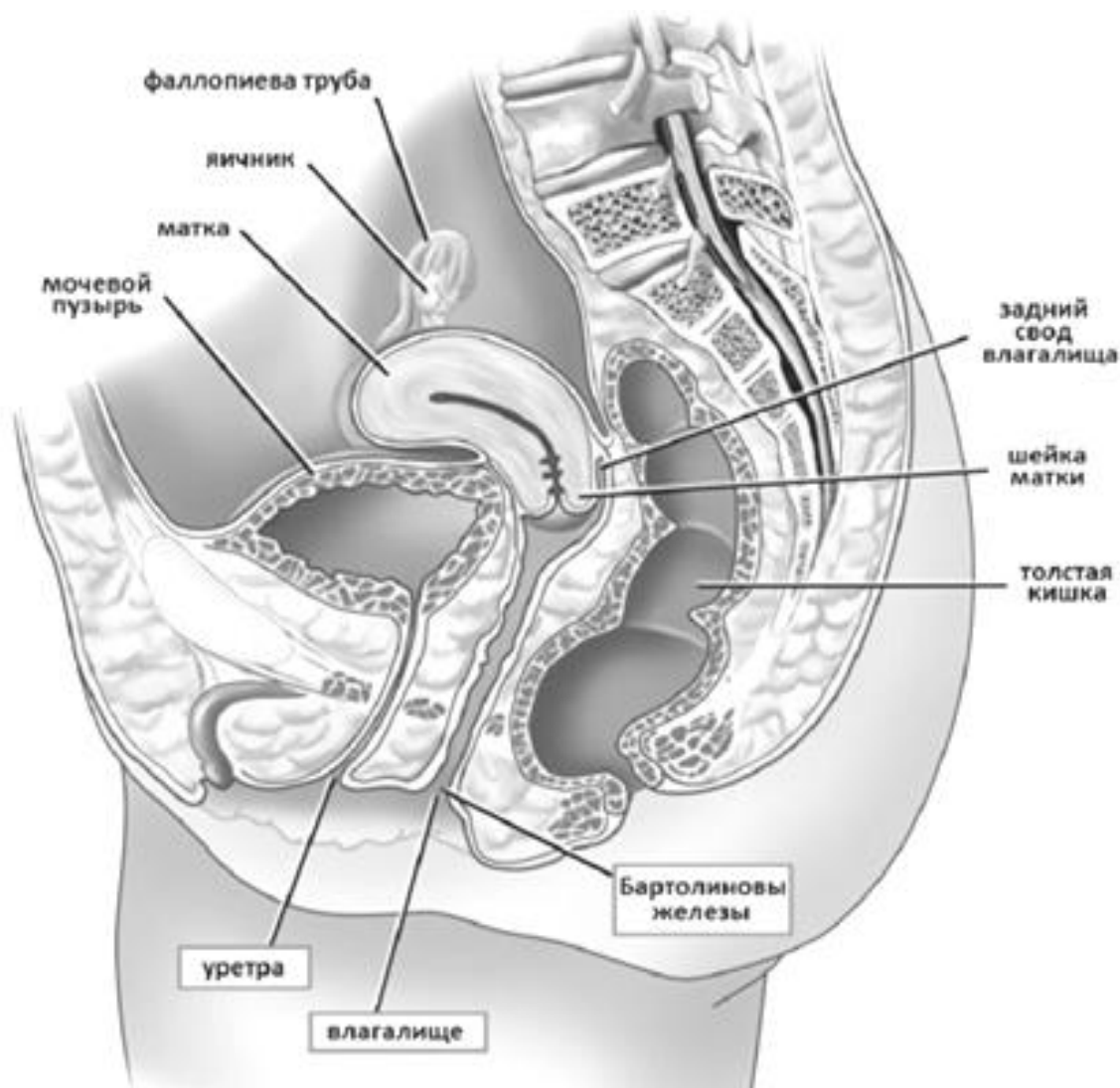


Рисунок 9. Внутренние женские половые органы (вид сбоку)

Необходимо помнить о том, что зона G – это не анатомический орган в истинном смысле этого слова, а область передней стенки влагалища, за которой вдоль уретры расположена так называемая женская предстательная железа (железы Скина, малые вестибулярные или парауретральными железами). При надавливании она разбухает, а при умелом поглаживании становится источником сексуального возбуждения. Следует отметить, что средний вес женской простаты взрослой женщины равен приблизительно 5 грамм, что составляет от одной пятой до одной четвертой веса простаты взрослого мужчины. Средние размеры женской простаты таковы: длина – 3 см, ширина – 2 см, высота – 1 см [19].

2. Пятно U (U spot) было описано как небольшой участок чувствительной эректильной ткани, расположенной чуть выше и по обе стороны от отверстия мочеиспускательного канала женщины. Оно может также включать ткань, формирующую отверстие уретры. Сообщалось, что если этот регион нежно ласкать пальцем, языком или кончиком полового члена, это может привести к особенно сильному эротическому ответу. Возможное эротическое вовлечение пятна U было описано в книге Десмонда Морриса (Desmond Morris) *The Naked Woman: A Study of the Female Body* (Обнаженная женщина: изучение женского тела), опубликованной в 2004 году. В. R. Komisaruk и соавт. [29] отмечают, что, насколько им известно, не было большого исследования относительно роли пятна U в содействии оргазму или эротическим ощущениям. Название «U» (U-spot) произошло от слова уретра (лат. urethra). Зона, точка «U» – это эрогенное скопление нервных окончаний вокруг уретры. Эту точку можно стимулировать только пальцем, так как сложно подобрать позу, в которой бы пенис стимулировал эту область. Точка «U» очень нежное место и требуется нежное прикосновение, поглаживание или легкое надавливание. Твердая и резкая стимуляция может вызвать обратный эффект. Эта точка, как и другие, наиболее чувствительна, когда женщина возбуждена [31].

3. Пятно A (A spot) [the anterior fornix erogenous zone; AFE zone; эрогенная зона переднего свода] было описано в 1990-х гг. малазийским врачом Чуа Чи Энн (Chua Chee Ann). Это область чувствительной ткани на передней стенке влагалища, расположенная за зоной G, непосредственно перед шейкой матки [29].

Следует отметить, что передний свод, задний свод и боковой свод влагалища – самые глубокие его части. Это углубления (свод означает «арка»), созданные небольшим выступом шейки матки во влагалище. Исследования свидетельствуют о том, что давление на эту область стимулирует lubricацию. Воздействие на вагинальные своды у некоторых женщин может продуцировать оргазмические сокращения матки. Женщины могут улучшить свою естественную

любрикацию, стимулируя эту область [29]. Необходимо обратить внимание на тот факт, что, в отличие от клитора, эта зона не становится чрезмерно чувствительной сразу после оргазма, так что «при желании ее можно превратить в золотую жилу нескончаемых удовольствий!» [1].

А. М. Свядоц [17] сообщает, что у 24% женщин сильная эротическая реакция возникает при глубоком ритмичном давлении на задний свод влагалища. Он отмечает, что, хотя у большинства женщин более чувствительной является передняя стенка влагалища по сравнению с задней, встречаются, хотя и редко, женщины, резко реагирующие на глубокое ритмичное давление на заднюю стенку влагалища и мышцы промежности.

4. Зона «Back» (Back-spot). Это самая нижняя зона задней (нижней) стенки влагалища. Ее стимуляция возможна только когда мужчина находится сзади женщины или в другой позиции, когда пенис направляется именно в эту зону. Секрет стимуляции этой зоны прост – правильно подобранная позиция.

Шейка матки. Отношение к шейке матки как к возможной ЭЗ неоднозначно. Так, У. Мастерс и соавт. [14] отмечают, что в шейке матки нет поверхностных нервных окончаний, и поэтому прикосновение к ней почти не вызывает сексуальных ощущений. Более того, они сообщают, что хирургическое удаление шейки не снижает сексуальную реактивность женщины. Однако В. И. Здравомыслов и соавт. [5] сообщают, что шейка матки – одна из мощных ЭЗ. Ее раздражение во время полового акта у 151 женщины из 400 (37,7%) вызывало положительные эмоции, а у 101 (25,2%) – резкое возбуждение, которое часто завершалось оргазмом. О возможности наступления оргазма при стимуляции шейки матки также сообщают В. R. Komisaruk и соавт. [27; 28; 30].

В. И. Здравомыслов и соавт. [5, с. 98-99] приводят следующие рекомендации для случаев, когда чувствительной стимуляции является шейка матки: «При цервикальной (маточной) форме оргазма женщине необходимо раздражение пенисом шейки матки, а этого может не происходить по двум причинам: либо пенис не достигает шейки матки, либо по

той или иной причине проходит мимо, не задевая ее. Первое положение бывает при длинном влагалище и небольшой длине пениса. В таких случаях соответствующая позиция корригирует несоответствие. При обычной позиции лежа на спине женщина резко подтягивает ноги к животу, значительно укорачивая влагалище, или муж лежит на спине, а жена садится сверху на корточки (верхом). Нам довольно часто приходилось встречать женщин, могущих получать полный оргазм только в такой позе.

Второе положение зависит от неправильного положения матки. При различных видах ретродевиации матки ее шейка находится не в заднем своде, а смотрит вперед. Для того чтобы «поставить матку на место», можно опять-таки изменить позицию, применить гинекологический массаж и коленно-локтевую дыхательную гимнастику (по В. И. Здравомыслову)» (рис. 10).

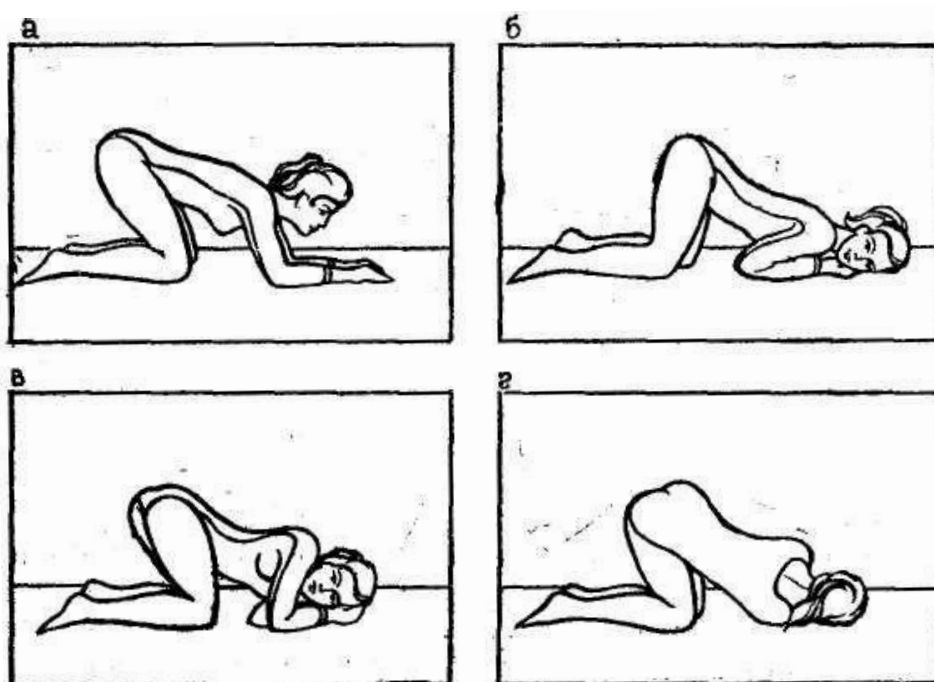


Рисунок 10. Коленно-локтевая гимнастика: а – глубокий вдох; б, в, г – полный выдох; в – для правосторонних девиаций; г – для левосторонних девиаций [5]

В данном случае лучше всего рекомендовать coitus a posterior, когда женщина лежит на животе или на боку. При таком положении пенис попадает не в задний свод, а в передний, как и при коленно-локтевой позиции женщины.

Внегенитальные эрогенные зоны женщины

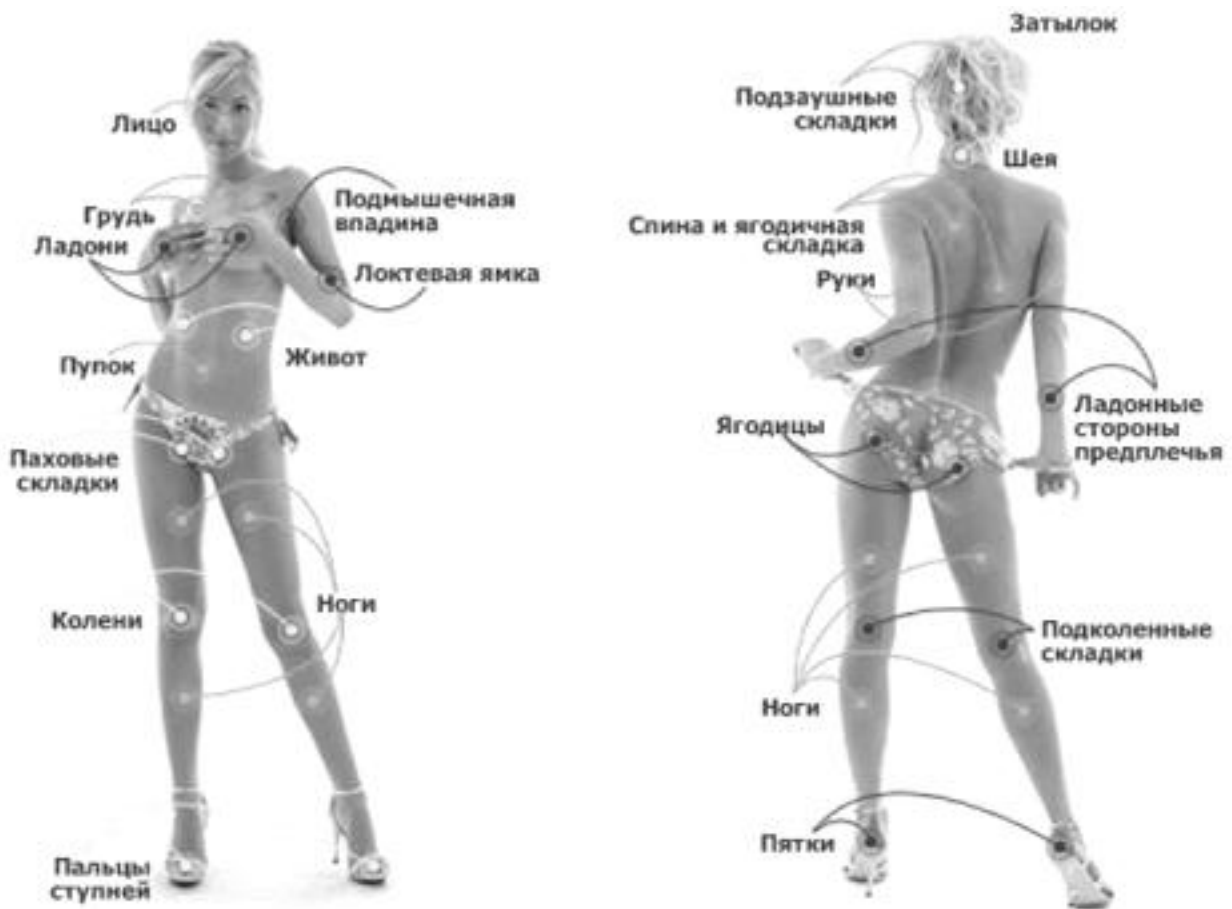


Рисунок 11. Внегенитальные эрогенные зоны женщины [по 16]

1. Молочные железы относятся к половой системе женщины. У одних женщин они малочувствительны к эротическим воздействиям (сжатие, ласки). Некоторым женщинам попытки ласкать их грудь могут быть не только безразличны, но и вызывать у них негативные реакции. Одна наша пациентка на вопрос об ее ЭЗ ответила: «Не грудь – это точно. Мне вообще не нравится, когда до нее дотрагиваются». У других же женщин чувствительность молочных желез может быть выражена больше. Есть и такие женщины, у которых воздействие на эту зону может оказывать сильное возбуждающее воздействие. А. М. Свядоц [19] сообщает, что стимуляция грудных желез лишь у 50% женщин может вызвать половое возбуждение, причем у некоторых даже привести к наступлению оргазма. У. Мастерс и соавт. [14] отмечают, что какая-либо зависимость между размером груди, женской

сексуальностью и способностью достигать оргазм отсутствует. Нервные окончания имеются в соске груди, что делает его чувствительным к прикосновению и температурному воздействию.

В. И. Здравомыслов и соавт. [5] сообщают, что при исследовании ЭЗ у 400 женщин в 288 случаях (72%) молочные железы оказались «положительными зонами». Однако они сообщают и о том, что существуют такие женщины, у которых «не только поцелуи сосков, но даже дотрагивания до молочных желез вызывали отвращение и другие отрицательные эмоции, вплоть до ярости. В некоторых случаях такая отрицательная реакция на раздражение сосков была как бы «условно-рефлекторной» у рожавших женщин, перенесших в процессе вскармливания ребенка мастит» [5, с. 45].

2. Волосистая часть головы. К. Милевич [15] отмечает, что речь идет не о самих волосах, а о коже головы, где они растут. Массаж волосистой части головы может довести некоторых женщин до экстаза. Автор сообщает, что знает одну девушку, которая чуть ли не испытывает оргазм в парикмахерской, когда ей моют волосы и делают массаж головы. Но при этом добавляет, что знает и другую девушку, которая никому не позволяет прикасаться к своей голове, говоря, что она это ненавидит. Впрочем, К. Милевич высказывает подозрение, что она лукавит, опасаясь, что просто не сможет себя контролировать, испытывая такое сильное удовольствие.

3. Шея. Считается, что нежная кожа на затылке, которая расположена чуть ниже линии роста волос, является одной из самых «горячих» ЭЗ. У некоторых женщин необычайной эрогенной чувствительностью обладает вся поверхность шеи [1].

4. Уши. Уши являются известной мощной ЭЗ, так как на ушных раковинах и мочках находится большое количество нервных чувствительных окончаний.

5. Рот. Губы и язык являются чувствительными, и их стимуляция может быть достигнута с помощью поцелуев и облизывания. В. И. Здравомыслов и соавт. [5] отмечают, что следовало бы ожидать, что рот в подавляющем проценте

случаев будет сильно возбуждать женщин, однако на деле оказалось, что возбуждающее действие в той или иной степени проявляется менее, чем в 50% случаев. 105 женщинам поцелуи были приятны, но не возбуждали. 73 пациентки были к ним совершенно равнодушны, а 25-ти женщинам поцелуи были неприятны. Резкое же возбуждение при поцелуях в губы испытывали только 80 женщин из 400 (20%). К нам за лечебной помощью обратилась женщина, которая воспитывалась и выросла в нашей культуре, однако никак не реагировала на поцелуи. Они как эротический акт вообще были ей непонятны.

6. «Кошачье место»* (место на спине между лопатками) является выраженной ЭЗ. Однако, как отмечают В. И. Здравомыслов и соавт. [5], не все женщины знают о ее существовании. 319 женщин из 400 обследованных никто не целовал в это место. У 40 пациенток воздействие на эту зону вызывало приятные ощущения, при этом у 7 – резкое возбуждение. Поцелуи мужа между лопатками были неприятны только двум из обследованных женщин.

7. Живот и пупок. Многие люди считают, что стимуляция (поцелуи, укусы, царапание, щекотание, ласки) в области живота является приятной, особенно когда она производится вблизи лобковой области. Это может привести к сильному возбуждению у женщин, в некоторых случаях даже более сильному, чем при стимуляции половых органов. Пупок является одной из многих ЭЗ, которые характеризуются повышенной чувствительностью [24].

8. Ягодицы. Отмечается, что «ягодицы равнодушны» к поцелуям и другим подобным оральным ласкам, но реагируют на несильные резкие сжатия мужскими руками. Некоторым женщинам нравится даже боль, которую можно причинить таким образом [4].

* Место на спине между лопатками называется «кошачьим местом» потому, что самцы семейства кошачьих [кошки, рыси, львы, тигры] во время полового акта крепко держат самку зубами за это место.

9. Анальная зона и прямая кишка. В. И. Здравомыслов и соавт. [5] отмечают, что прикосновение к заднему проходу вызывало положительные эмоции только у 98 женщин из 400, а у 11 из них возбуждение было настолько сильным, что иногда приводило к оргазму. В остальных случаях речь шла либо о равнодушном, либо об отрицательном отношении к раздражению ануса. У 126 женщин (31,5%) прикосновение к заднему проходу было крайне неприятно, а иногда и болезненно. В большинстве таких случаев речь шла о женщинах, у которых был геморрой. Иногда попытки мужа совершить ректальный коитус приводили к смене равнодушного отношения супруги к такого рода воздействию на отрицательное. В ряде случаев женщины не определились в своем отношении к данной стимуляции.

10. Копчик. Также является ЭЗ.

11. Руки. Кожа рук и особенно мягкая кожа внутренней части рук, включая вентральную часть локтевого сгиба, высокочувствительна к мануальной и оральной стимуляции [24].

12. Пальцы рук являются весьма чувствительными к эротической стимуляции.

13. Ноги. Кожа внутренней поверхности бедер (речь идет о верхней части ноги) является ЭЗ. Воздействие на заднюю часть ног и колени также может быть чувствительным.

14. Стопы и пальцы ног. Из-за концентрации нервных окончаний в подошве и пальцах стопы, ощущения, которые продуцируются сосанием и лизанием могут быть приятны некоторым людям. Эротическое воздействие может оказывать стимуляция подошвы стопы, особенно в нижней ее части [24]. Одна наша пациентка на вопрос об ее ЭЗ сообщила, что чувствительными у нее являются «именно подушечки пальцев, подошва, безумно люблю массаж ног – это на меня возбуждающе действует». При этом она отметила, что по эрогенности ее ноги находятся на третьем месте после ушей и шеи.

К. Милевич [15] выделяет следующие самые чувствительные экстрагенитальные ЭЗ женщины: уши, шею, волосы (кожу головы, на которой растут волосы), внутреннюю по-

верхность бедер, запястья, ступни, грудь, пупок, локтевой сгиб, ягодицы.

15. Редкие ЭЗ. Иногда речь может идти о необычных, редко встречающихся ЭЗ. Так, А. М. Свядош [17, с. 18] сообщает следующее:

«К нам обратилась молодая женщина Ц., 30 лет, с жалобой на необычные половые ощущения. Эрогенной зоной у нее является участок диаметром 4-5 см на внутренней поверхности правого коленного сустава. Давление на этот участок вызывает сильное половое возбуждение и через 20-30 секунд – наступление оргазма. Иногда оргазмы повторные – 3-4 подряд. При оргазме эротические ощущения начинаются в области правого колена, затем распространяются вверх на влагалище. Оргазм возникает, если Ц. сама активно нажимает на внутреннюю поверхность колена или давление возникает извне, Ц. же при этом пассивна (мышцы не напряжены). Левое колено эрогенной зоной не является (Ц. – правша). При стимуляции влагалище в эротическом отношении ареактивно, клитор – слабо реактивен. При половом акте независимо от его длительности оргазм возникает лишь в том случае, если оказывается давление на эрогенную зону правого колена. Ц. замужем 4 года, имеет ребенка 3 месяцев. По характеру спокойная, уравновешенная. Отношения с мужем хорошие. Эротические ощущения в области колена возникли впервые в дошкольном возрасте, когда с девочками играла в игру «Удержись на мяче» и коленками нажимала на мяч. В 16-летнем возрасте случайное давление на внутреннюю поверхность правого колена (встала коленом на кресло) вызвало оргазм вне какой-либо эротической ситуации».

Речь может идти и о необычном воздействии на собственное тело при своеобразно осуществляемой мастурбации, когда оргазм возникает лишь при напряжении мышц бедер и тазового дна – миокомпрессионный оргазм по А. М. Свядошу (1974). У некоторых из этих женщин воздействие на клитор и влагалище не вызывает эротических ощущений, эти ощущения не возникают и при глубоком давлении на окружающие ткани со стороны влагалища [17].

Одна наша 28-летняя пациентка не испытывала оргазм при половых актах ни с одним из двух своих мужей (в настоящее время не замужем). Неоднократные ее попытки пережить его при интимных контактах с другими мужчинами также не увенчались успехом. Вместе с тем способна испытать до 30 и более оргазмов после того, как в течение некоторого времени сжимает мышцы бедер, положив одно бедро на другое. Оказалось, что таким образом эта женщина впервые испытала оргазм в 8 лет и до сих пор систематически прибегает к данной форме сексуального самоудовлетворения [7–9].

К оргазму может привести воздействие на зоны, стимуляция которых в подавляющем числе случаев к этому привести неспособна. Так, У. Мастерс и соавт. [14] сообщают, что одну женщину можно было довести до оргазма просто потирая ей поясницу [32]. Однако отмечается, что вероятность встретить женщину, способную испытать оргазм от одного лишь поглаживания спины, составляет не более 1 на 1000000.

Эрогенные зоны мужчины

1. Мужской половой член. Головка члена (glans penis) более чувствительна к механической стимуляции, чем его тело, так как содержит большее количество нервных окончаний. Также высокочувствительными к прикосновению являются край ткани, отделяющей головку от тела члена, – венец головки (corona glandis) и небольшой треугольный участок на нижней стороне члена, где к его головке прикрепляется маленькая полоска ткани – уздечка (frenulum) [14]. С. J. Cold, J. R. Taylor [22] заявили, что крайняя плоть является первичной ЭЗ, однако М. С. Alanis и R. S. Lucidi [20] считают это умозрительным и недоказанным.

2. Мошонка и яички. У. Мастерс и соавт. [14] отмечают, что яички очень чувствительны к давлению или прикосновению. По мнению некоторых мужчин, легкое поглаживание мошонки или нежное сжатие яичек во время сексуальной активности возбуждает, однако, как сообщают многие другие мужчины, такие воздействия им неприятны.

3. Молочные железы. Соски и ареолы молочных желез у мужчины, по-видимому, менее чувствительны к прикосновению и давлению, чем у взрослой женщины [33]. Однако у некоторых мужчин поглаживание или сосание их молочных желез вызывает сексуальное возбуждение. Вместе с тем есть мужчины, которые не испытывают при этом эротического наслаждения.

4. Другие ЭЗ. Среди ЭЗ мужчины также называют кожу промежности и кожу вокруг ануса [34], предстательную железу, которая стимулируется при анальном сексе или при давлении на основание промежности у заднего прохода [24]. Мужчины, которые сообщают об ощущениях, возникающих при стимуляции простаты и семенных пузырьков, часто описывают их как подобные тем, которые возникают у женщин при стимуляции зоны Графенберга. Следует отметить, что практически все экстрагенитальные зоны, описанные у женщин, могут иметь место и у мужчин.

К оргазму у мужчины очень редко может привести воздействие на зоны, стимуляция которых в подавляющем числе случаев к этому не приводит. М. В. Екимов [2] приводит следующий экзотический случай, демонстрирующий такую возможность. Речь идет о мужчине с низким порогом возбуждения, который впервые испытал оргазм при дневной неадекватной поллюции. В 11 лет, купаясь, он зашел в холодную воду по колено. При этом у него наступил оргазм. Затем, стремясь к его достижению, он сначала напускал в ванную холодную воду, а затем просто орошал ноги ниже колен холодной водой душа, чем и достигал своей цели. В свои 30 лет он таким образом был способен испытать до 3 таких оргазмов в течение 20 мин. При этом во время полового акта оргазм у него не наступает. Анализируя данное наблюдение, автор отмечает, что у данного пациента сформировалась внегенитальная ЭЗ, неадекватная как по топике (ноги ниже колен), так и по виду стимуляции (не тактильные, а холодовые стимулы).

Характер воздействия на эрогенные зоны

Выделяют следующие варианты воздействий на ЭЗ: поцелуи, облизывание, прикосновения, почесывания (касание тела при помощи ногтей руки или ноги), пощипывания (местное сдавливание участков кожи при помощи пальцев), поглаживания (поглаживание любой части тела любой частью тела), пошлепывания (легкие удары кистью или ладонью по различным участкам кожи), сдавливания, вибрацию (тремольное раздражение участков кожи партнера; вибрация применима лишь в области промежности и гениталий, именно там ЭЗ наиболее чувствительны и вомприимчивы к таким ласкам), покусывания, дуновение, нагревание (обычно с помощью тугих струй горячей воды в душе), охлаждение (кусочек льда проводят между лопатками, что может доставить большое удовольствие), экстрим-воздействия (порка, огонь и др.) [16].

Новейшие исследования эрогенных зон

О. Н. Turnbull (О. Торнболл) и соавт. [36] провели специальное исследование ЭЗ у 800 чел., проживающих на Британских островах (British Isles) и к югу от Сахары (Sub-Saharan Africa). В разработку были включены 793 анкеты. Исключение участников из выборки проводилось в тех случаях, если они не заполнили все пункты анкеты, в частности, не сообщили о своем возрасте (четыре участника), не предоставили демографическую информацию (два участника) или одновременно привели оценку о чувствительности как мужских, так и женских гениталий (три участника). Участие в исследовании было открыто для лиц независимо от пола, возраста (с нижней возрастной границей 19 лет), расы и сексуальной ориентации. Участники исследования были рекрутированы посредством портала сайтов университета Витватерсранда [Южная Африка] (the University of the Witwatersrand [South Africa]) и Бангор университета [Великобритания] (Bangor University [United Kingdom]). Участники из других мест также обращались к публичному сайту, который рекламировался через социальные сети. IP-адреса не были записаны.

Окончательный выборка состояла из 304 мужчин и 489 женщин. Средний возраст участников был 24,7 лет. Боль-

Большинство участников было из Британских островов (33,2%) или из Африки южнее Сахары (53,6%). Представители других 33 стран были представлены меньше, чем 4,0% каждая. Большинство участников сообщили, что они «белые» (white) (82,3%) или «черные» (black) (9,6%). Другие этнические группы (ethnicities) были представлены на уровне 2,5% или ниже. О своей сексуальной ориентации сообщили 94,7% участников, которые сами классифицировали себя как гетеросексуалы (84%), гомосексуалы (4,8%) и бисексуалы (5,9%).

Была изучена эрогенная чувствительность 41 части тела. В перечень исследуемых зон на передней части тела вошли: лоб, глаза, веки и виски, нос, щеки, рот/губы, уши, передняя поверхность шеи, плечи, локти, запястья, руки, пальцы рук, грудь, грудная клетка, соски, живот, бока, пупок, лобковая линия роста волос, бедра, клитор, влагалище, пенис, мошонка, промежность, внутренняя поверхность бедер, наружная поверхность бедер, коленные чашечки, лодыжки, стопы и пальцы ног. В перечень зон, расположенных на задней части тела, вошли: голова и волосы, затылок, лопатки, верхняя часть спины, нижняя часть спины, ягодицы, задняя часть бедер, подколенная область, задняя поверхность голени. Эрогенная чувствительность (величина «эрогенного ответа») исследуемых участков тела оценивалась по шкале от 0 до 10, где 0 означал отсутствие чувствительности, а 10 наивысшую чувствительность. Исследователи обратили внимание на то, что средние оценки эрогенной чувствительности стоп (и других частей нижних конечностей) были ниже 2/10, а в большинстве случаев ниже 1/10 (см. табл. 1). 75% участников (595) дали ногам эрогенную оценку 0, и только 6% – выше 7. Как оказалось, у мужчин в основном в верхней и нижней части диапазона интенсивности отмечалось ее распределение, сходное с таковым у женщин. В диапазоне средней интенсивности ее рейтинги были значительно выше у женщин. Это касается задней части шеи, груди/грудной клетки, сосков и затылка. Также обнаружилось, что для 6 частей тела женщины рейтинговая оценка эрогенной чувствительности составила 7, в то время, как только 2 части те-

ла были оценены мужчи-нами на этом уровне (см. табл.; перевод с англ. сделан нами [11]).

Таблица

Эрогенность различных частей тела мужчин и женщин, выраженная в баллах, начиная с наивысшего

Женщины			Мужчины		
Среднее значение		Ошибка средней (SD)	Среднее значение		Ошибка средней (SD)
Клитор	9,17	2,12	Половой член	9,00	2,50
Влагалище	8,40	2,35	Рот / губы	7,03	2,68
Рот / губы	7,91	2,27	Мошонка	6,50	3,72
Затылок	7,51	2,70	Внутренняя часть бедра	5,84	3,39
Груди	7,35	2,73	Затылок	5,65	3,50
Соски	7,35	3,15	Соски	4,89	3,79
Внутренняя часть бедра	6,70	2,99	Промежность	4,81	4,10
Задняя часть шеи	6,20	3,15	Лобок	4,80	3,82
Уши	5,06	3,40	Задняя часть шеи	4,53	3,42
Нижняя часть спины	4,73	3,38	Уши	4,30	3,50
Лобок	4,72	3,90	Грудная клетка	4,14	3,47
Ягодицы	4,53	3,45	Ягодицы	4,06	3,56
Голова и волосы	4,14	3,42	Голова и волосы	3,53	3,39
Живот	3,97	3,55	Живот	3,01	3,54
Бедра	3,57	3,58	Нижняя часть спины	2,86	3,44
Бока	3,50	3,56	Руки	2,83	3,17
Плечи	3,27	3,40	Бока	2,83	3,39

Промеж-ность	3,01	3,82	Пальцы рук	2,76	3,42
Верхняя часть спины	2,98	3,45	Задняя часть бедра	2,48	3,26
Руки	2,73	3,10	Бедро	2,31	3,30
Задняя часть бедра	2,60	3,27	Верхняя часть спины	2,22	3,10
Лопатки	2,36	3,23	Плечи	1,96	2,64
Пальцы рук	2,34	3,21	Наружная поверхность бедра	1,91	2,88
Наружная поверхность бедра	1,96	2,95	Щеки	1,65	2,65
Запястья	1,86	2,78	Пупок	1,60	2,91
Подколенная ямка	1,70	3,00	Лопатки	1,45	2,64
Щеки	1,65	2,59	Подколенная область	1,40	2,68
Пупок	1,62	3,00	Стопа	1,34	2,57
Стопа	1,32	2,52	Плечи (верхние части рук)	1,30	2,45
Глаз и висок	1,24	2,44	Глаз и висок	1,22	2,46
Плечи (верхние части рук)	1,15	2,36	Пальцы ног	1,00	2,33
Предплечье	0,93	2,07	Запястья	0,99	2,17
Пальцы ног	0,85	2,19	Предплечье	0,97	2,11
Лоб	0,85	2,04	Подбородок	0,63	1,88
Икра ноги	0,57	1,78	Икра ноги	0,62	1,91
Подбородок	0,55	1,74	Лодыжки	0,47	1,57
Лодыжки	0,54	1,61	Лоб	0,46	1,61
Коленные чашечки	0,44	1,59	Нос	0,36	1,30

Голень	0,29	1,23	Коленные чашечки	0,32	1,31
Нос	0,24	1,03	Локоть	0,22	1,08
Локоть	0,16	0,90	Голень	0,20	1,02

Оценивая полученные данные, О. Н. Turnbull и соавт. [36] отмечают, что утверждение, согласно которому женщины имеют гораздо большее количество ЭЗ высокой интенсивности, по всей видимости, имеет некоторую основу. Результаты проведенного исследования также свидетельствовали о том, что у мужчин только одна часть тела (промежность) по рейтингу эрогенной чувствительности была оценена значительно выше, чем у женщин ($p < 0,001$). В разделе «Дискуссия» представляемой статьи авторы отмечают, что, согласно полученным ими результатам, у мужчин, по видимому, фактически имеет место такое же распределение ЭЗ, как и у женщин, но для некоторых частей тела женщин характерен значительно более высокий рейтинг эрогенной интенсивности (эрогенного отклика). Утверждение, что женщины имеют большее разнообразие ЭЗ, по мнению цитируемых авторов, не является достаточно обоснованным. Хотя у женщин интенсивность эротического отклика некоторых частей тела явно больше, но это, по их мнению, было преувеличено в популярных СМИ.

О. Н. Turnbull и соавт. [36] также пытаются ответить на вопрос, связано ли распределение ЭЗ с начальным периодом развития (возможно, внутриутробным) или это результат более поздних эффектов развития, в том числе культурных переменных или индивидуальных различий жизненного опыта. Авторы отмечают, что полученные ими данные дают основание предполагать, что факторы, определяющие интенсивность эрогенного отклика (эрогенную интенсивность) ЭЗ, не сильно зависят от индивидуального жизненного опыта и/или культуры, хотя они признают необходимость проведения дальнейших исследований в данном направлении, чтобы убедиться в этом. Тем не менее их предварительная гипотеза состоит в том, что распределение ЭЗ, вероятно,

является результатом влияния нейробиологических переменных раннего развития. В связи с этим небезынтересно следующее высказывание руководителя данного исследования О. Н. Turnbull (Оливера Тернболла): «Мы обнаружили, что все мы, жители как минимум двух континентов, имеем примерно одни и те же эрогенные зоны – белый ты или черный, средних лет или молодой, являешься ты женщиной среднего класса, сидящей в лондонском офисе, или ты гей, живущий в африканской деревне. Это прошито, встроено в нас и не зависит от культурных отличий или жизненного опыта» [по 6]. В связи с этим можно привести еще одно высказывание Оливера Тернболла по этому поводу: «Участники исследования, которые живут на двух разных континентах, указали на одни и те же эрогенные зоны. При этом они как бы дублировали ответа друг друга. Этот факт говорит о том, что данная информация передается из поколения в поколение, а не приобретает человеком благодаря культурному или жизненному опыту» [по 12].

В специальной литературе, тем не менее, можно встретиться с мнением, которое акцентируется на других аспектах – аспектах, связанных с формированием ЭЗ. Так, М. В. Екимов (Россия) [3], отмечает, что ЭЗ не «абсолютная биологическая данность», не «изначально готовая и сугубо соматическая структура с чуть ли не особыми нервными окончаниями». В процессе сексуального развития происходит созревание ЭЗ. Интегративный психосоматический подход, отмечает автор, помогает понять, как из биологических предпосылок потенциальных ЭЗ с обычными тактильными рецепторами в процессе ПСР формируются зрелые ЭЗ. Таким образом, заключает М. В. Екимов, ЭЗ – это не анатомическое, а функциональное понятие.

По нашему мнению, исследования в отношении возможного влияния сексуального развития, сексуальной биографии, в том числе мастурбаторной практики, и социокультурных факторов на формирование ЭЗ должны быть продолжены, что даст возможность более полно определиться по этому вопросу. Одно является несомненным. Систематическое и длительное воздействие на эрогенные зоны стиму-

лов, приводящих к возникновению оргазма, которые не могут быть воссозданы во время полового акта (например, использование душа девочкой / девушкой до начала половой жизни), может вести к формированию своеобразных перцептивных кодов, исключающих возможность возникновения оргазма при коитусе [7–9].

Канадские ученые протестировали чувствительность нескольких «сексуальных областей» женского тела, в том числе промежность, грудь и соски. Они сравнили их с такими областями на теле, как шея, предплечье, живот. Исследователи использовали легкие прикосновения, давление и вибрацию, чтобы оценить, насколько чувствительны данные части тела. В исследовании участвовало 30 здоровых женщин в возрасте от 18 до 35 лет. Их укладывали на стол. Использовались инструменты, позволяющие осуществлять различные формы воздействия на клитор, половые губы, влагалище, анус, молочные железы, соски и ареолы сосков молочной железы, шею и предплечья. Стимуляция проводилась в течение 1,5 сек, а затем через 5 сек женщин спрашивали о том, что они чувствовали [23; 35].

Результаты проведенного исследования были следующими. Шея, предплечья и влагалище оказались наиболее чувствительными к легкому прикосновению. По отношению к давлению наиболее чувствительными были клитор и соски, а молочные железы и живот наименее чувствительными. К вибрации наиболее восприимчивыми оказались клитор и соски. Наиболее чувствительным к вибрации из всех частей тела оказался клитор [23; 35].

В заключение следует отметить, что знание ЭЗ, умение адекватно воздействовать на них является одним из необходимых условий достижения сексуальной гармонии. Следует также учитывать тот факт, что нельзя ориентироваться только на усредненный рейтинг ЭЗ. Это то же самое, что говорить о «средней температуре по больнице». Чувствительность различных ЭЗ индивидуальна. Подчас, воздействие на участки тела, которые не считаются высокоэрогенными или вообще не относятся к эрогенным, может привести к выраженному сексуальному возбуждению вплоть до оргазма.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вуд Дженни. Да! Да! Да! Только для женщин / Пер. с англ. – М.: ООО Издательство «София», 2008. – 256 с.
2. Екимов М.В. Формы мастурбации, психосексуальное развитие и сексуальные дисфункции // Сексология и сексопатология. – 2003. – № 6. – С. 14–21.
3. Екимов М.В. Эрогенные зоны как аспект психосексуального развития // Сексология и сексопатология. – 2003 – №4. – С. 6–8.
4. Женское тело: в поисках эрогенных зон. – URL: <http://modli.ru/140-zhenskie-jerogennye-zony.html> (дата обращения: 02.09.2015).
5. Здравомыслов В. И., Анисимова З. Е., Либих С. С.. Функциональная женская сексопатология. – Алма-Ата: Казахстан, 1985. – 272 с.
6. Котляр П. Ученые провели исследование эрогенных зон... 12.09.13 – URL: <http://www.kamelia.ru/index.php?did=5&newid=195> (дата обращения: 09.09.2015).
7. Кочарян Г. С. Патогенные влияния мастурбации и их последствия как проблема клинической сексологии // Здоровье мужчины. – 2006. – №4 (19). – С. 84–93.
8. Кочарян Г.С. Патогенные детерминанты и негативные последствия мастурбации: мифы и реальность. Современный анализ проблемы // Сексология и сексопатология. – 2006. – №1. – С. 3–19.
9. Кочарян Г. С. Современная сексология. – К.: Ника-Центр, 2007. – 400 с.
10. Кочарян Г. С. Феномен женской эякуляции // Здоровье мужчины. – 2012. – №4 (43). – С. 79–87.
11. Кочарян Г. С. Эрогенные зоны: современные представления // Здоровье мужчины. – 2016. – №3 (58). – С. 29–36.
12. Кравцов А. Неврологи назвали наименее эротичную часть тела. 9.09.2013. – URL: <http://positime.ru/neuroscientists-call-the-least-erotic-part-of-the-body/20854> (дата обращения: 09.09.2015).
13. Крукс Р., Баур К. Сексуальность. – СПб: прайм-ЕВРОЗНАК, 2005. – 480 с.

14. Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р. (Masters W., Johnson V., Kolodny R.) Основы сексологии / Пер. с англ. – М.: Мир, 1998. – 692 с.
15. Милевич К. Горячие точки. ТОП-10 эрогенных зон женщины. – URL: <http://1wum.ru/seks/interesnie-fakty/top-10-erogennyx-zon.html> (дата обращения: 02.09.2015).
16. Салтыков В. Полная карта женских эрогенных зон. – URL: http://www.zevsportal.ru/articles/truck/sex/sex_621.html (дата обращения: 02.09.2015).
17. Свядош А. М. Женская сексопатология. 5 изд., перераб. и допол. – Кишинев: Штиинца, 1991. – 184 с.
18. Улучшаем секс в миссионерской позиции: техника коитального выравнивания. – URL: <http://womans-w.com/post/10213> (дата обращения: 13.06.2015).
19. Штіфтер Карл Ф. Сексологія вагінального оргазму або що потрібно знати жінці, щоб розширити діапазон своїх відчуттів / Пер. з англ. – К.: Агенція «Стандарт», 2006. – 200 с.
20. Alanis M. C., Lucidi R. S. Neonatal circumcision: a review of the world's oldest and most controversial operation // *Obstet Gynecol Surv.* – 2004. – 59 (5). – P. 379–395.
21. Alzate H., Londoño M. L. Vaginal erotic sensitivity // *J Sex Marital Ther.* – 1984. – 10 (1). – P. 49–56.
22. Cold C. J., Taylor J. R.. The prepuce // *British Journal of Urology.* – 1999. – Vol. 83, Suppl. 1. – P. 34–44.
23. Cordeau D., Bélanger M., Beaulieu-Prévost D., Courtois F. The assessment of sensory detection thresholds on the perineum and breast compared with control body sites // *J Sex Med.* – 2014. – 11 (7). – P. 1741–1748.
24. Erogenous zone. From Wikipedia, the free encyclopedia. – URL.: https://en.wikipedia.org/wiki/Erogenous_zone (date of the reference: 02.09.2015).
25. Graber B., Kline-Graber G. Clitoral foreskin adhesions and female sexual function // *Journal of Sex Research.* – 1979. – 15 (3). – 205–212.
26. Grafenberg E. The Role of Urethra in Female Orgasm // *The Int. J. of Sexology.* – 1950. – Vol. III, Nr. 3. – P. 145–148.

27. Komisaruk B. R., Beyer-Flores C., Whipple B. The science of orgasm. – Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2006. – x + 359 p.
28. Komisaruk B. R., Whipple B., Crawford A., Grimes S., Liu W-C., Kalnin A., Mosier K. Brain activation during vaginocervical self-stimulation and orgasm in women with complete spinal cord injury: fMRI evidence of mediation by the vagus nerves // *Brain Res.* – 2004. – 1024 (1-2). – P. 77–88.
29. Komisaruk B. R., Whipple B., Nasserzadech S., Beyer-Flores C. The Orgasm answer guide. – Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2010. – xiv + 153 p.
30. Komisaruk B. R., Wise N., Frangos E., Liu W-C., Allen K., Brody S. Women’s clitoris, vagina, and cervix mapped on the sensory cortex: fMRI evidence // *J Sex Med.* – 2011. – 8 (10). – P. 2822–2830.
31. Ladas A. K., Whipple B., Perry J. D. The G-Spot and Other Recent Discoveries about Human Sexuality. – New York: Henry Holt & Company, 1982.
32. Masters W. H., Johnson V. E. Human sexual response. Boston: Little Brown & Company, 1966. – 366 p.
33. Robinson J. E., Short R. V. Changes in breast sensitivity at puberty, during the menstrual cycle, and at parturition // *British Medical Journal.* – 1977. – 1. – P. 1188–1191.
34. Schober J. M., Meyer-Bahlburg H. F., Dolezal C. Self-ratings of genital anatomy, sexual sensitivity and function in men using the ‘Self-Assessment of Genital Anatomy and Sexual Function, Male’ questionnaire // *BJU Int.* 2009. – 103 (8). – P. 1096-103.
35. Sifferlin A. The Most Erogenous Parts of the Female Body, Ranked By Science. May 13, 2014. – URL: <http://time.com/98088/the-most-erogenous-parts-of-the-female-body-ranked-by-science/> (date of the reference: 01.09.2015).
36. Turnbull O. H., Lovett V. E., Chaldecott J, Lucas M. D. Reports of intimate touch: erogenous zones and somatosensory cortical organization // *Cortex.* – 2014. – 53. – P. 146–154.

ГЛАВА 3

ОРГАЗМ И ФЕНОМЕН ЖЕНСКОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ

Женская эякуляция (сквиртинг) представляет собой выброс жидкости у женщины перед самым оргазмом или во время него. По данным различных авторов, количество упомянутой жидкости значительно варьирует. Так, Belzer (1983) сообщает о 10 мл, Goldberg (1983) – о 3–15, Bullough (1984) – о 12, Zaviavic (1987) – о 16, а Heat (1984) о 30–50 [по 13]. Карл Ф. Штифтер [8] инструктировал пациентку, которая ранее сообщала о своих частых и обильных «оргастических выделениях», чтобы она стимулировала свой клитор в течение периода, установленного ею самой. В течение почти двух часов она испытала ряд оргазмов. Периодически делала длительные перерывы, во время которых читала эротическую литературу. Общий объем извергнутой ею жидкости составил 114 мл.

В литературе жидкость, о которой идет речь, называется женским эякулятом, а сам процесс ее извержения эякуляцией. Существуют и другие названия этой жидкости: чистая доля, третья вода, сок сладострастия, вода сладострастия, амрита и др. Сам процесс извержения упомянутой жидкости называется ложной эякуляцией в противовес мужской эякуляции (истинной), которая сопряжена с выделением сперматозоидов, а также «потоклом любви» и «рекой радости». К. Ф. Штифтер [7] считает целесообразным сохранить название «женская эякуляция», несмотря на отсутствие в извергаемой жидкости сперматозоидов, «даже если на первый взгляд оно кажется ошеломляющим, как если бы клитор называли женским пенисом, а большие половые губы – мошонкой женщины».

В литературе приводятся разные данные о частоте женской эякуляции. Так, отмечается, что, не настаивая на обязательности этого явления у всех представительниц «слабого пола», ученые говорят о вероятности его возникновения у 95% женщин [1]. Однако S. Kratochvíl [29] сообщает о 6% таких женщин. Приводятся и другие данные. Согласно резуль-

татам исследований американских сексологов, 54% женщин, которые проходили тестирование, пережили эякуляцию [12], тогда как по данным канадских ученых, которые провели исследование среди 1230 женщин, 40% признали, что во время оргазма у них наступает эякуляция [15]. С некоторыми женщинами это происходило редко, тогда как другие почти всегда эякулировали во время полового акта. Как правило, это происходило незадолго до достижения ими оргазма. Более того, эякуляция наступала независимо от того, каким образом он был достигнут (во время петтинга, мастурбации или полового акта).

Приведем два примера женской эякуляции, о которых сообщает К. Ф. Штифтер [7, с. 6–8].

Случай 1 (Рената, 40 лет, замужем, имеет две взрослые дочери):

«Впервые это случилось примерно 2 года назад. Мне долго не забыть этого. Это случилось во время полового акта с моим другом. Я лежала на нем, и вдруг он почувствовал, что что-то горячее потекло по его животу. Я знаю только, что меня разозлило то, что он тянул со своей эякуляцией, т. к. хотел, чтобы мой «выброс» совпал с его. При этом я несколько присела. Было темно, и он подумал, что это менструация. Этого было необычайно много. Кровать была насквозь мокрая. Когда мы включили свет, то установили, что это было нечто иное. И не моча, скорее как вода. Не смейтесь, это пахло как после кошки, но запах не был неприятен. В глаза бросилось то, как радостно и виляя хвостом меня встречал пес, когда я возвращалась после любовных утех домой, выдавая тем самым меня перед мужем. Этот запах преследовал меня часами, хотя я вымылась.

Между тем мой друг отлично знает о том, что я скоро «дойду». Может быть, он чувствует, как все набухает. «Давай же», – требовал он от меня. Видно, что это ему нравится – видеть, как хорошо он все сделал. При половом сношении выброс происходит, как правило, не столь сильный, как при куннилингусе. Это происходит даже при анальном контакте.

Иногда я вспоминаю, мне было достаточно лежать рядом с ним, чтобы это произошло без его усилий.

В 90% всех случаев я эякулирую. Но все должно находиться в гармонии, и если мы спорим, этого не происходит. С мужем я никогда не эякулирую. Кроме как с моим другом, я вообще не испытывала подобного выброса. Я редко занимаюсь мастурбацией. При этом выброса не происходит, а если бывает, то небольшой. Самое большое количество наблюдается в период овуляции. Тогда у меня большой сексуальный аппетит.

Мой выброс не имеет ничего общего с оргазмом. Он, скорее, наряду с клиторальным и вагинальным оргазмом, – третий вид сексуального удовольствия. Оба первых, вызванные мастурбацией и половым сношением, мне нужны только один раз, после них я больше не хочу и не могу ничего. А когда я эякулирую без достижения оргазма, не возникает чувство насыщения. Собственно говоря, я думаю, что могла бы, если бы мой друг выдержал, вечно и практически без паузы производить выбросы. Мы не желаем больше отказывать себе в этом, иначе нам будет чего-то не хватать».

Случай 2 (Шарлота, 44 года, замужем второй раз, имеет взрослую дочь):

«Первые «мокрые» оргазмы произошли у меня после нескольких лет замужества. Тогда мне было 25 лет. У меня было чувство, как будто разрушилась дамба. С тех пор у меня это происходит примерно во время каждого второго полового сношения и почти при каждой мастурбации. Выброс через короткие промежутки всегда сопровождается оргазмом. Иногда это может повторяться подряд до 10 раз. В целом это 1/4 литра. В таких случаях матрас промокает до основания. В первый раз мой первый муж, сделав удивленные глаза, смущенно сказал, что в будущем лучше надеть водолазный костюм. Где источник жидкости, я не могу точно сказать, т. к., если быть более точной, это не правильная струя, скорее хаотичная и с шумом. Моча выглядит иначе. При длительном воздержании я с нетерпением жду выбро-

са, больше чем оргазма. Когда выброса долго не бывает, я чувствую, что становлюсь истеричной и грубой. Со временем «нормальные» оргазмы, как таковые, не могли меня удовлетворить. Впрочем, нельзя предсказать или повлиять на то, чтобы оргазм был сухим или фонтанообразным. Я не думаю, чтобы жидкость где-то скапливалась, т. к. после длительного сексуального воздержания, когда происходит выброс, количество жидкости невелико».

Интенсивность выброса может быть чрезвычайно велика. Об этом свидетельствует нижеприведенное наблюдение индийского гинеколога доктора Верекара [7, с. 10–11].

«С первым случаем женской эякуляции я столкнулся в 1976 г. Это произошло в Готи, маленькой деревушке в районе Назика. Тамшний доктор позвонил мне, чтобы попросить быть ассистентом на приеме женщины, у которой на 15 дней задерживалась менструация. В то время он был привлекательным 30-летним мужчиной спортивного телосложения. Женщина была женой бедного крестьянина. Перед процедурой ее попросили помочиться. Здесь я должен отметить, что моча женщин этого народа дурно пахнет, т. к. она очень густая. Это связано с их питанием, а также с тем, что они очень мало пьют. Она устроилась на гинекологическом кресле, опустили лампу, и коллега начал протирать ее вульву тампоном, смоченным в антисептическом растворе. Неожиданно пациентка возбудилась. Чистота, белые подстилки, присутствие двух молодых врачей, которые смотрят на ее гениталии, манипулируют ее губами и проникают глубже, всего этого было более чем достаточно для нее: когда ей ввели в вагину зеркало (расширитель), она затрепетала, сегодня я это обозначаю как оргазм. Из мочеиспускательного канала произошел выброс сильной струи, которая попала на лампочку и та взорвалась. Большая часть этой жидкости находилась на рубашке у коллеги. Он обругал женщину, т. к. думал, что она ранее не помочилась. А та клялась, что полностью опорожнилась перед осмотром.

Мне запомнились в этой истории две вещи. Во-первых, рубашка коллеги не была окрашена в желтый цвет, во-вторых, что особенно бросалось в глаза, жидкость была без

запаха. Если бы это была моча, то во всей амбулатории пахло бы, как из открытого писсуара».

Хотя о существовании женской эякуляции знали давно, однако новый всплеск интереса к данному феномену связывают с именем Эрнста Графенберга. До настоящего времени нет единого мнения о возможности существования данного феномена, который является предметом споров. С одной стороны, заявления тех, кто считает, что любая жидкость, испускаемая в течение оргазма, ничто иное, как следствие недержания мочи (Kinsey, 1953; Masters, Johnson, 1988; Bohlen, 1982; Kaplan, 1983; Golberg и соавт. 1983; Alzate, 1985; и др.). С другой, мнение авторов, пытающихся доказать, что женщины испускают некую жидкость, которая отличается от вагинального лубриката, продуцируемого при сексуальном возбуждении (Grafenberg, 1950; Sevely, Bennet; 1978; Belzer и соавт., 1981; Perry, Whipple, 1981; Addiego и соавт., 1981; Sensabaugh, Kahane, 1982; Belzer и соавт., 1984; Zaviavic и соавт., 1984; Stifter, 1987; и др.) [по 13].

В настоящее время существует четыре точки зрения относительно состава жидкости, выбрасываемой перед самым оргазмом или во время него, и места ее продукции:

1. Эта жидкость – моча, а ее выброс является следствием ее недержания;
2. Эта жидкость – вагинальный лубрикат, продуцируемый при сексуальном возбуждении;
3. Эта жидкость – отдельный субстрат, вырабатываемый женской простатой;
4. Эта жидкость продуцируется не только женской простатой и представляет собой смесь секретов, вырабатываемых различными железами.

Рассмотрим правомочность каждой из представленных точек зрения.

Первая точка зрения. Эмпирические данные и специальные исследования не подтверждают ее. Наблюдения свидетельствуют о том, что эта жидкость совершенно не похожа на мочу по цвету, запаху и консистенции. Ее характеризуют чаще всего как бесцветную, которая может быть и

белесой, более плотную по сравнению с мочой, не имеющую запаха и вкуса [1]. Сообщается, что запах и вкус этой жидкости изменяются несколько раз в месяц (сначала вкус острый, потом кисловато-терпкий, затем очень сладкий – примерно 3 дня перед месячными) [3]. Противоречит обсуждаемой точке зрения и сообщение Эдвина Бельцера из университета г. Далхузи (округ Галифакс, Канада), чья пациентка (замужняя 40-летняя женщина, имеющая двух дочерей) рассказала, что, начиная с 35-летнего возраста, она регулярно эякулирует. Ее семейный врач считал это следствием недержания мочи, но она не была в этом уверена, так как ее собственная проверка этой жидкости на вкус и запах свидетельствовала о другом. Поэтому она решила провести следующий эксперимент, суть которого заключалась в приеме таблеток, которые окрашивают мочу в синий цвет. После того, как в течение нескольких оргазмов у нее имели место выделения, она осмотрела пятна, которые появились на простыне. Оказалось, что некоторые из них были совершенно бесцветными, в то время как другие имели очень слабый синий оттенок. Для сравнения она нанесла несколько капель мочи на простыню, и полученные пятна оказались темно-синего цвета. На основании этого эксперимента пациентка пришла к выводу, что жидкость, которую она извергает во время оргазма, не может быть мочой [10].

Карл Ф. Штіфтер [8] сообщает, что на конференции Американской ассоциации специалистов по половому воспитанию, консультантов и врачей-сексологов в Вашингтоне Эдвин Бельцер использовал этот и подобные факты для своего доклада под названием «Женская эякуляция: миф или реальность?» В аудитории, которая единодушно отнеслась к докладу с насмешкой и недоверием, находился и Мартин Вайсберг – профессор гинекологии и психиатрии из Филадельфии, который назвал изложенные в докладе Бельцера данные ерундой [47].

Затем Вайсберг и несколько его коллег встретились с женщиной, о которой речь шла в докладе, чтобы проверить истинность ее заявлений и лично осмотреть ее: «Вульва и влагалище были в норме и без патологических изменений

или каких-либо пятен. Уретра была в норме. Все было нормально. Затем ее партнер начал возбуждать ее, вставив два пальца во влагалище и поглаживая ими стенку вдоль уретры ... Через несколько секунд пациентка ... напряглась, как при дефекации, а еще через несколько секунд из уретры струей изверглись несколько кубических сантиметров жидкости молочно-белого цвета. Это была явно не моча». Профессор признался: «Я был очень этим озадачен. Я стал консультироваться с несколькими анатомами, и все они решили, что я спятил... А ведь пройдет еще несколько лет, и преподаватели в мединститутах начнут шутить над тем, что только в 1980 году медицинское сообщество, наконец, признало факт женской эякуляции» [47, р. 90].

Свидетелями вышеописанной процедуры были трое коллег Вайсберга: терапевт Франк Аддиго, психиатр Джон Перри и женщина-сексолог Беверли Виппл. Они были настолько впечатлены увиденным, что немедленно создали совместно с Бельцером исследовательскую группу. Вскоре эта группа подготовила документальный фильм, где был запечатлен процесс эякуляции женщины, и в 1981 г. опубликовала результаты первых химических исследований женского эякулята, выделенного из уретры. Отличия в химическом составе эякулята и мочи подтвердили вывод, ранее установленный находчивой канадской женщиной путем окрашивания мочи в синий цвет, согласно которому женская эякуляция не имеет ничего общего с произвольным мочеиспусканием, и поэтому ее нельзя путать с недержанием мочи [8].

Вместе с тем следует отметить, что в ряде случаев выбрасываемая во время оргазма жидкость может быть и мочой. Колумбийский сексолог Алзейт в 1985 г. обследовал женщину, из мочеиспускательного канала которой жидкость выбрасывалась при стимуляции как клитора, так и влагалища. Анализ пробы показал, что жидкость объемом примерно 2 мл не только выглядела как моча, но и не отличалось от нее значительно по химическому составу. Обследование одной из испытуемых, которое провели Уви, Хоч и др. в 1986 г. в Израиле, также не выявило значительных различий между мочой и жидкостью, выбрасываемой ею во время ор-

газма. Состав собранной жидкости также значительно отличался от мужской спермы по 6 параметрам [по 7].

В связи с этим следует привести данные следующего исследования. R. Cartwright и соавт. [14] рекрутировали шесть женщин, которые считали, что у них возникает эякуляция, и шесть женщин, составивших контрольную группу. Обследуемые заполнили 3-дневный дневник, характеризующий деятельность мочевого пузыря, и приняли участие в двух анкетных опросах, характеризующих его функционирование (the Urgency Perception Scale [UPS] и the Incontinence Impact Questionnaire [IIQ]). Каждая женщина подверглась коротким провокационным амбулаторным уродинамическим воздействиям, модифицированной форме уродинамических воздействий, высокочувствительной к гиперактивности детрузора. В результате проведенных исследований было выявлено, что ни у одной из женщин в двух сравниваемых группах не было выявлено гиперактивности детрузора. Анализ дневников и данных анкетных опросов не выявил каких-либо отклонений от нормы у всех обследованных женщин. Авторы пришли к выводу, что эякулирующие женщины, которых они обследовали, имели нормальные образцы экскрементов, у них отсутствовали симптомы недержания мочи и гиперактивность детрузора.

Вторая точка зрения (эта жидкость – вагинальный смазочный секрет, продуцируемый при сексуальном возбуждении) также не выдерживает критики, так как известно, что слизистая оболочка влагалища начинает вырабатывать данную жидкость сразу после появления сексуального возбуждения, а не в конце полового акта. Она служит для смазки влагалища и вульвы. Смазочный секрет прежде всего выделяется слизистой оболочкой влагалища и двумя бартолиновыми железами размером с горошину, которые расположены по обе стороны вульвы [8].

Третья точка зрения (эта жидкость – отдельный субстрат) обосновывается различными исследованиями, свидетельствующими об особом составе жидкости, выбрасываемой перед или во время оргазма, которая по своим свойствам напоминает состав секрета предстательной железы.

Так, исследования, которые были проведены Santamaria F. Cabello [13], выявили следующее. Автор обследовала 24 женщины в возрасте между 24 и 48 годами. Из них шесть сдали на анализ «эякулят» и мочу, а остальные только мочу. Было проведено иммунологическое исследование, направленное на обнаружение простатического специфического антигена (prostate specific antigen; PSA) как в «эякуляте», так и в моче, получение которой не было связано с оргазмом («предоргазменная» моча), а также в моче, полученной непосредственно после оргазма («посторгазменная» моча). Полученные данные были сопоставлены. Оргазм достигался ручным самовозбуждением без какого-либо контакта с мужскими гениталиями. Предварительно гениталии мыли. При этом после последних сексуальных отношений должно было пройти минимум два дня. Важность выбора PSA как важного параметра была обусловлена тем, что его находят только в простатической ткани. Как известно, PSA представляет собой гликопротеин с молекулярным весом от 33.000 до 34.000 дальтонов (дальтон – внесистемная атомная единица массы), в молекуле которого содержится 7% углеводов. Его обнаруживают у мужчин в эпителиальных ячейках простатических протоков и простатическом секрете. У женщин PSA отсутствует как в моче, так и в сыворотке.

В результате данных исследований были получены следующие результаты. Среднее значение PSA в посторгазменной моче было 0,09 нг/мл, в то время как теоретически этот антиген у них должен отсутствовать. PSA был обнаружен у всех шести женщин, которые сдали «эякулят». Среднее его значение в нем было 6,06 нг/мл, при этом у одной из женщин значение PSA составило 32 нг/мл, что, как считает автор, могло быть обусловлено какой-то онкологической патологией или, возможно, загрязнением образца мужской спермой. Такое большое значение PSA в одном образце привело к большому среднему его значению для всех шести женщин, которые сдали «эякулят». После исключения этого образца среднее значение PSA для 5 оставшихся образцов «эякулята» составило 0,82 нг/мл.

В 75% посторгазменных образцов мочи обнаружили PSA. В посторгазменной моче женщин, которые «эякулировали», уровни PSA были выше (среднее значение = 0,31 нг/мл после исключения вышеупомянутого образца с очень высоким значением PSA), чем в остальной части образцов посторгазменной мочи. При этом у тех женщин, которые «эякулировали», и тех, у которых не отмечалось выброса жидкости перед или во время оргазма, PSA в предоргазменной моче не определялся.

Тот факт, что по крайней мере у большинства женщин (75% данного образца) в посторгазменной моче обнаруживается некоторое количество PSA, который может поступить только из уретральных и парауретральных желез (женская простата), по мнению автора, свидетельствует о том, что наличие или отсутствие выброса связано с количеством выделяемой жидкости и направлением ее извержения. При малом ее количестве и ретроградном направлении ее движения (к мочевому пузырю) этого выброса во вне может и не быть. Однако в любом случае эта жидкость обнаруживается в посторгазменной моче. Совершенно естественно, что женщины, которые чувствуют «эякуляцию» (у них выделяется большое количество эякулята), имеют более высокие уровни PSA в посторгазменной моче, чем те, которые ее не чувствуют.

Большой объем «эякулята», который наблюдается в ряде случаев, Santamaria F. Cabello [13] считает возможным объяснить наличием кисты протока Скина (N. H. Lee и S. Y. Kim обнаружили ее у 7 из 14500 новорожденных [31]) или уретральными дивертикулами. Также отмечается, что когда женщины достигают оргазма после длительного периода сексуального воздержания, извергаемое количество жидкости огромно, и оно уменьшается с каждым оргазмом вплоть до исчезновения. Автором обсуждается вопрос о возможном переименовании термина «женская эякуляция», так как он вызывает возражение со стороны некоторых феминисток, утверждающих, что его использование приводит к уподоблению женщин мужчинам. Отмечается, что в дальнейшем следует провести исследования с вовлечением

большого числа женщин, используя иммунорадиометрический метод, который более точен, чем использовавшийся иммуноферментный анализ на микрочастицах.

Согласно представленной точке зрения, выброс жидкости во время оргазма связывают с функционированием так называемой женской простаты (female prostate), которая представляет собой парауретральные железы (железы Скина) с их протоками, окружающими женскую уретру. Термин «женская простата» принадлежит Герофилу, который выявил это железистое образование в III столетии до нашей эры. О существовании данной железы знали все великие врачи средневековья [2]. Вместе с тем в литературе применительно к более позднему времени отмечается [37], что первое сообщение о «женской простате» появилось в 1672 г., когда Рейнье де Граф (Reinier de Graaf) использовал этот термин, чтобы описать набор желез, расположенных вокруг уретры, который, согласно его представлениям, имел значительное сходство с мужской простатой [16]. Спустя два столетия Александр Скин (Alexander Skene) описал женскую простату как орган, сформированный двумя парауретральными трубочками, которые открываются в отверстия с обеих сторон уретры и имеют ограниченную секреторную функцию [43]. С тех пор этот комплекс желез называют парауретральными железами Скина (Skene's paraurethral glands).

В течение долгого времени эта железа считалась остаточным органом, не имеющим какой-либо существенной значимости для организма женщины [56]. В 1947 г. гинекологу Дж. В. Хаффману на совещании американских гинекологов удалось представить модель этих желез. Проводя аутопсию женских половых органов, он заполнял их уретру горячим воском, что позволило ему создать трехмерные восковые модели парауретральных желез. Его исследования [24; 25] основывались на результатах вскрытий одиннадцати женщин, что позволило установить размеры, количество и виды парауретральных протоков. Как выяснилось, эти образования располагаются преимущественно около наружного или внутреннего уретрального отверстия, а не равномерно по всей длине уретры. Дж. В. Хаффман сравнивает структу-

ру женской простаты с деревом. Уретра является его стволом, а протоки, которые выходят из него, представляют собой мешковидные или ветвистые образования. Восковые модели Дж. В. Хаффмана также свидетельствуют, что предстательные железы женщин могут существенно отличаться по размерам, форме и расположению вокруг уретры.

Директор Института экспериментальной патологии г. Братиславы М. Завьячич (M. Zaviačič) обнаружил, что в 66% случаев аутопсии женских половых органов упомянутые железы были главным образом расположены вокруг внешнего отверстия уретры (M. Zaviačič и R. J. Ablin, 2002). В 1985 г. в своей диссертации он доказал, что женская простата не атрофированное образование, а скорее орган с очень сложными функциями, которые связаны как с внутренней, так и с внешней секрецией [по 8].

Хотя во многих работах женскую простату идентифицируют с парауретральными железами, секрет которых выбрасывается при оргазме, К. Штифтер отмечает, что источниками женского эякулята считаются не только парауретральные, но и периуретральные железы. Но и этим не исчерпываются его источники (см. ниже) [7]. Средний вес женской простаты взрослой женщины, как сообщалось нами в предыдущей главе, равен приблизительно 5 г, что составляет от одной пятой до одной четвертой веса простаты взрослого мужчины. Средние размеры женской простаты таковы: длина – 3 см, ширина – 2 см, высота – 1 см [8].

Проводились исследования, направленные на обнаружение женской простаты с помощью современных методов. Так, F. Wimpissinger и соавт. [50] обследовали двух предклимактерических женщин 44 и 45 лет, которые сообщили об изгнании жидкости (эякуляции) в течение оргазма. В результате была идентифицирована структура, представленная железистой тканью, окружающая женскую уретру по всей ее длине. Помимо этого, проведенные биохимические исследования показали, что жидкость, выделяемая этими женщинами в течение оргазма, обладает всеми параметрами секрета предстательной железы мужчин и по своим показателям отличается от мочи. На основании полученных

данных, авторы пришли к заключению о правомочности концепции существования женской простаты и как самого органа, и как источника женской эякуляции. F. Wimpissinger и соавт. [51] обследовали (магнитно-резонансная томография [МРТ], уретроскопия) семь женщин в возрасте от 17 до 62 лет (средний возраст 40 лет). На МРТ парауретральные железы визуализировали у шести из них.

Высказывания о том, что у женщин есть простата, вызвали негодование феминисток, так как они посчитали это оскорблением. Демонстрацией этого может служить следующее высказывание Катарины Штайн в февральском номере немецкого журнала *Cosmopolitan* (Космополитен) за 1984 г., которое явилось реакцией на исследования К. Ф. Штифтера: «А нужна ли она нам вообще эта простата? ... Может быть, автор просто хотел помочь нам, слабым угнетаемым женщинам, у которых нет пениса – а до этого момента не было ни простаты, ни эякуляции? Чтобы нашим упряманным внутри гениталиям и крошечному клитору было не так страшно противостоять свирепому торчащему мужскому члену с его обильной эякуляцией ... Помимо того, что эта теория накладывает на нас новое бремя ответственности, в виде бесплатного приложения к ней нам дают понять, что женщину можно считать равной мужчине только в том случае, если она тоже имеет простату и эякулирует подобно мужчине. Если мы позволим судить о себе с этой точки зрения, то это будет означать, что мы не осознали чудесных возможностей своего тела и свойственных женщинам сексуальности и чувственности, а вернулись в то далекое время, когда нас удалось убедить в том, что мы являемся всего лишь недоразвитыми, атрофированными и уменьшенными копиями мужчин ..., пока мы позволяем относиться к себе свысока и оцениваться мужчинами, не имеющими ни малейшего понятия о том, в чем состоит истинное сексуальное удовлетворение женщины, пока мы не научимся любить себя и доверять себе настолько, что начнем отстаивать наши собственные сексуальные желания, – до тех пор будет расти список потерь на сексуальном фронте» (*German Cosmopolitan*, 1984, No. 2, S. 25 [по 8]).

К. Ф. Штифтер [8] парировал эти высказывания следующим образом. Он заявил, что вопрос о том, хотят ли люди иметь простату или нет, просто абсурден, так как медицинские факты нельзя подчинить чьим-либо пожеланиям.

С 1950-х гг. обсуждались данные новых исследований о роли этой железы [37] (главным образом биологической) для женского организма [24; 25; 34; 46; 48; 54; 56–60]. Отмечается [37], что одной из главных работ о структурном и функциональном аспектах женской простаты, так же как и ее сексологическом значении, является исследование, осуществленное Zaviacic и его коллегами, которое нашло отражение в его книге [53]. Этот орган они характеризуют как набор многочисленных парауретральных желез и трубочек, которые вставлены в фибромускулярную основу (строму) [57].

Сообщается [37], что до сих пор биологическая роль простаты для женского организма не была ясна. Биохимические исследования продемонстрировали, что простатическая жидкость, выделяемая во время женской эякуляции, имеет такой же химический состав, как и мужская простатическая жидкость. Она содержит PSA, PSAP (Prostate Specific Acid Phosphatase), цинк и фруктозу [53; 54]. Считается, что фруктоза – главный источник энергии для сперматозоидов, и женская простатическая жидкость также вносит вклад в успех оплодотворения. Недавние исследования обнаружили PSA не только в моче, но и в сыворотке крови женщин [39; 55]. Согласно этим работам, простата главный производитель PSA у женщин, хотя в организме есть и другие ее источники [17; 22; 28; 38; 52].

Отмечается [37], что другое направление исследований возможных функций женской простаты – ее важность в повышении сексуальной чувствительности (sexual sensitization) женщин [54]. В некоторых сообщениях женскую простату, о чем сообщалось нами в предыдущей главе, связывали с зоной Графенберга [23; 30]. Подчеркивалась целесообразность стимулировать ее с целью возникновения эякуляции у женщин [41]. Тем не менее Alicia M. Prater [36] отмечает, что в соответствии с мнением некоторых исследователей только 10% женщин имеют простатическую ткань в зоне

Графенберга. Помимо этого, у некоторых женщин эти железы вообще не были обнаружены, что, вероятно, было обусловлено их малой величиной, а не отсутствием. Таким образом, размер и местоположение простаты у женщин могут различаться.

Интересно сообщение американского антрополога Фила Килбрайда, которое свидетельствует о том, какое значение придавалось женской эякуляции, способность к которой расценивалась как индикатор зрелости женщины. Он информировал, что в африканском племени торо (или баторо), проживающем на южном берегу озера Альберт в Уганде, существует традиция, известная под названием «*качапати*» (*kachapati*), что в переводе означает «орошать стену». Она состоит в своеобразном испытании женщины на ее пригодность к браку. В этом племени женщинам не позволяют выходить замуж, пока они не научатся эякулировать [по 8].

В дополнение к упомянутым выше биологическому и поведенческому значениям женской простаты, интерес к ней обусловлен и тем, что в этой железе могут развиваться патологические изменения, связанные со старением. Так, сообщается о злокачественных новообразованиях уретры, источником которых является женская простата [9; 19; 20; 26; 27; 33; 42; 44]. Помимо этого, существует доказательство, что у женщин, так же как и у мужчин, может развиваться простатит и доброкачественная гиперплазия простаты [53].

Как известно, острый цистит – самое распространенное инфекционное воспалительное заболевание женской мочевой системы, к которому, в частности, может приводить воспаление простаты. Более того, воспалительный процесс с простаты может распространиться на всю мочевыделительную систему, что приводит к уретропростатитом [53].

Четвертая точка зрения (жидкость, выбрасываемая во время оргазма, продуцируется не только женской простатой, а представляет собой смесь секретов, вырабатываемых различными железами) базируется на том, что объем эякулята может быть достаточно большим, и тогда он не может быть продуктом только парауретральных желез (женской простаты).

В связи с этим следует привести данные о количестве спермы, которое выбрасывается мужчинами при эякуляции, и той части, которую занимает в ней секрет предстательной железы. Карл Ф. Штіфтер [8] в связи с этим, ссылаясь на литературные данные, отмечает, что количество секрета в целом зависит от величины желез и их аккумулирующей способности [11]. Объем 95% мужских эякулятов варьирует от 0,2 до 6,6 мл. До сих пор его известная максимальная величина составляет 13 мл [32]. Источником 13–33% общего объема эякулята является простата, 46–80% – семенные пузырьки, 10% – придатки яичка. Объем женской простаты, как отмечалось нами ранее, составляет от одной пятой до одной четвертой веса простаты взрослого мужчины. Путем простых вычислений можно установить, что в жидкости женщин, которая выбрасывается во время одного оргазма, максимально могло бы содержаться 1,07 мл секрета предстательной железы. Если оргастических разрядов много, то совершенно естественно, что при каждом последующем оргазме объем выбрасываемой жидкости будет меньше. Даже если представить, что было 10 таких выбросов при уменьшающемся их объеме, то суммарный объем этой жидкости составил бы 10,7 мл. Как же можно объяснить тот факт, что некоторые авторы указывают на 50, 100 мл, а другие называют объем женского эякулята до 500 мл или даже более 1л?

В связи с этим следует привести высказывание J. G. Vohlen [11, p. 361], который считает неправдоподобным тот факт, что количество женского эякулята, выделенного простатой, может превышать 5 мл. Интересно и мнение по этому поводу Джона Перри (J. D. Perry), согласно последним исследованиям которого количество жидкости, выбрасываемой во время оргазма у женщин, в большинстве случаев не превосходит количество мужского семени, выбрасываемого при эякуляции. Следовательно, считает автор, все остальное сверх этого количества является мочой [6]. S. Kratochvíl [29] в связи с этим отмечает, что анализ жидкости, выбрасываемой во время оргазма у женщин, показал,

что она представляет собой мочу, секрет желез Скина (Skene's glands) или смесь того и другого.

Карл Ф. Штифтер [7] отмечает, что указанные в древних текстах объемы изливающейся женской генитальной жидкости многократно превышают ее объемы, приводимые в современных работах. Однако его опыт свидетельствует о том, что даже при больших объемах женского эякулята он не содержит мочи, что подтверждается и при лабораторных исследованиях. Он также заявляет, что выделение генитальной жидкости, которая не имеет ничего общего с мочой, возможно в количествах, которые упоминаются в старых источниках. Совместно с Ханс-Джерг Кляйн из венской медицинской лаборатории в 1983 г. автором была осуществлена серия экспериментов, в ходе которых проводился анализ данных, полученных у 20 мужчин и 20 женщин (Stifter, 1987). Он сообщает следующее:

«Среди тестируемых субъектов было пять женщин, которые, согласно их утверждениям, часто эякулировали при занятиях сексом. Им была дана инструкция воздерживаться от какой-либо сексуальной активности в течение по крайней мере 48 часов до испытаний (согласно рекомендациям Schumann et al., 1976 г.). Непосредственно перед мастурбацией, которой они занимались у себя дома, женщины опорожнили мочевые пузыри, а мочу перелили в мензурки. При этом три женщины стимулировали только клитор, а двум другим для эякуляции потребовалась также вагинальная стимуляция. Возраст тестируемых женщин составлял от 31 до 39 лет, четверо из них имели детей. Так как в большинстве случаев имело место извержение жидкости, часть этой жидкости отбиралась в пробирку при помощи стерильной трубки. Только в одном случае потребовалось сначала подождать, пока жидкость стечет на пластиковую пленку, а затем с помощью пипетки собрать ее в стеклянный сосуд. Во всех случаях жидкая половая секреция была полупрозрачной и имела молочно-белый цвет. Результаты анализа оказались недвусмысленными. Секрет, выделенный из уретры, существенно отличался по своим параметрам от мочи соот-

ветствующих субъектов, а также от среднепараметрических показателей всех 20 мужчин и 20 женщин, участвовавших в эксперименте. Для уточнения этих результатов мы решили определить и дополнительные параметры. После проведения вышеописанных предварительных испытаний мы взяли образцы эякулята у двух женщин, утверждавших, что объем выделяемой ими жидкости иногда достигает четверти литра, и подвергли эти образцы еще более 60 видам химического анализа. На основании нашей интерпретации наиболее значимых результатов мы пришли к заключению, что выделяемая при оргазме жидкость однозначно состоит из железистых секретов (Stifter, 1988 г.)» [8, с. 149–150].

По мнению Карла Ф. Штифтера [7], женскую простату не следует рассматривать как единственный источник женского эякулята, так как трудно представить, что она способна продуцировать такое количество жидкости, особенно если учесть ее размеры в соответствии с моделью Хаффмана. Поэтому, считает автор, было бы важно раз и навсегда выяснить роль матки, желез слизистой преддверия и вагинального трансудата, а также понять механизмы выброса.

В связи с этим следует упомянуть исследования японского профессора Ацуши Ошикане [по 8], который исследовал феномен женской эякуляции еще во времена Графенберга в 1950-е гг. Он разработал приспособление, которое можно было наложить на шейку матки подобно присоске. Ошикане предполагал, что источником эякуляции являются железы, расположенные вокруг шейки [35]. Такого же мнения придерживался американский акушер-гинеколог R. L. Dickinson (Роберт Латоу Дикенсон) [18]. Однако при исследованиях, проведенных К. Ф. Штифтером совместно с гинекологом Хайнцем в условиях, схожих с таковыми при исследованиях А. Ошикане, не удалось повторить полученных им результатов: даже после осуществления нескольких серий испытаний каких-либо выделений из шейки матки отмечено не было [45].

Интересно мнение о роли женского эякулята для здоровья мужчин, которое излагается в древних текстах, где женс-

кий эякулят известен под названием «амрита» или божественный нектар. В Древней Индии мужчины, возвращавшиеся после битвы, направлялись в храмы, чтобы исцелиться от душевных ран с помощью высших жриц любви, – священных проституток дакини, которые практиковали лечение амритой. Древние даосские мудрецы различали три типа вод или жидкостей, связанных с женским оргазмом. «Первая вода» – смазка, которая выделяется при сексуальном возбуждении. Жидкость, выделяемую при обычном оргазме, они называли «второй водой», а жидкость, которая выделяется при эякуляции, – «третьей водой». Все три жидкости содержат энергию шакти, которую можно обрести, занимаясь любовью. Физическое усвоение шакти происходит благодаря естественной поглощающей способности головки лингама (полового члена), введенной в йони (влагалище), независимо от того имеет ли место эрекция [5].

Как сообщает К. Ф. Штіфтер [8], до предшествующего столетия для китайцев и японцев было довольно общепринятым глотать женские секреторные выделения из половых органов в качестве стимулятора половой сферы или как омолаживающего тонизирующего средства.

Интерес представляют взгляды о влиянии эякуляции женщин на состояние их здоровья. В какой-то период времени считалось, что оргастическое извержение «секрета сладострастия» является одним из основных видов лечения истерии и других болезней. С этой целью стимуляцию проводили врачи и акушерки. В некоторых случаях женщины мастурбировали. Постепенно все большее распространение получила теория, согласно которой застоявшаяся «семенная жидкость» со временем претерпевает патологические изменения, что описывалось такими терминами, как «порча», «гниение». В связи с этим также говорили и об отравлении, ядовитых испарениях или ядовитых газах [21].

Еще в древности существовало убеждение, что отравленная жидкость обязательно смешается со всеми другими телесными жидкостями, а если исходить из версии о накоплении вредных газов, то вполне естественно, что их распространение по всему телу казалось еще более вероятным.

Для того чтобы жидкость не накапливалась, использовались вышеперечисленные меры. Помимо терапевтической процедуры эякуляции, с целью предотвратить болезнетворное влияние накапливающейся и претерпевающей патологическое перерождение жидкости давались диетические рекомендации по уменьшению выработки жидкости, извергаемой во время оргазма. Для уменьшения продукции этой жидкости также накладывался строгий запрет на плотские мысли, которые могли возникать при разговорах с мужчинами, чтении книг и рассматривании картин на любовные темы [8].

В начале XIX столетия гипотеза, согласно которой причиной женской истерии является накопление семенной жидкости и его отрицательные последствия, начала терять своих сторонников. Привычные представления об очистительном и оздоровительном эффекте полового акта сменились на противоположные. Если ранее частые половые сношения и связанная с ними женская эякуляция считались необходимыми для поддержания здоровья, то теперь, напротив, выделение генитальных секретов начали считать чуть ли не причиной болезней. Это распространилось и на отношение к мастурбации. Более того, в начале XIX века утвердилось представление о том, что женская мастурбация приводит к истерической нимфомании. Чтобы защитить женщину от этого «порока», в частности во Франции и Германии проводили клиторэктомия (хирургическую ампутацию клитора) [8].

Следует отметить, что большинство женщин, у которых происходит эякуляция, предпочитает испытывать оргазм с выделением жидкости, так как они субъективно получают от этого большее удовлетворение, чем от оргазма без эякуляции [40; 49]. Также выявлены следующие нижеперечисленные зависимости [по 7]. Так, Перри и Уипл считали подтвержденной гипотезу, в соответствии с которой женщины, которые эякулируют, имеют более сильную мышцу Кегеля (лобково-копчиковую мышцу), чем неэякулирующие. У них также отмечаются гораздо более сильные активные сокращения мышц матки. Завьячич обнаружил, что различные способы стимуляции (клиторальный, вагинальный), которые приводят к эякуляции у женщин, по-разному влияют на содержа-

ние в женском эякуляте простатоспецифического антигена (ПСА). Если эякулят получают путем массажа уретры через переднюю стенку влагалища, то ПСА в женском эякуляте может достигать более высокого уровня – от 7,0 до 33,0 мг/мл. В 1994 г. немецкий сексолог Сабина Ниден опубликовала данные о том, что феномен женской эякуляции встречается чаще у лесбиянок (42,3%) по сравнению с гетеросексуальными женщинами (28,9%), однако это не обязательно свидетельствует о том, что лесбиянки в принципе больше эякулируют. Скорее это говорит о том, что в данных случаях это легче выявить.

Знание о женской эякуляции исключительно важно для тех женщин, у которых она имеет место. Дело в том, что сами они могут принимать ее за недержание мочи и подавлять при половом акте, что приводит к торможению оргазма. Это знание также важно для мужей и сексуальных партнеров таких женщин. Одно дело иметь дело с женщиной, которая мочится на мужчину во время полового акта, и совсем другое – совершать половой акт с женщиной, которая хорошо возбуждается и эякулирует. Следовательно, это знание необходимо для гармонизации взаимоотношений супругов/сексуальных партнеров.

С момента появления сведений о женской эякуляции некоторые женщины начали считать, что если у них ее нет, то они чего-то недополучают. Поэтому они всячески стремятся ее достигнуть. Однако не следует забывать о широте диапазона нормы, а также о том, что отсутствие выброса жидкости при эякуляции не равнозначно тому, что его вообще нет, так как этой жидкости может выделяться мало, и, кроме того, она может забрасываться в мочевой пузырь. Если у женщины наступает оргазм, то она в равной степени сексуально здорова вне зависимости от того, эякулирует она или нет.

В завершение мы хотели бы сообщить о следующем. В беседе с одной сексуально здоровой женщиной мы узнали, что у нее при половом акте наступает эякуляция. Она любезно согласилась ответить на вопросы специально составленного нами опросника.

ОПРОСНИК

Возраст – 41 г.

Семейное положение – «гражданский брак» (совместное проживание), имеет сына 15 лет от этого «гражданского мужа».

Образование – высшее.

Когда впервые возникла эякуляция, с кем и при каких обстоятельствах?

В 23 года с моим молодым человеком. На тот момент я ничего не знала о женской эякуляции, поэтому не поняла, что это было, думала, что это непроизвольное мочеиспускание.

Эякуляция наступает с каждым партнером или нет?

Нет, не с каждым.

Эякуляция наступает каждый раз при оргазме или же бывают сухие оргазмы?

Нет, не каждый раз, бывают сухие оргазмы, все зависит от моего настроения и сосредоточенности на самом процессе. Для возникновения эякуляции необходимо мое сильное желание, старание партнера и стимуляция эрогенных зон влагалища.

Сколько оргазмов наступает во время одного полового акта?

Может наступить один, а иногда сбиваешься со счета. Однажды досчитала до 12 и сбилась.

Эякуляция возникает перед оргазмом или во время него?

Иногда непосредственно перед оргазмом, но чаще всего во время оргазма, ближе к его концу.

Какое количество эякулята выбрасывается за 1 оргазм?

Каждый раз разное – от 1 мл до лужи (50–70 мл).

Какое количество эякулята суммарно выбрасывается при всех оргазмах?

Каждый раз по-разному.

Какой цвет эякулята?

Это зависит от дня цикла (от прозрачного до слегка желтого).

Какая консистенция эякулята?

Жидкая, слегка липкая.

Какой запах эякулята?

Без запаха, но иногда с легким запахом мочи.

Зависит ли запах эякулята от фазы менструального цикла? (описать различия).

Перед менструацией он не имеет запаха и прозрачный.

Получаете большее удовлетворение от оргазма с эякуляцией или без нее?

В случае возникновения эякуляции удовлетворение больше, возникает состояние легкости, эмоциональный подъем.

Какие ощущения испытываете при оргазме с эякуляцией?

Ощущение освобождения от напряжения как «прыжок-полет».

Какие ощущения испытываете при оргазме без эякуляции?

«Прыжок-приземление».

Какие реакции сексуальных партнеров на эякуляцию?

Сначала они удивляются, а потом каждый раз стремятся довести меня до «фонтанирующего» оргазма.

Эта женщина пишет стихи, два из которых она посвятила наступающей у нее эякуляции.

Чьи-то следы на снегу,
а мои – на твоём полу.
Чьи-то черточки, кружочки,
я же оставляю страсти точки.
Лужица блестит, сияет,
что это – никто не знает.
Кроме нас двоих, уставших,
счастье и полет познавших!

* * *

Оставь наш мир без перемен –
там только ты и я!
Без глупых ссор и без измен,
ненужного вранья.
Ценю безоблачность небес
у нас над головой.
Наш Мир, еще он не исчез,
он нужен нам с тобой!
Постель из роз и аромат духов,
следы от страсти на полу...
Ты огради от чужаков
полеты наши наяву!

Данные, представленные в этой главе, ранее были изложены нами в специализированном журнале [4].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Биатова Наталья. Все для детей. – URL: <http://www.play-baby.ru/pages3/10460.php> (дата обращения: 05.03.2011).

2. Женская простата. – URL: <http://www.kasanova.su/index.php/orgazm/74-jenskaya-prostata-i-jenskaya-eyakulyaciya> (дата обращения: 06.03.2011).
3. Женский оргазм. Что такое женская эякуляция. – URL: <http://ussaka.ru/somewhat/12-2008-10-18-18-00-47/286-gorgazm.html?start=5Dpzn> (дата обращения: 06.03.2011).
4. Кочарян Г. С. Феномен женской эякуляции // Здоровье мужчины. – 2012. – №4 (43). – С. 79–87.
5. О женской эякуляции. – URL: <http://www.utriuem.ru/relations/methods/energy08.php> (дата обращения: 07.04.2011).
6. О женской эякуляции. По материалам работы К. Рэйли «Секреты тантры для мужчин». – URL: <http://www.utriuem.ru/relations/methods/energy08.php> (дата обращения: 09.04.2011).
7. Штифтер К. Третий аспект удовольствия: Тайна женской эякуляции / Пер. с нем. – М.: Профессиональная психотерапевтическая лига, 2000. – 160 с.
8. Штифтер Карл Ф. Сексологія вагінального оргазму або що потрібно знати жінці, щоб розширити діапазон своїх відчуттів / Пер. з англ. – К.: Агенція «Стандарт», 2006. – 200 с.
9. Ali S. Z., Smilari T. F., Gal D., Lovecchio J. L., Teichberg S. Primary adenoid cystic carcinoma of Skene's glands // *Gynecol Oncol.* – 1995. – 57. – P. 257–261.
10. Belzer E. G. Orgasmic Expulsion of Women: A Review and Heuristic Inquiry // *Journal of Sex Research.* – 1981. – 17 (1). – P. 1–12.
11. Bohlen J. G. Female ejaculation and urinary stress incontinence // *J. of Sex Research.* – 1982. – Vol. 18, Nr. 4. – P. 360–368.
12. Bullough B., David M., Whipple B., Dixon J., Allgeier E. R., Drury K. C. Subjective Reports of Female Orgasmic Expulsion of Fluid // *The Nurse Practitioner.* – 1984 – 9 (3) – P. 55–59.
13. Cabello Santamaria F. Female Ejaculation, Myth And Reality. – URL: <http://www.doctorg.com/pdf/FemEjacMythReality.pdf> (date of the reference: 03.04.2011).
14. Cartwright R., Elvy S., Cardozo L. Do women with female ejaculation have detrusor overactivity? // *J Sex Med.* – 2007. – 4 (6). – P. 1655–1658.

15. Darling C. A., Davidson J. K., Conway-Welch C. Female Ejaculation: Perceived Origins, the Grafenberg Spot/Area, and Sexual Responsiveness // *Archives of Sexual Behavior*. – 1990. – 19 (1). – P. 29–47.
16. de Graaf R. *De mulierum organis generationi inservientibus. Tractatus novus demonstrans tani homines et animalia caetera omnia, quac vivípara dicuntur, haud minus quam vivípara ab ovo origenem ducere* [no ed.]. – Leyden, 1672. – 66 p.
17. Diamandis E. P., Yu H. Nonprostatic sources of prostate-specific antigen // *Urol Clin North Am*. – 1997. – 24. – P. 275–282.
18. Dickinson R. L. *Human Sex Anatomy*. – Huntington (NY): Krieger, 1949.
19. Dodson M. K., Club W. A., Keeney G. L., Peterson M. F., Podratz K. C. Skene's gland adenocarcinoma with increased serum level of prostate-specific antigen // *Gynecol Oncol*. – 1994. – 55. – P. 304–307.
20. Ebisuno S., Miyai M., Nagareda T. Clear cell adenocarcinoma of the female urethra showing positive staining with antibodies to prostate-specific antigen and prostatic acid phosphatase // *Urology*. – 1995. – 45. – P. 682–685.
21. Elsässer G. *Ausfall des Coitus als Krankheitsursache in der Medizin des Mittelalters*. – Berlin: Ebering, 1934.
22. Galadari I., Al-Mazroei M., Alkaabi J. Prostaticspecific antigen and idiopathic hirsutism in females // *Int J Dermatol*. – 2004. – 43. – P. 275–277.
23. Grafenberg E. The Role of Urethra in Female Orgasm // *The Int. J. of Sexology*. – 1950. – Vol. III, Nr. 3. – P. 145–148.
24. Huffman J. W. Clinical significance of the paraurethral ducts and glands // *Arch Surg*. – 1951. – 62. – P. 615–625.
25. Huffman J. W. The detailed anatomy of the paraurethral ducts in the adult human female // *Am J Obstetr Gynecol*. – 1948. – 55. – P. 86–101.
26. Islam A. H., Kato H., Hayama M., Kobayashi S., Ota H., Nishizawa O. Adenocarcinoma of female paraurethral duct showing neuroendocrine differentiation // *Urology*. – 2001. – 58 (6). – P. 1058.
27. Kato H., Kobayashi S., Islam A. M., Nishizawa O. Female paraurethral adenocarcinoma: histological and

- immunohistochemical study // *Int J Urol.* – 2005. – 12. – P. 117–119.
28. Kocak M. Serum levels of prostate-specific antigen and androgens after nasal administration of gonadotropin releasing hormone-agonist in hirsute women // *Gynecol Endocrinol.* – 2004. – 18. – 179–185.
29. Kratochvíl S. [Orgasmic expulsions in women] [Article in Czech] // *Cesk Psychiatr.* – 1994. – 90 (2). – P. 71–77.
30. Ladas A. K., Whipple B., Perry J. D. *The G-Spot and Other Recent Discoveries about Human Sexuality.* – New York: Henry Holt & Company, 1982.
31. Lee N. H., Kim S. Y. Skene's duct cysts in female newborns // *J. Pediatr Surg.* – 1992. – 27 (1). – P. 15–17.
32. Macleod J. Semen quality in one thousand men of known fertility and in eight hundred cases of infertile marriage // *Fertility and Sterility.* – 1950. – 2. – P. 115–138.
33. McCluggage W. G., Ganesan R., Hirschowitz L., Miller K., Rollason T. P. Ectopic prostatic tissue in the uterine cervix and vagina: report of a series with a detailed immunohistochemical analysis // *Am J Surg Pathol.* – 2006. – 30. – P. 209–215.
34. McCrea L. E. Malignancy of the female urethra // *Urol Surv.* – 1952. – 2. – P. 85–149.
35. Oshikane A. *Ishi no seikagaku.* – Tokio: Gakkenshoin, 1977.
36. Prater Alicia M. Structure and function of the female prostate. URL: <http://www.helium.com/items/1937989-skenes-gland-female-prostate> (date of the reference: 04.05.2011).
37. Santos F. C. A., Taboga S. R. Female prostate: a review about the biological repercussions of this gland in humans and rodents // *Anim. Reprod.* – 2006. – Vol. 3, No.1. – P. 3–18.
38. Sauter E. R., Klein G., Wagner-Mann C., Diamandis E. P. Prostate-specific antigen expression in nipple aspirate fluid is associated with advanced breast cancer // *Cancer Detect Prev.* – 2004. – 28. – P. 27–31.
39. Schmidt S., Franke M., Lehmann J., Loch T., Stöckle M., Weichert-Jacobsen K. Prostate-specific antigen in female urine: a prospective study involving 217 women // *Urology.* – 2001. – 57. – P. 717–720.

40. Schubach G. The G-«Crest» and Female Ejaculation. 1997. – URL: <http://doctorg.com/3historical.htm> (date of the reference: 02.02.2011).
41. Schubach G. The G-spot is the female prostate // *Am J Obstet Gynecol.* – 2002. – 186. – P. 850.
42. Sharifi-Aghdas F., Ghaderian N. Female paraurethral cysts: experience of 25 cases // *BJU Int.* – 2004. – 93. – P. 353–356.
43. Skene A. J. C. The anatomy and pathology of two important glands of the female urethra // *Am J Obstetr Diss Women Child.* – 1880. – 13. – P. 265–270.
44. Sloboda J., Zaviacic M., Jakubovský J., Hammar E., Johnsen J. Metastasizing adenocarcinoma of the female prostate (Skene's paraurethral glands). Histological and immunohistochemical prostate markers studies and first ultrastructural observation // *Pathol Res Pract.* – 1998. – 194. – P. 129–136.
45. Stifter Karl F., Kittl Heinz. Female Ejaculation. New Aspects and Results. Paper presented at the 2nd Congresso Nacional de Sexologia Portuguesa, November 26–28, 1987, Coimbra; Resumos 2.
46. Tepper S. L., Jagirdar J., Heath D., Geller S. A. Homology between the female paraurethral (Skenes's) glands and the prostate // *Arch Pathol Lab Med.* – 1984. – 108 (5). – P. 423–425.
47. Weisberg M. A Note on Female Ejaculation // *Journal of Sex Research.* – 1981. – 17 (1). – P. 90–91.
48. Wernet N., Albrecht M., Sesterhenn I., Goebbels R., Bonkhoff H., Seitz G., Inniger R., Remberger K. The «female prostate»: localion, morphology, immunohistochemical characteristics and significance // *Eur Urol.* – 1992. – 22. – P. 64–69.
49. Whipple B. G-spot and Female Pleasure // *Human sexuality: An encyclopedia.* Bullough V. I., Bullough B. (eds.). – New York: Garland Publishing Inc., 1994.
50. Wimpissinger F., Swifter K., Grin W., Stackl W. The female prostate revisited: perineal ultrasound and biochemical studies of female ejaculate // *J Sex Med.* – 2007. – 4 (5). – P. 1388–1393.
51. Wimpissinger F., Tscherny R., Stackl W. Magnetic resonance imaging of female prostate pathology // *J Sex Med.* – 2009. – 6 (6). – P. 1704–1711.

52. Yu H., Berkel H. Prostate-specific antigen (PSA) in women // *J La State Med Soc.* – 1999. – 151 (14). – P. 209–213.
53. Zaviacic M. The female prostate: from vestigial Skene's parauretral glands and ducts to woman's functional prostate. – Bratislava: Slovack Academic Press, 1999. – 171 p.
54. Zaviacic M. Update on the female prostate and the phenomenon of female ejaculation // *J Sex Res.* – 1993. – 30. – P. 148–151.
55. Zaviacic M., Ablin R. J. The female prostate and prostate-specific antigen. Immunohistochemical localization, implications of this prostate marker in women and reasons for using the term «prostate» in human female // *Histol Histopathol.* – 2000. – 15. – P. 131–142.
56. Zaviacic M., Danihel L., Ružicková M., Blažeková J., Itoh Y., Okutani R., Kaway T. Immunohistochemical localization of human protein 1 in the female prostate (Skene's Gland) and the male prostate // *Histochem J.* – 1997. – 29. – P. 219–227.
57. Zaviacic M., Jakubovská V., Belošovic J., Breza J. Ultrastructure of the normal adult human female prostate gland (Skene's gland) // *Anat Embriol (Berl).* – 2000. – 201. – P. 51–61.
58. Zaviacic M., Ružicková M., Blažeková J., Zaviacic T., Itoh Y., Okutani R., Kawai T. Immunohistochemical distribution of rabbit polyclonal antiurinary protein 1 antibody in the female (Skene's gland) and male prostate: new marker for neuroendocrine cells? // *Acta Histochem.* – 1997. – 99. – P. 267–275.
59. Zaviacic M., Sidlo J., Borovský M. Prostate specific antigen and prostate specific acid phosphatase in adenocarcinoma of Skene's paraurethral glands and ducts // *Virchows Archiv A Pathol Anat.* – 1993. – 423. – P. 503–505.
60. Zaviacic M., Zajícková M., Blazeková J., Donárová L., Svetoslav S., Miroslav M., Zaviacic T., Holomán K., Breza J. Weight, size, macroanatomy, and histology of the normal prostate in the adult human female: a minireview // *J Histotechnol.* – 2000. – 23. – P. 61–69.

ГЛАВА 4

ЖЕНСКИЙ ОРГАЗМ: БОРЬБА И СМЕНА ПАРАДИГМ (ПРЕДСТАВЛЕНИЙ)

Вопрос о разграничении клиторического и вагинального оргазма давно является предметом многочисленных споров ученых. Можно выделить три парадигмы генитально активированного оргазма [3].

Парадигма 1. «Оргазм, обусловленный клиторальной стимуляцией, – инфантильный, а вагинальной – зрелый»

З. Фрейд утверждал, что клиторальные оргазмы свидетельствуют о психологической незрелости, инфантильной сексуальности женщин. В то же время вагинальные оргазмы, возникающие при половом акте, по его мнению, являются «зрелыми», поскольку они свидетельствуют о завершении нормального психосексуального развития [4]. В своем эссе «Некоторые психические следствия анатомического различия полов» З. Фрейд (1925) писал, что «условием для развития женственности является устранение сексуальности, связанной с клитором». В литературе, однако, отмечается, что еще в 1905 г. З. Фрейд заявил, что клиторальный оргазм чисто подростковое явление, которое по достижении половой зрелости сменяется оргазмом вагинальным [16]. Данная мысль, в частности, была высказана им в его работе «Три очерка по теории сексуальности».

Хотя З. Фрейд не представил доказательств для этого предположения, последствия высказанной им точки зрения были значительными. Авторитет З. Фрейда был велик, особенно среди психоаналитиков. Поэтому идея незрелости клиторического оргазма получила большое распространение. Даже появились рекомендации, как перевести клиторический тип оргазма в вагинальный [13].

С мнением З. Фрейда, которое было чисто умозрительным и не основывалось на каких-либо доказательствах, однако, не согласились не только ученые, которые не относились к психоаналитическому направлению, но даже ряд пси-

хоаналитиков. Первое крупномасштабное исследование сексуального поведения женщин было проведено в США А. Kinsey (А. Кинси) и соавт. Его результаты были опубликованы в 1953 г. [9]. Альфред Кинси был первым исследователем, который жестко критиковал идеи Фрейда о женской сексуальности и оргазме. Он и его коллеги опросили 5940 представителей женского пола и обнаружили, что большинство женщин не могли испытать вагинальный оргазм. А. Кинси подверг критике идею З. Фрейда и других теоретиков, которые проецировали конструкции мужской сексуальности на женщин, и считал клитор «главным центром сексуальной реакции», а роль влагалища в сексуальном удовлетворении относительно незначительной. В качестве доказательства приводилось то, что немногие женщины при мастурбации вставляют пальцы или какие-либо предметы во влагалище [по 16].

Приводятся и данные других авторов, которые также свидетельствуют о том, что наиболее распространенным способом для достижения оргазма у женщин является физическая сексуальная стимуляция клитора. Так, сообщается, что, согласно статистическим данным, 70–80% женщин требуют прямой стимуляции клитора, хотя косвенной стимуляции клитора (например, с помощью вагинального проникновения) также может быть достаточно. В связи с этим отмечается, что клиторальный оргазм легче достижим, так как головка клитора и клитор в целом имеют более 8000 сенсорных нервных окончаний, что равно или в некоторых случаях даже больше числа нервных окончаний мужского полового члена или его головки [16]. В одной публикации сообщается, что клитор имеет около 8000 нервных окончаний, что в два раза больше, чем в головке пениса [5].

Критикуя представление З. Фрейда о преимуществе вагинального оргазма над клиторальным, W. H. Masters и V. E. Johnson (У. Мастерс и В. Джонсон) [14] отмечали, что, независимо от источника сексуальной стимуляции, физиологически оргазмы у женщин всегда протекают как рефлекторная реакция одного и того же типа. Оргазм, который достигается в результате потирания клитора, физиологически ни-

чем не отличается от оргазма, вызванного половым актом или просто поглаживанием груди. Это, однако, не означает, что все оргазмы ощущаются женщинами одинаково, обладают равнозначной интенсивностью или приносят одинаковое удовлетворение. Ощущения и их интенсивность зависят от личного восприятия, а на степень удовлетворенности оказывают влияние многие факторы [по 4].

Интересно отметить, что в течение долгого времени среди населения также существовало мнение, что если оргазм не наступает при вагинальном половом акте, а только в результате стимуляции клитора, то это ненормально. Раньше за лечебной помощью обращались женщины, которые по этой причине считали себя больными. Однажды к нам за консультацией обратилась крайне озабоченная красивая молодая женщина («кровь с молоком») из пригорода, которая предъявила такую жалобу и сообщила, что при стимуляции клитора «мне хорошо». После непродолжительной разъяснительной беседы она вышла из нашего кабинета в хорошем настроении с гордо поднятой головой. В настоящее время такие жалобы, дискредитирующие клиторически активированный оргазм, женщинами предъявляются редко.

Парадигма 2. «Существует лишь один генитально активированный оргазм – оргазм, обусловленный стимуляцией клитора»

С течением времени клиторический оргазм, однако, стали считать не только равноценным оргазму вагинальному, но, более того, заговорили о том, что на самом деле существует только клиторический оргазм, а вагинальный является мифом, так как все оргазмы (*даже при вагинальной интромиссии*) являются результатом непосредственной или опосредованной стимуляции клитора. Так, Р. К. Вестгеймер (R. K. Westheimer) [1, с. 151] отмечает: «Теперь считается, что клитор является главным органом, участвующим в женском оргазме. Ранее считалось, что существует оргазм высшего порядка, известный как «вагинальный». Однако доказано, что это миф, и, как стало известно в настоящее время, все оргазмы прямо или косвенно являют-

ся результатом стимуляции клитора. Обычно женщины достигают оргазма от прикосновения к клитору и в результате его стимуляции. Даже женский оргазм, вызванный проникновением во влагалище, связан со стимуляцией клитора. При сношении малые губы и влагалище обычно растягиваются. Поскольку посредством соединительной ткани они сообщаются с клитором, растягивание вызывает стимуляцию клитора. Такая стимуляция ответственна за последующий женский оргазм ...».

Исследование австралийского уролога Н. Е. О'Connell и соавт. с использованием МРТ, результаты которого были опубликованы в 2005 г. [15], также указывает на связь между оргазмами, испытываемыми при воздействии на влагалище и клитор, исходя из того, что клиторальные ткани распространяются на переднюю стенку влагалища. По мнению этих авторов, следовательно, клиторальный и вагинальный оргазмы имеют то же самое происхождение [15]. Ими при исследовании трупов также было установлено, что некоторые женщины имеют «более обширные клиторальные ткани и нервы, чем другие», что в большей степени отмечается у трупов молодых женщин по сравнению с пожилыми [16]. Следовательно, в то время как большинство женщин могут достичь оргазма только путем прямой стимуляции внешних частей клитора, стимулирование его внутренних частей при половом акте может быть достаточным для других женщин [15]. Несмотря на то, что при некоторых ультразвуковых исследованиях было найдено доказательство существования G-пятна (G-spot) у женщин, которые сообщают о связанном с ним вагинальном оргазме при половом акте, Н. Е. О'Connell предполагает, что взаимоотношения между клитором и влагалищем предоставляют физиологическое объяснение роли предполагаемого G-пятна. Чувствительность G-пятна в данном подходе объясняется вовлечением клитора при стимуляции этого пятна.

Французскими исследователями Odile Buisson (Одиль Бюиссон) и Pierre Foldès (Пьер Фолдес) были получены сходные результаты. В 2008 г. они опубликовали результаты первого полного 3D УЗИ, где осуществлялась стимуляция

клитора, а в 2009 г. результаты нового исследования, демонстрируя способы, когда эректильная ткань клитора наливается кровью и окружает влагалище. Исходя из этого они заявляют, что женщины могут достичь вагинального оргазма посредством стимуляции G-пятна потому, что богато иннервируемый клитор подтягивается близко к передней стенке влагалища, когда женщина сексуально возбуждена во время вагинального проникновения. Авторы утверждают, что, поскольку передняя стенка влагалища неразрывно связана с внутренними частями клитора, стимулирование влагалища без стимуляции клитора «может быть почти невозможно» [по 16]. В своем исследовании, результаты которого были опубликованы в 2009 г., они продемонстрировали тесную связь между корнем клитора и передней стенкой влагалища. Buisson и Foldes предположили, «что особую чувствительность нижней части передней стенки влагалища можно объяснить давлением и движением корня клитора во время вагинального проникновения и последующего сокращения промежности» [по 15].

В своей статье 2013 г. О. 1. Buisson и E. A. Jannini [6] отмечают, что женщины описывают, по крайней мере, два типа оргазма: клиторальный и вагинальный. Тем не менее различия, если таковые имеются, вызывают споры. Для того чтобы выяснить функциональную анатомию этого феномена, чаще всего достигаемого за счет стимуляции клитора, исследователи использовали УЗИ с целью визуализации движений клитороуретровлагинального комплекса (clitourethrovaginal [CUV] complex) как при внешней, прямой стимуляции клитора, так и во время вагинальной стимуляции. УЗИ было проведено у трех здоровых волонтеров с применением the General Electric® Voluson® sonography system (General Electric Healthcare, Vélizy, France), используя 12-МГц плоский зонд и вагинальный датчик. Осуществлялась сонография стимулируемого клитора во время ручной самостимуляции «внешнего клитора» или во время вагинального проникновения с помощью влажного тампона. Результаты проведенного исследования показали, что корень клитора не связан с внешней стимуляцией клитора. В отли-

чие от этого, при вагинальной стимуляции (из-за движений и перемещений) фиксируется вовлечение всего CUV комплекса и, в частности, корней клитора, демонстрируя функциональные различия в зависимости от типа стимуляции. Цветовой сигнал указывает на скорость потока в венах, отражая анатомические изменения. На основании проведенного исследования, авторы делают вывод, что существование двух типов возбуждения можно объяснить вовлечением различных частей клитора (внешней и внутренней) и CUV комплекса.

В одном материале [2; 17] сообщается, что за более чем пять миллионов лет эволюции человека появился только один орган – клитор, единственным назначением которого является сексуальное удовольствие. Однако изучением его анатомии углубленно практически никто не занимался, чего нельзя сказать о мужском половом члене. Поэтому у многих сложилось впечатление, что клитор – это только его головка. Спросив у первой встречной, где расположен клитор, вы, скорее всего, получите следующие ответы: «это маленькая шишечка в верхней части моих половых губ» или «это бугорок, спрятанный под капюшоном». Однако интересно то, что на самом деле большая часть клитора находится внутри таза, то есть он гораздо более внутренний, чем внешний. Внутренняя часть клитора состоит из двойного пещеристого тела (лат. corpus cavernosum clitoridis), двух ножек (лат. crus clitoridis) и двух клиторальных луковиц (лат. bulbus vestibuli vaginae). Головка клитора переходит в тело внутреннего клитора, которое в свою очередь расходится в два пещеристых тела (см. рис.). В возбужденном состоянии пещеристые тела охватывают влагалище с обеих сторон, как если бы они крепко обнимали его! Пещеристые тела уходят еще глубже, сходясь и вновь раздваиваясь, чтобы сформировать две ножки. Около каждой ножки с обеих сторон от входа во влагалище расположены клиторальные луковицы. Они находятся под большими половыми губами.

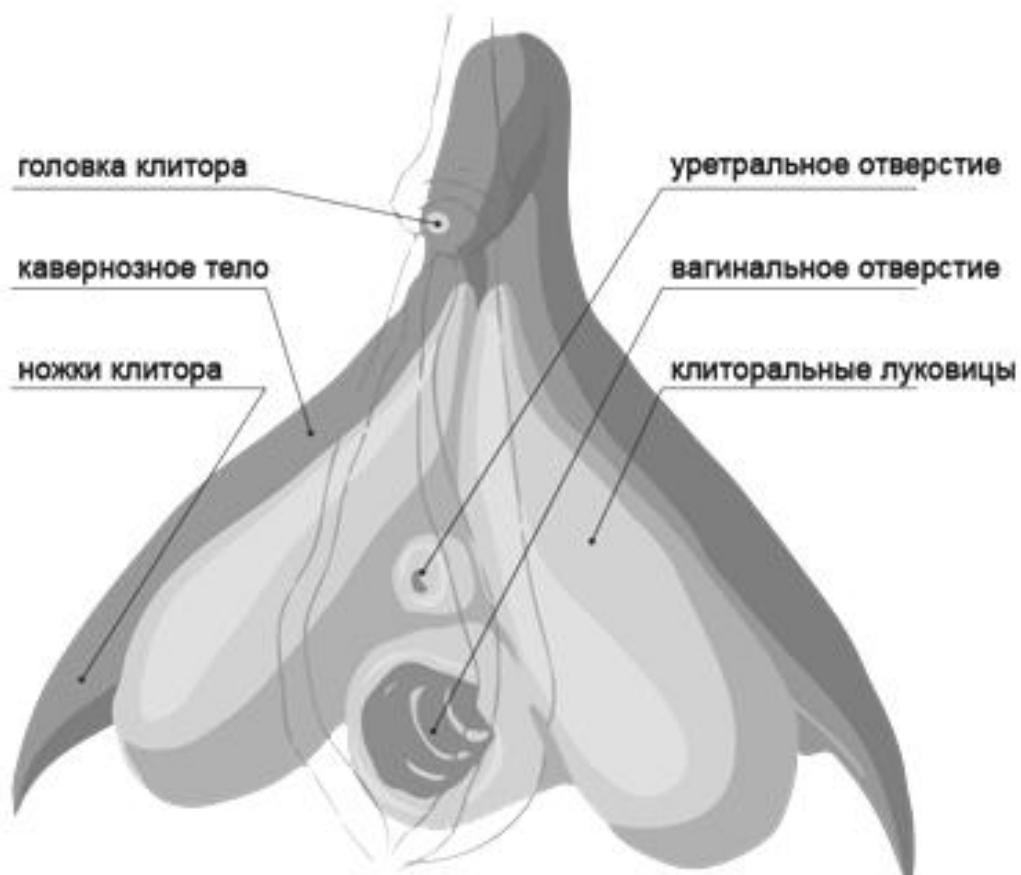


Рисунок 12. Анатомия клитора

Далее в цитируемой публикации обсуждается вопрос о том, возможно ли возникновение сексуального возбуждения при стимуляции влагалища [2, 17]. Отмечается, что в 1953 г. А. Кинси (A. Kinsey) писал: «у подавляющего большинства женщин стенки влагалища практически нечувствительны... Нет никаких доказательств того, что для женщин влагалище является единственным источником возбуждения или даже первостепенным фактором эротического возбуждения». В противовес этому приводится мнение Жермен Грир (Germaine Greer) – автора книги *The Female Eunuch* (Женщина-евнух) (1970), в которой она раскритиковала Кинси. Она писала: «Это глупость говорить, что женщина ничего не чувствует, когда в ее влагалище двигается член мужчины». Далее для разрешения этого заочного спора, где каждый из этих двух авторов был по своему прав, в цитируемой публикации сообщается, что, к сожалению, только в 2009 г. французская исследовательница – доктор Одиль Бюиссон (Dr. Odile Buisson) и доктор Пьер Фольдес (Dr. Pierre Foldès)

предоставили медицинскому сообществу первые трехмерные УЗИ стимулированного клитора. Исследования проводились без какого-бы то ни было должного финансирования в течение трех лет. «Благодаря им мы теперь понимаем, как пещеристая ткань клитора наполняется кровью и охватывает влагалище. Это – настоящий прорыв, который показывает, что то, что раньше считалось вагинальным оргазмом, на самом деле является внутренним клиторальным оргазмом» [2; 17]. В связи с обсуждаемой проблемой интерес представляют данные, согласно которым по величине клитор такой же, как и пенис (они равны по размеру и весу) [5].

Однако обсуждаемая парадигма не ограничивается только тем, что при стимуляции влагалища происходит опосредованная стимуляция клитора, и это приводит к оргазму. С такой стимуляцией клитора связывают и оргазм, который возникает при стимуляции анальной зоны. Сообщается, что у женщин «анальное удовольствие» может быть достигнуто не только при стимуляции нервных окончаний, найденных в анусе и прямой кишке, но также за счет опосредованного стимулирования ножек клитора. Косвенное стимулирование клитора посредством анального проникновения может быть вызвано вовлеченными чувствительными нервами, особенно ветвями срамного нерва (the pudendal nerve), который в настоящее время чаще называют половым (n. pudendus, n. pudendalis): нижними анальными нервами (the inferior anal nerves), промежностным нервом (the perineal nerve) и дорзальным нервом клитора (the dorsal nerve of the clitoris). G-пятно, которое считается связанным с клитором [15], также может быть доступно через анальное проникновение. Помимо этого, оргазм путем стимуляции клитора или области G-пятна посредством анального проникновения возможен из-за непосредственной близости между вагинальной полостью и полостью прямой кишки [16].

Несогласие с позицией З. Фрейда высказывали и представители феминистского движения. Так, в классической статье Нью-Йоркской феминистки Anne Koedt (Энн Коэдт) *The Myth of the Vaginal Orgasm* (Миф вагинального оргазма) З. Фрейд даже назван **отцом вагинального оргазма** [18].

Цитируемый автор связывает мнение Фрейда, который не основывал свою теорию на изучении анатомии, с его общим отношением к женщинам как существам более низкого порядка по сравнению с мужчинами. Энн Коэдт приводит высказывание последователя идей Фрейда психоаналитика Frank S. Caprio (Фрэнка С. Каприо), который в своей работе «The Sexually Adequate Female» («Сексуально адекватная женщина») заявил: «... всякий раз, когда женщина неспособна к достижению оргазма посредством коитуса (если муж – адекватный партнер) и предпочитает клиторальное возбуждение любой другой форме сексуальной деятельности, она может быть расценена как страдающая от фригидности и требует психиатрической помощи» [7, р. 64.]. В данной статье можно, в частности, встретиться со следующими утверждениями:

- хотя переживание оргазма может отличаться, все оргазмы клиторические;
- влагалищный оргазм – оргазм, который фактически не существует;
- женщины не нуждаются в какой-либо анестезии влагалища при операциях, что свидетельствует о его малой чувствительности;
- единственная функция клитора – доставлять сексуальное наслаждение.

Таким образом, из приведенных выше различных данных следует, что оргазм может быть связан только с прямой или опосредованной стимуляцией клитора. В этом подходе роль влагалища в возникновении оргазма сводится к нулю, и оно объявляется «немой» зоной – Золушкой, которая останется таковой навсегда [3]. Данное утверждение, в частности, базируется на том, что в ряде публикаций прошлых лет сообщалось о полной нечувствительности влагалища, что не соответствует реальной действительности.

Парадигма 3. «Существуют различные равноценные генитально активированные оргазмы»

Как известно, «полюсовое» мышление практически всегда ведет к искажениям. Интересные исследования были осуществлены в США. В. Р. Комисарук (Б. Комисарук) и соавт. [12] провели специальное исследование, чтобы картировать ответы головного мозга на стимуляцию, исходящую из различных областей женских половых органов и сосков молочной железы. Авторы отмечают, что о проекции влагалища, шейки матки и сосков в сенсорной коре людей не сообщалось. Целью данного исследования состояла в том, чтобы картировать сенсорные корковые области клитора, влагалища, шейки матки и сосков молочной железы для объяснения роли нервных механизмов, лежащих в основе сексуального ответа. Используя функциональную магнитно-резонансную томографию, ученые картировали сенсорные корковые ответы на клиторальную, влагалищную, шеечную и мамиллярную самостимуляцию. Для ориентации также картировались ответы на стимуляцию большого пальца руки и большого пальца ноги. Полученные результаты свидетельствовали о том, что **клиторальная, влагалищная и цервикальная самостимуляция активизировала дифференцируемые сенсорные корковые области**, которые были сгруппированы в медиальной коре (парацентральной дольке) и связаны с иннервацией различными центростремительными нервами и разными поведенческими коррелятами. Самостимуляция сосков активизировала генитальную сенсорную кортикальную (так же как и торакальную) область миниатюрной карты. Активация генитальной сенсорной коры при самовозбуждении сосков была неожиданной. Отмечается, что генитальная сенсорная кора, идентифицированная в классической модели человека Пенфилдом (Penfield) при электрическом возбуждении мозга мужчин, была впервые идентифицирована при проведении характеризуемого исследования у женщин [12].

Помимо этого, было выявлено, что женщины даже с полным поперечным поражением спинного мозга в ряде случаев могут испытывать оргазм при вагиноцервикальной

стимуляции, однако стимуляция клитора к этому не приводит. Это связывают с различием в иннервации клитора и матки. В частности, в чувствительной иннервации матки участвует блуждающий нерв, который достигает головного мозга, минуя спинной мозг. В иннервации же клитора данный нерв не участвует [10; 12]. Этот факт также свидетельствует против того, что генитально активированный оргазм может быть только клиторическим.

Проблема возможности возникновения вагинально активированного оргазма (ВАО) стала предметом дискуссии 6 ученых, которая в 2012 г. нашла отражение в *Journal of Sexual Medicine* (Журнал сексуальной медицины) [8]. Эксперт №1, наряду с экспертом №2, рассмотрели данные специальной литературы, демонстрируя анатомическую возможность для ВАО. Эксперт №3 представил валидизированные сообщения женщин о приятных сексуальных реакциях и адаптивной значимости ВАО. Эхографическое динамичное доказательство было представлено экспертом №4 (описывался оргазм, полученный от стимуляции либо внешнего клитора, либо внутреннего [во время вагинального проникновения]). Эксперт №5 представил свои изящные опыты, показывая однозначно различные сенсорные ответы на клиторальную, вагинальную и цервикальную стимуляцию. Наконец, последний эксперт представил находки относительно психологического сценария, свидетельствующего о ВАО.

По нашему мнению, попытка дискриминации влагалища как возможного источника возникновения оргазма выглядит тем более несостоятельной, так как хорошо известно о возможности возникновения оргазма при негенитальной стимуляции (соски грудных желез, оральная зона, внутренняя поверхность правого коленного сустава и др.) и психического оргазма, возникающего при сексуальных фантазиях и даже, более того, спонтанно. Не вызывает сомнений, что в этих случаях клитор никоим образом не получает какой-либо стимуляции. Непонятно, почему стимуляция, например коленного сустава, может вызвать оргазм, а стимуляция влагалища – нет, тем более, что во влагалище есть ряд эрогенных зон. В заключение следует отметить, что, по-видимому,

невозможность возникновения оргазма при стимуляции влагалища является научно необоснованной сексуальной дискриминацией этого органа [3].

Следует отметить, что **оргазмы могут быть смешанными**. В. Р. Komisaruk и соавт. [11] сообщают, что различия в ощущениях при стимулировании клитора, влагалища и шейки матки наиболее вероятно обусловлены отличиями в их иннервации. Клитор главным образом иннервируется срамным нервом (the pudendal nerve), влагалище – в основном тазовым нервом (the pelvic nerve), а шейка – главным образом подчревным (hypogastric), тазовым (pelvic) и блуждающим (vagus) нервами (nerves). Стимулирование каждой из этих областей может продуцировать оргазмы, отличающиеся по своим ощущениям. Комбинированная же стимуляция всех трех областей имеет совокупный эффект, порождая «смешанный оргазм» («blended orgasm») (I. Singer, 1973; Ladas и соавт., 1982, 2005) [по 11].

В заключение хотелось бы высказать ряд соображений, имеющих отношение к терминологии женского оргазма. По нашему мнению, такие определения как «вагинальный оргазм», «клиторальный оргазм», «цервикальный / шейный оргазм» и т. п. являются семантически несостоятельными. При всех названных и не названных видах оргазма в процесс вовлекаются различные органы и системы. Даже если определять только вовлеченность в оргазм гениталий, то при так называемом клиторическом оргазме в процесс вовлекаются и влагалище, и матка. Поэтому для разграничения различных видов оргазма (не только связанного со стимуляцией гениталий) следует использовать следующие термины: «оргазм, обусловленный стимуляцией клитора», «оргазм, обусловленный стимуляцией влагалища», «оргазм, обусловленный стимуляцией шейки матки», «оргазм, обусловленный оральной стимуляцией», и т. д. Также может быть использована вышеупомянутая терминология западных авторов («вагинально активированный оргазм» [the vaginally activated orgasm] и т. д.) [8].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вестхеймер Р. К. (Westheimer R. K.) Энциклопедия сексуальности человека [пер. с англ.]. – М.: КРОН-ПРЕСС, 1995. – 400 с.
2. Внутренний клитор. Feb. 28th, 2013 at 11:30 AM. – URL: <http://meravelha.livejournal.com/184270.html> (дата обращения: 15.11.2014).
3. Кочарян Г. С. Женский оргазм, обусловленный генитальной стимуляцией: смена и борьба парадигм // Здоровье мужчины. – 2014. – №4 (51). – С. 39–43.
4. Мастерс У. Джонсон В., Колодни Р. (Masters W., Johnson V., Kolodny R.) Основы сексологии [пер. с англ.]. – М.: Мир, 1998. – х + 692 с.
5. 6 amazing things you didn't know about your clitoris. – URL: <http://www.yourtango.com/experts/susun-weed/six-amazing-things-you-didn-t-know-about-your-clitoris#.VHRH8DtX1nM> (date of the reference: 25.11.2014).
6. Buisson O. 1., Jannini E. A. Pilot echographic study of the differences in clitoral involvement following clitoral or vaginal sexual stimulation // J Sex Med. – 2013. – 10 (11). – P. 2734–2740.
7. Caprio F. S. The Sexually Adequate Female. – Fawcett Gold Medal Books, 1966.
8. Jannini E. A., Rubio-Casillas A., Whipple B., Buisson O., Komisaruk B. R., Brody S. Female orgasm(s): one, two, several // J Sex Med. – 2012. – 9 (4). – P. 956–965.
9. Kinsey A. C., Pomeroy W. B., Martin C. E., Gebhard P. H. Sexual behavior in the human female. – Philadelphia: Saunders, 1953. – 842 p.
10. Komisaruk B. R., Whipple B., Crawford A., Grimes S., Liu W-C., Kalnin A., Mosier K. Brain activation during vaginocervical self-stimulation and orgasm in women with complete spinal cord injury: fMRI evidence of mediation by the vagus nerves // Brain Res. – 2004. – 1024 (1-2). – P. 77–88.
11. Komisaruk B. R., Beyer-Flores C., Whipple B. The science of orgasm. – Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2006. – х + 359 p.
12. Komisaruk B. R., Wise N., Frangos E., Liu W-C., Allen K., Brody S. Women's clitoris, vagina, and cervix mapped on the sensory

- cortex: fMRI evidence // *J Sex Med.* – 2011. – 8 (10). – P. 2822–2830.
13. Lux E. *Szexual pszichologia.* – Budapest: Medicina Kanjukiado, 1981. – 240 l.
 14. Masters W. H., Johnson V. E. *Human sexual response.* – Boston: Little Brown & Company, 1966. – 366 p.
 15. O’Connell H. E., Sanjeevan K. V., Hutson J. M. Anatomy of the clitoris // *The Journal of Urology.* – 2005. – 174 (4 Pt 1). – P. 1189–1195.
 16. Orgasm. From Wikipedia, the free encyclopedia. – URL: <http://en.wikipedia.org/wiki/Orgasm> (date of the reference: 20.07.2014).
 17. The Internal Clitoris. Posted on November 30, 2011. – URL: <http://blog.museumofsex.com/the-internal-clitoris/> (date of the reference: 15.11.2014).
 18. The Myth of the Vaginal Orgasm by Anne Koedt (1970). – URL: <http://www.uic.edu/orgs/cwlulherstory/CWLUArchive/vaginalmyth.html> (date of the reference: 11.11.2014).

ГЛАВА 5

КЛАССИФИКАЦИИ ОРГАЗМА И ПУТИ ЕГО ДОСТИЖЕНИЯ

Существуют различные классификации оргазма и самые разнообразные пути его достижения, связанные и не связанные со стимуляцией гениталий. В данной главе, материалы которой были ранее отражены в специализированном журнале [5], мы постарались представить затрагиваемую проблему с учетом ее многомерности.

Классификация женского оргазма А. М. Свядоца [19] выделяет следующие виды оргазма:

I. По источнику возникновения: 1) коитальный; 2) экстракоитальный (поллюционный, мастурбационный, в том числе миокомпрессионный, петтинговый, случайный).

В качестве примеров миокомпрессионного оргазма можно привести следующие клинические наблюдения. Одна наша пациентка (медицинская сестра) предъявила жалобы на отсутствие оргазма при половых сношениях с мужем и с врачами по месту ее работы, которые, по ее высказываниям, «были большими специалистами» в этом вопросе. Вместе с тем при активном расспросе сообщила, что может испытать его при сжатии бедер, положив одно бедро на другое. К такой форме получения оргазма прибегала задолго до замужества. Другая наша 28-летняя пациентка не испытывала оргазма при половых актах ни с одним из двух своих мужей (в настоящее время разведена). Неоднократные ее попытки пережить его при интимных контактах с другими мужчинами также не увенчались успехом. Вместе тем она способна испытать до 30 и более оргазмов после того, как в течение некоторого времени сжимает мышцы бедер, положив одно бедро на другое. Оказалось, что таким образом эта женщина впервые испытала оргазм в 8 лет и до сих пор систематически прибегает к данной форме сексуального самоудовлетворения [7; 11].

II. По локализации: 1) клиторический, 2) вагинальный, 3) неопределенной локализации.

III. По течению: 1) кратковременный (пикообразный); 2) затяжной (волнообразный); 3) однократный; 4) многократный.

IV. По интенсивности: 1) сильный; 2) умеренный; 3) слабый.

Следует обратить внимание на то, на основании чего А. М. Свядоц [19] разграничивает оргазм по локализации. Необходимо специально подчеркнуть, что в основу такого разделения положена локализация ощущений, возникающих в гениталиях женщины во время оргазма, а не направленность стимуляции на те или иные участки ее половых органов, которая приводит к оргазму. Автор в связи с этим отмечает: «Ощущения, возникающие в начале оргазма, могут локализоваться либо в области клитора, либо в области влагалища. Некоторые женщины не могут точно указать их локализацию. В соответствии с этим можно говорить об оргазме клиторическом, вагинальном и оргазме неопределенной локализации. Клиторический оргазм чаще наблюдается у женщин, у которых клитор является высокочувствительной эрогенной зоной, вагинальный – у женщин, у которых такой эрогенной зоной является влагалище. При изолированной стимуляции клитора чаще возникает оргазм клиторический, однако может возникать и вагинальный. Клиторический оргазм может возникать и при половом акте, сопровождающемся глубоким внедрением мужского полового органа во влагалище, или при пролонгированной стимуляции последнего за счет сопутствующего давления на клитор. ... Вагинальный оргазм может возникнуть у женщины и вне полового акта при изолированной стимуляции эрогенных зон влагалища, не сопровождающейся давлением на клитор, а также при изолированной стимуляции грудных желез без прикосновения к влагалищу» [19, с. 27].

З. В. Рожановская, А. М. Свядоц [18] обращают внимание на тот факт, что на локализацию оргазма также оказывают влияние конституциональные особенности женщины.

Так, клиторический оргазм несколько чаще встречается у женщин с властными чертами характера, а вагинальный – у мягких, женственных натур. Из 200 опрошенных нефригидных женщин как клиторический, так и вагинальный оргазмы испытывали 88 женщин, только вагинальный – 48, только клиторический – 52, оргазм неопределенной локализации – 12. Из общего числа женщин (88), которые испытывали оба вида оргазма, 15 указали, что клиторический оргазм был острее и приятнее вагинального, 12 – что они примерно равны. Вместе с тем остальные женщины (61) оценили вагинальный оргазм как таковой, который давал более глубокое удовлетворение, «охватывал всю», а клиторический оргазм как оргазм, вызывающий лишь локальные ощущения, оставляющий чувство напряженности и не приносящий полного удовлетворения [19].

Классификация женского оргазма по В. И. Здравомыслову [3]. Данная классификация отличается от классификации А. М. Свядоца тем, что разделение оргазмов производят в зависимости от того, воздействие на какую зону приводит к возникновению оргазма. Так, В. И. Здравомыслов различает 7 форм женского оргазма: три физиологические (вагинальная, клиторная, цервикальная [маточная]) и четыре патологические (оральная, ректальная [анальная], сосковая и психическая [психический онанизм]).

По мнению С. С. Либиха [3], переходной формой между вагинальным и ректальным оргазмом является выявленный им несколько раз промежностный (перинеальный) оргазм.

З. В. Рожановская различает клиторальный, вагинальный и промежностный виды оргазма и не высказывает своего отношения к цервикальному оргазму [по 3].

Следует отметить, что в свете недавних исследований при вагинальной стимуляции может иметь место воздействие на внутреннюю часть клитора, что и приводит к оргазму [26; 41; 42]. Вместе с тем, по нашему мнению, в этих случаях оргазм может наступать и в результате стимуляции именно эрогенных зон влагалища [4]. В связи с вышеизложенным следует подчеркнуть, что в классификации В. И. Здравомы-

слова [3] под клиторическим оргазмом, несомненно, подразумевается оргазм, который вызывается стимуляцией внешней части клитора.

Классификация женского оргазма Джозефины Сингер и Ирвинга Сингера (Josephine and Irving Singer) 1972 года [44]. Авторы описали 3 типа женского оргазма: **вульварный***, **маточный** и **смешанный**. Авторы полагают, что *вульварный оргазм* соответствует типу оргастического ответа, описанному Мастерс и Джонсон. Этот тип оргазма может быть индуцирован коитальной или мануальной стимуляцией. Он сопровождается сокращениями оргастической платформы и обычно не сопровождается рефрактерным периодом. *Маточный оргазм* возникает только как результат вагинальной пенетрации и характеризуется непроизвольно задерживающимся дыханием по мере того, как приближается оргазм. Во время самого оргазма женщина делает взрывной выдох. Сингеры полагают, что этот тип оргазма часто индуцирует глубокое чувство релаксации и сексуального удовлетворения и обычно сопровождается рефрактерным периодом. *Смешанный оргазм* является комбинацией двух первых. Он характеризуется как сокращениями оргастической платформы, так и задержкой дыхания.

Оргазм у женщин может возникать при коитальной стимуляции, вне коитуса (при эротических сновидениях, сексуальном фантазировании, мастурбации, при физических нагрузках, петтинге, переживаниях неприятного или, напротив, приятного характера и других воздействиях, а также спонтанно.

Многообразие условий, которые могут приводить к возникновению оргазма, подчеркивает шуточная история, приводимая М. А. Ярхаузом и Э. С. Н. Тэн (Yarhouse M. A., Tan E. S. N.) [23]: «Мужчина и женщина сидели рядом в самолете, летевшем из Чикаго в Даллас. Мужчина читал де-

* Вульва – наружные половые органы женщины: лобок, большие и малые половые губы, клитор, преддверие влагалища, большие железы преддверия влагалища [бартолиновые железы], девственная плева.

тективный роман, как вдруг женщина чихнула, достала из сумочки салфетку, вытерла нос, а потом дрожала около десяти секунд. Через несколько минут все это повторилось, при этом дрожь усилилась. Мужчина подумал, что у его соседки простуда, однако была непонятной ее заметная дрожь. Через несколько минут женщина снова чихнула, опять достала салфетку, вытерла нос и снова затряслась всем телом, еще сильнее, чем прежде. Мужчина не выдержал и спросил: «Простите, но я не могу не заметить, что вы часто чихаете и при этом сильно дрожите. С вами все в порядке?». Женщина ответила: «Простите, если я вас потревожила. У меня редкая особенность организма: каждый раз, когда чихаю, я испытываю оргазм». Мужчина уже пожалел, что начал этот разговор, но все-таки не удержался и сказал: «Я никогда раньше о таком не слышал. Вы что-нибудь принимаете?». Женщина кивнула и ответила: «Да. Перец».

В. R. Komisaruk и соавт. [35; 36] выделяют следующие возможные варианты возникновения оргазма без стимуляции гениталий:

1. Оргазм, возникающий во время эротических сновидений. Исследования свидетельствуют, что в этих случаях у женщины имеет место увеличение числа сердечных сокращений, артериального давления, диаметра зрачков, увеличение вагинального кровотока и болевых порогов, что типично для оргазма [29].

2. Оргазм, испытываемый при медитации (Kenneth Ray Stubbs).

В Сан-Франциско, Мельбурне, Лондоне и других западных мегаполисах с недавних пор модно заниматься оргазмической медитацией (ОМ). ОМ в 2001 г. предложила уроженка Сан-Франциско Nicole Daedone (Николь Дэдоне) – психолог, бизнесвумен, буддистка и писательница. В 2011 г. Николь написала книгу *Slow Sex: The Art and Craft of Female Orgasm* (Медленный секс: искусство и мастерство женского оргазма) [28], которая стала бестселлером и сделала оргазмическую медитацию популярной формой досуга в Америке, Англии и Австралии. При выполнении ОМ женщина разде-

ваются строго ниже пояса, а ее партнер остается одетым. В течение 15 мин. он поглаживает ее тело и стимулирует ей клитор то быстрыми, то медленными движениями разной силы. ОМ позволяет женщине долгое время находиться в возбужденном состоянии и продлевать удовольствие от секса. Практикуя ОМ, женщина получает удовольствие, не достигая кульминации. Как и в любой медитативной технике, главное здесь – забыть о конечной цели (достичь кульминации) и раствориться в своих ощущениях. Во время стимуляции ощущения постепенно нарастают, пока не дойдут до пика. «Сосредотачиваться только на высшей точке удовольствия – это как открыть книгу, но прочитать в ней лишь последнюю страницу. Пропускаешь все самое интересное», – говорит Николь Дедон [14; 17].

Вводный семидневный курс ОМ по книге Николь Дедон предполагает два 15-минутных занятия каждый день, а также обсуждение своих ощущений с партнером и ведение дневника [14].

День 1. Знакомство с О-медитацией, «пробное» занятие, преодоление страха и стеснения.

День 2. Практика. Партнер «делит» головку клитора на 12 частей как циферблат и работает с каждым «часом» в отдельности.

День 3. Движения сверху вниз. Партнер уделяет больше внимания верхней части клитора. Ощущения легкие и бодрящие.

День 4. Движения снизу вверх. Партнер уделяет больше внимание нижней части головки клитора. Ощущения меняются на более яркие и «земные».

День 5. Сила. Партнер стимулирует головку клитора, чередуя легкие прикосновения и сильные надавливания.

День 6. Скорость. Партнер стимулирует головку клитора то быстрыми, то медленными движениями.

День 7. Закрепление пройденного. Объединенное занятие с использованием всего, чему научились – быстрые и медленные прикосновения и надавливания разной интенсивности.

По нашему мнению, ОМ представляет собой пролонгированный глубокий петтинг, сочетаемый с концентрацией внимания на испытываемых женщиной приятных сладострастных ощущениях. Во время медитации объектом концентрации, в частности, могут быть ощущения внутри организма. При осуществлении ОМ мужчина выполняет сугубо инструментальную функцию, что сочетается с высоким уровнем его сексуального возбуждения, не находящего при выполнении этой техники сексуальной разрядки. Важным для женщины при выполнении ОМ является то, что у нее отсутствует целевая установка на получение оргазма, и она наслаждается самим процессом. В случае психогенных задержек оргазма (боязнь/опасение, что оргазм не наступит) это может привести к разблокировке, дающей возможность достичь кульминации.

3. Оргазмы, возникающие у женщин и мужчин с поражением спинного мозга, посредством ласк сверхчувствительных негенитальных зон кожи, расположенных вблизи места поражения.

4. Эпилептические припадки, продуцирующие оргастические ауры.

К. Ю. Мухин, Е. И. Барлетова, М. Р. Кременчугская, М. Б. Миронов [12] сообщают, что сексуальная аура при эпилепсии встречается редко, и для нее характерно начало с возникновением парестезий в области низа живота, а также внутренней поверхности бедер и гениталий. Затем эти ощущения становятся приятными, сексуально окрашенными и могут привести к оргазму. В отличие от физиологического оргазма, при оргастической ауре возникают специфические симптомы, например болезненные ощущения в гениталиях, эротические ощущения только с одной стороны [1]. Оргастические ауры чаще исходят из медиобазальных отделов субдоминантной височной доли. Большинство авторов сходятся во мнении, что в процесс вовлечена и теменная кора [1; 47].

Также отмечается, что наиболее часто при возникновении оргастической ауры вовлекается правая височная часть переднего мозга (the right temporal lobe of the forebrain), кото-

рая включает гиппокамп (the hippocampus) и миндалевидное тело (the amygdala) [35]. Известен случай, когда одна женщина отказалась от противоэпилептических лекарственных средств и операции на головном мозге, так как она наслаждалась оргастическими аурами и не хотела, чтобы их устранили [34].

5. «Фантомные» оргазмы, возникающие у мужчин и женщин с повреждениями спинного мозга, которые чувствуют «генитальные» оргазмы во сне, хотя эти повреждения блокируют их сознательные генитальные ощущения.

J. Money (Джон Мани) [40] ввел понятие «фантомный оргазм», характеризуя мужчин и женщин с повреждением спинного мозга (spinal cord injury; SCI), которые не ощущали гениталий, но испытывали оргазм во время сна. В этих случаях, по крайней мере у мужчин, оргазм переживался как «генитальный». Из четырнадцати мужчин, которые имели SCI между C₅ и L₁ (5 шейным и 1 поясничным позвонком), все испытывали оргазм до травмы. Восемь из этих мужчин сообщили о сексуальном акте в своих мечтах до травмы, а пять из них – о переживании оргазмов в своих грезах после травмы. Джон Мани отмечает, что эти мужчины, у которых была параплегия, не имели тазогенитального удовлетворения (никто не эякулировал после травмы). Из этого делается вывод, что мозг может функционировать независимо от гениталий, генерируя эротические переживания.

Анализируя данную проблему, В. R. Komisaruk и соавт. [35] отмечают, что прежние сообщения описывали женщин с диагностированным полным поражением спинного мозга (complete SCI), которые могут воспринимать генитальные ощущения, в том числе и при оргазме, и эти находки были позже подтверждены [37; 38; 45; 46; 53].

В исследованиях В. R. Komisaruk, В. Whipple и их коллег женщины с полным SCI сообщали о реакциях на самостимуляцию влагалища и шейки матки. Некоторые из них могли воспринимать ее, а некоторые в ответ на это испытывали оргазмы. Некоторые из этих женщин сообщили, что врачи

говорили им, что они, должно быть, воображали данное ощущение, потому что их спинной мозг был рассечен. Поэтому некоторые пациентки были расстроены несоответствием между собственным восприятием генитальной чувствительности и утверждением их врача о ее невозможности.

В. R. Komisaruk и соавт. [35] приводят этому неврологическое объяснение. Они отмечают, что E. J. J. Berard [24] сообщил о беременных женщинах с SCI ниже T₁₂, которые могут чувствовать маточные сокращения и движение плода в их утробе. Это можно объяснить тем, что подчревные нервы поднимаются в симпатической цепочке и входят в спинной мозг на уровне от T₁₀ до T₁₂. Для проверки функционирования этого подчревного нервного пути В. R. Komisaruk, В. Whipple и их коллеги обследовали группу из десяти женщин, у которых полное SCI было ниже T₁₀. Эти женщины действительно могли чувствовать самостимуляцию шейки матки, а также цервикальную стимуляцию, осуществляемую исследователем. Таким образом, по-видимому, при поражении спинного мозга ниже T₁₀ импульсы из шейки матки могут достигать головного мозга посредством входа подчревного нерва на уровне T₁₀ [37; 38; 53].

Кроме того, две женщины испытали оргазмы во время самостимуляции. Наибольший интерес вызывает то, что группа из шести женщин с полным SCI на уровне T₁₀ или выше (T₇) реагировала на шеечную стимуляцию сравнимо с группой женщин с более низким уровнем SCI. Четыре из этих шести женщин ощущали как цервикальную стимуляцию, проводимую исследователем, так и цервикальную самостимуляцию, а одна испытала оргазм в лаборатории. Кроме того, в обеих группах все женщины, кроме одной, сообщили, что они обычно испытывают менструальный дискомфорт. На основании этих неожиданных и удивительных находок исследователи предположили, что женщины с более высоким уровнем полного SCI ощущали вагиноцервикальную стимуляцию посредством блуждающих нервов, которые на своем пути к головному мозгу обходят спинной мозг [37; 38; 52; 53].

Однако согласно традиционному взгляду [25], отмечают В. R. Komisaruk и соавт. [35], проводящий путь, по которому генитальная стимуляция достигает головного мозга, – это вентролатеральный спиноталамический тракт (the ventrolateral spinothalamic tract). В соответствии с этим, при травматическом SCI, сопровождающимся разрывом этого пути, генитальная стимуляция, вызывающая оргазм, блокируется как у женщин, так и у мужчин [25].

Тем не менее В. R. Komisaruk и соавт. [35; 36], помимо клинических наблюдений, также приводят данные экспериментальных исследований на животных, которые подтверждают возможность возникновения оргазма при стимуляции гениталий при повреждении нервных путей, которые, согласно устоявшимся традиционным взглядам, абсолютно необходимы для его достижения.

6. Оргазмы, возникающие при стимуляции рта, губ, груди, соска, ануса, плеча или пальца ноги.

К этому следует добавить, что к оргазму может привести воздействие на промежность, внутреннюю поверхность правого коленного сустава и. т. д.

7. Оргазмы, возникающие в результате стимуляции любой части тела «правильным» человеком «правильным» образом.

8. Оргазмы, наступающие во время родов.

Д. Никонова [13] сообщает, что в январе 2009 г. на телеэкраны Нью-Йорка вышел фильм «Оргазмические роды – самый большой секрет» (реж. Дэбра Паскали-Бонаро). Он привлек огромное внимание общественности и стал причиной многочисленных дебатов. Также он привлек и ее внимание. Оказалось, что от 4 до 21% женщин (в зависимости от условий) испытывают оргазм во время родов.

Психолог Thierry Postel (Тьерри Постел) из Blainville-sur-Mer (Франция) связался с 956 акушерками, которые оказывали помощь при 206000 родах. Из них только 109 дали полные ответы. Акушерки сообщили о 668 случаях, когда матери рассказали им, что пережили оргазм при родах. В других 868 случаях они видели у матерей при родах призна-

ки удовольствия. И, наконец, девять матерей заполнили анкеты, подтверждающие, что они испытывали оргазм во время родов [54].

Одна женщина следующим образом описала то, как у нее проходили роды: «В роддом меня привезли в 4 утра, в 8 утра я почувствовала первые сильные схватки. Я постоянно мучала мед. персонал («ну когда же у меня примут роды»). На что мне отвечали: «Терпи, это еще не скоро». Муж приехал в больницу, ему ответили, что я рожу к вечеру. Он, конечно, расстроился – «до вечера терпеть схватки!!» Боль усиливалась, и слезы полились рекой, меня как будто начало распирать ..., я чувствовала как будто у меня влагалище лопнет. Я начала кричать: «Я хочу быстрее уже родить. Примите у меня роды!!» И вот вбежала врач (на тот момент она уже приняла у другой девушки роды), посмотрела, что шейка матки уже достаточно раскрылась, и вот началось... Сами роды мне не показались такими уж болючими, когда моя малышка «вылазила», мне стыдно об этом писать, я получила оргазм. Это было что-то. Я даже с мужем такого не испытывала. Поэтому боль немного притупилась» [16].

Следует отметить сообщение педагога Debra Pascali-Вопаго, что стимуляция головки клитора и сосков грудных желез может обеспечить облегчение боли у некоторых женщин во время родов, а в ряде случаев для уменьшения боли во время родов используются вибраторы [48].

В связи с этим необходимо отметить, что еще в 1988 г. В. Whipple и В. R. Komisaruk [51] провели исследование относительной эффективности специфического регионального генитального самораздражения в повышении болевого порога. У 10 женщин применялись два типа самостимуляции – давление и тот, который доставляет удовольствие, направленные на переднюю стенку влагалища, заднюю стенку влагалища и головку клитора. Значительное увеличение порогов боли, но не тактильных порогов, происходило при давлении на переднюю стенку влагалища или когда доставляющая удовольствие самостимуляция была направлена на любую из трех названных областей. Тактильные пороги не

были подвержены значительному влиянию при использовании любого из названных видов стимуляции.

9. Оргазмы во время дефекации.

На сайт «Недуг.ру» (форум) [20] за советом обратилась одна женщина, которая сообщила следующее: «Здравствуй-те! У меня такая проблема: постоянные оргазмы при дефекации. Началось это пять лет назад и было вызвано гиперсексуальностью, развившейся на фоне невроза навязчивых состояний ... Невроз навязчивых состояний лечила (в основном поведенческая терапия), и от лечения наблюдались положительные результаты, но оргазмы при дефекации сохранялись и остаются до сих пор! Медикаментозного лечения не принимала. Обращалась к сексопатологам. Один посоветовал дорогостоящие аппаратные методики, другой антидепрессанты. Что будет эффективнее в моем случае? Заранее спасибо!»

Интересно, как это явление объясняют врачи. В одной интернет-публикации сообщается следующее: «Специалисты из Принстонского университета (США) решили объяснить миру, почему тщательное опорожнение кишечника у некоторых людей вызывает интересное ощущение, которое можно сравнить с сексуальным или религиозным экстазом. Доктор Аниш Шетх (Anish Sheth) утверждает, что процесс, так сказать, качественной и полноценной дефекации приводит к стимуляции тех нервов человеческого организма, активность которых обычно ассоциируется с оргазмом. Эйфория от дефекации (или «какофория»), как пишет в своей книге гастроэнтеролог Шетх, сравнительно безопасна и, как правило, не ведет к привыканию. Однако на свете живет немало людей, которым «какать» настолько нравится, что они заболевают своеобразной манией. Если дефекация длится достаточно долго, то из-за продолжительного растяжения прямой кишки возбуждается блуждающий нерв – кишка к нему буквально прикасается. Исследования, проведенные ранее, показали, что женщины с необратимым повреждением позвоночника могут испытывать оргазмы при помощи блуждающего нерва, который связывает с головным моз-

гом такие органы, как матка, шейка матки и, предположительно, влагалище» [22].

10. Оргазмы во время чистки зубов женщиной, больной эпилепсией [27].

11. Оргазмы, вызванные прямой электрической или химической стимуляцией головного мозга.

Нейрохирурги Robert Heath (Роберт Хит) из Tulane University (Туланского университета) в Новом Орлеане и Carl Wilhelm Sem-Jacobsen (Карл Вильгельм Сем-Якобсен) из Норвегии имплантировали электроды глубоко в мозг, а не на его поверхности, затем прикрепляли их прочно к черепу, так что можно было проводить стимуляцию мозга. Речь шла о «хронически имплантированных» электродах. Используя различные методологии и стимулируя различные области мозга, эти исследователи выявили сообщения об оргазмах у своих пациентов [по 35]. В частности, C. W. Sem-Jacobsen [43] сообщал о расположении стимулирующих электродов в задней части лобной доли. При этом пациентами высказывалось желание повторных стимуляций вплоть до достижения чувства удовлетворения. R. G. Heath [30] сообщил об использовании электрической стимуляции головного мозга (области перегородки [the septal area] и покрышки [tectum]) у нескольких пациентов, больных эпилепсией, что могло привести к оргазму или предоргазменному состоянию.

Также сообщается о возможности возникновения оргазмов при электростимуляции мозга у больных болезнью Паркинсона. Так, советский и российский нейрофизиолог П. Бехтерева изучала эффекты стимуляции мозга у пациентов, страдающих болезнью Паркинсона и другими заболеваниями мозга, «разрушающими телодвижения». Она сообщает о нескольких случаях, когда стимулирование вентролатерального таламуса или прилегающих областей вызвало эротические и другие приятные ощущения. В одном случае у 37-летней женщины с постэнцефалитическим паркинсонизмом стимуляция вызывала очень приятные сексуальные ощущения, которые приводили к оргазму. Пациентка стала

чаще посещать лабораторию электрофизиологии и инициировала разговоры с ее сотрудниками. Она также поджидала их в коридоре и саду больницы, пытаясь выяснить, когда состоится следующая электростимуляция. Особенно ласкова пациентка была к лицу, от которого это зависело. Вместе с тем она выражала недовольство, когда ее просьбы о дополнительных сеансах не были удовлетворены [по 35].

R. G. Heath, A. T. Fitzjarrell [31] сообщают о 33-летней женщине, которой сделали операцию в связи с эпилептическими припадками и через имплантированные канюли вводили ацетилхолин билатерально в область перегородки (the septal region), что привело к частому переживанию ею оргазма [по 35].

R. G. Heath [30] сообщил, что после инъекции ацетилхолина в перегородку (the septum) женщины, страдающей эпилепсией, когда она находилась в периоде депрессии, тоски и отчаяния, эти чувства в течение нескольких минут были вытеснены приятными чувствами. Большое удовольствие было связано с сексуальными чувствами, и в большинстве случаев оргазм у пациентки наступал спонтанно. Интересен тот факт, что эта пациентка, которая в тот период была замужем в третий раз, никогда ранее не испытывала оргазма, и только после того, как оргазм возник у нее в результате описанной выше химической стимуляции мозга, она неизменно достигала его при сексуальных контактах [по 35].

12. Оргазмы, неожиданно вызванные электрической стимуляцией позвоночника, изначально осуществленной для контроля боли.

B. R. Komisaruk и соавт. [35] сообщают, что анестезиолог и специалист по устранению боли Stuart Meloy из Winston-Salem (Уинстон-Салем), штат Северная Каролина (США), в 2006 г. обнаружил, что когда электростимуляция проводилась вдоль позвоночника для лечения хронической боли в спине, 10 из 11 его пациенток, часть из которых утверждали, что они не испытывали оргазм от генитальной стимуляции, сообщили об одном или нескольких оргазмах во время электрической стимуляции. Делается вывод, что процедура дан-

ной электрической стимуляции эффективно обходит и имитирует сенсорные сигналы, которые могли бы быть вызваны при стимуляции половых органов и приводить к оргазму.

13. Оргазмы, вызванные стимуляцией после хирургических операций, связанных с изменением мужского пола на женский и наоборот.

В. R. Komisaruk и соавт. [35, р. 219–220] сообщают следующее: «При операциях по реконструкции половых органов и операциях по смене пола используется знание о чувствительных полях генитальных чувствительных нервов. При одном типе операции по смене мужского пола на женский кожа фаллоса, ее чувствительный половой нерв и система кровоснабжения сохраняются и образуют внутреннюю оболочку искусственной «влагалищной трубки»; для формирования трубкообразной структуры ее дальний конец, противоположный «влагалищному» отверстию, зашивается. В коже промежности между задним проходом и мочеиспускательным каналом выполняется разрез и путем отжимания в сторону, но не вовнутрь, в брюшной полости формируется полость. В эту полость вставляется влагалищная трубка, и ее открытый конец пришивается к коже промежности. Из головки члена вместе с ее чувствительными нервами формируется клитор, а половые губы образуются из мошонки (Krege и др., 2001; личное сообщение, 2006). Оргазм вызывается в ответ на механическую стимуляцию данной ткани при половом акте. Это и не удивительно, потому что стимуляция применяется к исходной коже (мужского полового члена) с ее же нервами. Также добавлять приятные ощущения и способствовать оргазму может и непрямая стимуляция предстательной железы через «новую влагалищную» стенку. Однако интуитивно менее очевидным является сообщение об оргазме после реконструктивной хирургической процедуры, при которой искусственное влагалище формируется из сегмента кишечника – ректосигмовидного участка ободочной кишки. Данную хирургическую процедуру применяли при операциях по превращению мужчины в женщину после пенэктомии и орхидэктомии (после хирургического удаления

полового члена и яичек), у женщин с врожденной вагинальной атрезией (отсутствием влагалищного отверстия) и у женщин с короткой влагалищной трубкой после операции по поводу рака шейки матки (S. K. Kim, Park и др., 2003). Разрез производится в брюшную полость как раз перед задним проходом. Сегмент ректосигмовидного участка ободочной кишки удаляется, а его кровеносная и нервная (включая подчревный нерв) системы сохраняются; внутренний конец плотно закрывается, а наружный пришивается к промежности (участок кожи между задним проходом и мошонкой). По сообщению авторов, «оргазм при половом акте испытывали двадцать четыре из 27 пациенток (89 процентов); у 10 из 24 (42 процента) был оргазм мужского типа с семяизвержением, а у остальных 14 (58 процентов) – оргазм без семяизвержения. Шаблон оргазма по мужскому типу превращался у транссексуалов в женский тип оргазма постепенно. В ответ на вопрос к авторам исследования д-р S. K. Kim (личное сообщение, 2006) объяснил, что при операции по превращению мужчины в женщину оргазм наступает в результате стимуляции уменьшенного объема кожи полового члена, которая хирургически модифицируется для образования «неоклиторы». Кроме того, поскольку «ректосигмовидный лоскут является чувствительным лоскутом, это содействует приятным ощущениям». Семяизвержение вызывается стимулированием неоклиторы, потому что предстательная железа и ее протоки сохраняются. Эякуляционная ответная реакция «медленно исчезла через несколько лет».

A. A. Lawrence [39] сообщает, что среди 232 пациенток после операции по смене пола с мужского на женский 85% участников испытывали оргазм, по крайней мере иногда, а у 55% при оргазме наступала эякуляция.

В отношении операций по смене женского пола на мужской В. R. Komisaruk и соавт. [35, р. 220–221.] сообщают: «Операция по превращению женщины в мужчину менее распространена. При этой процедуре лоскуты кожи вырезаются из паховой области, а ткани – из клитора и малых половых губ с их нервной и кровеносной системами, после че-

го ткани добавляются к лоскутам для формирования «неофаллоса» вокруг мочеиспускательного канала. В некоторых случаях это делает возможным мочеиспускание в положении стоя. Для образования «новой мошонки» используется ткань малых половых губ. Хотя эрекция и невозможна, оргазм можно вызывать стимуляцией исходной ткани клитора (Jarolim, 2000)».

14. Оргазмы, возникающие без генитальной стимуляции, испытанные при воздействии психоделических средств.

Слово «психоделики», введенное в оборот одним из пионеров исследования LSD Хамфри Осмондом, в дословном переводе с греческого означает «расширяющий сознание» или «помогающий психике». Однако после законодательного запрета на использование подобных веществ в обиход вошел термин «галлюциногены», так как главным их свойством является способность вызывать галлюцинации. Тем не менее это название применяется не всеми специалистами, так как изменения, происходящие в сознании под влиянием наркотиков этой группы, затрагивают не только восприятие. Отмечается, что у большинства здоровых испытуемых, принимающих средние дозы LSD, имеют место различные проявления радостного или приподнятого настроения (т. е. характерна эйфория). «Человек может осознавать такое настроение как оживленное, как чувство безмятежного покоя, как переполняющую его радость и даже ... как оргазм» [2].

Описано переживание оргазма и после приема героина – опиата, который получают непосредственно из экстрактов опийного мака. Вскоре после введения препарата в кровь, героин превращается в морфин, который имитирует действие эндорфинов, создавая чувство блаженства. Эйфория, характерная для героина, часто описывается как «оргазм», сосредоточенный где-то внутри тела [21].

Объяснение этому переживанию можно найти в исследовании голландских ученых, которые пригласили добровольцев принять участие в исследовательском эксперимен-

те, в ходе которого им нужно было заниматься сексом под пристальным наблюдением специальных сканеров, считывающих показания мозга. Кроме того, во время эксперимента испытуемым не разрешалось двигать головой и предписывалось уложиться в семь минут. Этот эксперимент стал частью исследования на тему сексуальных проблем, проводимого учеными университета города Гронингена (Нидерланды). По словам профессора Марка Холстеджа, позитронно-эмиссионная томография не дала бы результатов в случае, если добровольцам не удалось бы соблюсти все условия. «Но поскольку мы попросили участников эксперимента предварительно потренироваться, в ответственный момент у всех все получилось, – говорит профессор. – С продолжительностью тоже не возникло никаких проблем – все уложились в положенные семь минут». Данные, полученные в результате этого эксперимента, показали, что оргазм действует на головной мозг как доза героина. По словам профессора Холстеджа, результаты исследования позволят разработать медицинские препараты, помогающие при сексуальных расстройствах психологического и ментального происхождения [15].

Существует термин «негенитальные оргазмы» (nongenital orgasms), который, по нашему мнению, может быть применен лишь к лицам с поражением определенных нервных путей и структур, так как даже в случае отсутствия непосредственной стимуляции гениталий при сохранности этих путей и структур во время оргазма гениталии все равно вовлекаются в процесс.

Оргазм, возникающий в связи с ментальными образами в отсутствие физической стимуляции, называется «Thinking off». Результаты исследований женщин, которые проводились в 1960-х гг., были подтверждены в 1990-х гг. некоторыми лабораторными исследованиями. Данные исследования свидетельствуют, что в этих случаях у женщины имеет место увеличение числа сердечных сокращений, артериального давления, диаметра зрачков и повышение болевых порогов, что типично для оргазма [36].

Хотя оргазма можно достичь и в результате только сексуальных фантазий, чаще для его достижения используют сочетание различных стимулов. Так, в частности, поступает Barbara Carrellas (Барбара Карреллас), продемонстрировавшая указанную возможность, которая была объективно подтверждена в Rutgers University (университете Рутгерса), штат Нью-Джерси (США). В исследовании участвовали В. R. Komisaruk (Барри Комисарук) и его коллеги [50]. Barbara Carrellas отмечает: «Я не использую термин «thinking off». «Thinking off» – термин, который желают использовать продюсеры шоу, но этот термин является сильно ограничивающим. Негенитальные оргазмы достигаются разными людьми различными способами, но очень мало людей используют только свою психику, чтобы достичь таких оргазмов». Далее она указывает, что достичь такого оргазма ей удается за счет комбинации дыхания, воображения (либо путем визуализации или сенсорных ощущений), звука, сокращения мышц тазового дна.

Существуют рекомендации по «Thinking off». В частности, приводится 12 шагов для достижения оргазма без стимуляции гениталий [33]. В данных рекомендациях, хотя речь якобы и идет о «Thinking off», используется сочетание различных факторов.

«• Шаг 1. Лягте на прочную, но удобную поверхность. Лучше всего на кровать, но можете попробовать и мягкий коврик, и песчаный пляж, и даже траву. Избегайте не прощающих ошибок твердых поверхностей, таких как деревянные полы или холодный кафель.

• Шаг 2. Устройтесь поудобнее. Для получения энергетического оргазма потребуются время и терпение, поэтому вам захочется принять такое положение тела, которое вы сможете сохранять продолжительный период времени. Если предпочитаете согнуть колени, обязательно расслабьте их.

• Шаг 3. Сделайте несколько расслабляющих вдохов. Это поможет вам прочистить тело и сконцентрироваться на своем самочувствии. Не думайте ни о чём и активно медитируйте для расслабления напряжения в своем теле.

- Шаг 4. Дышите глубоко. Совершайте размеренные и полные вдохи через нос и выдохи через рот. Сделайте свое дыхание полностью «круговым», что предполагает отсутствие пауз между вдохами и выдохами. Сделайте поток вашего дыхания устойчивым.

- Шаг 5. Обуздайте свою сексуальную энергию. Начните с качания вашего таза. Изгибая дугой нижнюю часть спины при вдохе и выравнивая ее при выдохе, вам захочется приступить к сжатию лобковых мышц. Те мышцы, которые вы используете для остановки тока мочи, называются кегельными; их укрепление увеличивает контроль над оргазмом.

- Шаг 6. Выдохните. Сожмите кегельные мышцы, чтобы вы почувствовали стимуляцию клитора. Для того чтобы что-то почувствовать, может понадобиться некоторая практика, но как только это произойдет, ощущение будет напоминать тот первоначальный трепет, который вы получаете при возбуждении.

- Шаг 7. Вдохните. Расслабьте лобковые мышцы и выдохните, концентрируя свое внимание на расслаблении мышц и ощущении своего тела.

- Шаг 8. Медленно повторите выдох и вдох, активно прокачивая энергию по всему телу. Вдохните и расслабьтесь, наполняя тело кислородной энергией, затем выдохните и сожмитесь, выравнивая спину и сокращая влагалищные мышцы.

- Шаг 9. Будьте настойчивой, постоянно повторяя вышеуказанные шаги и позволяя вашему уму блуждать сквозь создаваемые им мысли, невзирая на то, являются ли они эротическими или исключительно расслабляющими. Когда доходит до сексуального возбуждения, у всех это происходит по-разному, поэтому слушайте свое тело и позвольте ему рассказать вам, что его заводит.

- Шаг 10. Как только вы научитесь управлять лобковыми мышцами, переместите дыхание в желудок. Перемещайте энергию взад и вперед между лобковыми мышцами и желудком, фиксируя возникающие ощущения и имеющее место возбуждение.

- Шаг 11. Дышите во время оргазма. Как только вы ощутите, что ваше тело поглощает полный энергетический оргазм, вы почувствуете необходимость прикоснуться к себе. Сначала побороть это желание будет трудно, но вы попробуйте. Позвольте вашим моделям дыхания изменяться, но не задерживайте его. Со временем вы узнаете о том, что посредством дыхания вы можете увеличивать глубину и продолжительность своего оргазма, просто борясь с желанием закончить.

- Шаг 12. Не расстраивайтесь. В первый раз это может получиться или не получиться. На овладение полным контролем над вашим энергетическим оргазмом может уйти неделя, месяц или даже год. Однако как только вы разовьете данный сексуальный навык, это принесет пользу и вашему сексу с партнером. Поэтому не унывайте!»

Также следует указать, что оргазм может возникать вне эротической ситуации и быть связан с приятными или, напротив, неприятными эмоциями. Однажды за лечебной помощью к нам обратился старший сержант милиции, у которого имело место расстройство потенции, что являлось причиной его плохих отношений с женой и ее постоянной сексуальной неудовлетворенности. Когда она пришла на прием по нашему приглашению, то рассказала следующее. Если ее муж находится на работе, и она затевает длительную уборку, то чувствует себя комфортно, поёт и при этом через время у нее наступает оргазм. Сообщила, что в присутствии детей муж часто ругает ее, нередко называя «соской», что можно расценивать как смещенное на жену недовольство своим сексуальным расстройством.

Врач, которая прослушала нашу лекцию по клинической сексологии, рассказала нам следующее. Когда случается какое-то неприятное для нее событие, и она узнает об этом, у нее всякий раз наступает оргазм, что вызывает крайнюю обеспокоенность («дорога ложка к обеду»).

Обследованный нами мужчина сообщил, что когда он был подростком, его тетя попросила купить материал для портьер на окно. Войдя в магазин, он выбрал ткань. После

того как от рулона был отрезан необходимый кусок, у него возникла мысль, что эта ткань может не понравиться тётё. Тогда, не оплатив товар, он в состоянии крайней взволнованности выбежал из магазина, и когда бежал, то у него возникли оргазм и эякуляция.

Интерес также представляет следующее наше клиническое наблюдение, когда у мужчины наступал оргазм при сексуальном фантазировании во время мастурбации, которая не включала какой-либо стимуляции гениталий (Клинический архив автора, 2017 г.).

К., 48 лет, холост, руководитель группы программистов в IT-компании.

Жалобы на трудности общения с женщинами, которые рассматриваются им как те, с которыми он бы хотел встречаться и иметь сексуальные контакты. До 30 лет в сексуальные отношения не вступал.

В 30 лет в течение 2 дней (с перерывом между этими днями продолжительностью в одну неделю) имел сексуальные контакты. В первый из этих дней совершил три сношения, а во второй два. Женщина была довольна, но так как тогда у него был фимоз, то никаких приятных ощущений при фрикциях не испытывал, и оргазм у него не наступал. У женщины, по-видимому, при каждом половом акте оргазм был. По совокупности факторов (тогда он зарабатывал мало) она предпочла встречаться с другим мужчиной. В 31 год был прооперирован по поводу фимоза, но и после этого при мастурбации никаких приятных ощущений в члене не было и нет, в том числе и в головке. В связи с этим обследовали позвоночник (делали МРТ), но никакой патологии не выявили.

Был обследован невропатологом и урологом, которые пришли к заключению, что тактильная чувствительность полового члена пациента полностью сохранна. Утверждает, что у него отсутствуют эрогенные зоны. Негативно относился в детстве к прикосновениям родственников к своему телу.

В настоящее время встречается с женщиной, с которой ходят в театр и т. п., однако ни он, ни она не рассматривают друг друга в качестве возможных «сексуальных объектов».

Мастурбировать начал лет в 15-16. Представлял ласки и половые акты с женщиной (без какой-либо стимуляции члена). Практически сразу после начала такой «психической мастурбации» начал наступать оргазм. Эрекция возникала после начала сексуального фантазирования приблизительно через 2 минуты, а через 3 минуты после этого наступал оргазм. В настоящее время мастурбирует точно так же. Частота мастурбации с самого начала 2-3 раза в неделю (по 1 разу).

Не занимался обычной мастурбацией, так как до подросткового возраста ничего об этом не знал. Когда же узнал, то все равно не занимался, так как относился к этому отрицательно. В 28 лет дважды попробовал мастурбировать обычно, однако из-за фимоза никаких приятных ощущений не испытал.

Первая эякуляция в 14 лет при ночном сне. **Платоническое либидо** пробудилось в 9-10 лет, но не реализовывал его в отношениях. **Эротическое либидо** и сейчас у себя отрицает в реальной жизни, а в фантазиях с 16 лет. Сексуальное либидо пробудилось в 16 лет.

Эротические сновидения не снятся последние 10 лет, а до этого снились (речь, конечно, идет о тех, которые он помнит). За всю жизнь было всего 3 или 4 таких сна. «Снились женские органы, какая-то энергия, которая пробивается через мою защиту. Я капитулирую перед этим. Но ласки и половые акты не снились». При эротических сновидениях семяизвержение наступило всего 1 раз.

У него очень низкая самооценка, в частности, своей внешности. Это – «родом из детства»: жил в селе и был физически слабым, полным и болезненным, к тому же учился на «отлично». Все это определяло отношение к нему деревенских парней.

Имеет место повышение артериального давления, «песок в почках». С детства болел бронхиальной астмой, но в течение 10 лет она его не беспокоит, и он не получает никакого лечения, применяемого при этой патологии.

Интересно то, что его родственники (мать и жена брата, который получает небольшую зарплату) отрицательно относятся к перспективе его возможной женитьбы, так как боятся остаться без финансовой поддержки пациента. Однако мотивируют они это совсем другим, тем, что женщины плохие.

Таким образом, у данного пациента из-за отсутствия должной чувствительности полового члена, включая его головку, при коитусе оргазм не наступает. Однако он имеет место при «психическом онанизме». Можно предположить, что в формировании отсутствия эротической чувствительности пениса участвуют как факторы, имевшие место еще до начала мастурбаторной практики, так и отсутствие мастурбации, связанной со стимуляцией нервных окончаний полового члена. При налаживании половой жизни с женщинами данному пациенту может, в частности, быть рекомендовано наслаждение коитуса на привычную для него психическую мастурбацию с использованием техники «мост».

Уместно сообщить, что в настоящее время внимание уделяется таким патологиям, как синдром постоянного сексуального возбуждения» (*persistent sexual arousal syndrome*), названный затем расстройством в форме постоянного генитального возбуждения (*persistent genital arousal disorder*), и синдром раздраженных половых органов (*restless genital syndrome*), для которых характерно пребывание в предоргастическом состоянии и частые нежелательные оргазмы вне эротического контента (описанный максимум у женщин составляет 500 раз в день). Это очень тягостно воспринимается больными [8–10].

Следует отметить следующее. Недавние специальные исследования показали, что для наступления оргазма вовсе не обязательна никакая сексуальная стимуляция и даже фантазирование, он может наступать и при различных физических нагрузках. Хотя эти находки являются новыми, сообщения об этом феномене, иногда называемом «coregasm» (от англ. – хруст), так как он ассоциируется с упражнениями для мышц живота (for core ab-

dominal muscles), циркулировали в средствах массовой информации в течение многих лет [49].

Первое в своем роде исследование было проведено в США в университете штата Индиана (Bloomington, Ind., USA) D. M. Herbenick и J. D. Fortenberry (Д. М. Гербеник и Дж. Фортенберри) [32]. Результаты базировались на онлайн-опросе 124 женщин, способных испытать оргазм от физических упражнений (exercise-induced orgasms; EIO), и 246 женщин, у которых при занятиях спортом возникает чувство сексуального наслаждения, не приводящее к оргазму (exercise-induced sexual pleasure; EISP). Большинство из них имели сексуальные отношения с мужчинами или были замужем. Приблизительно 69% из них идентифицировали себя как гетеросексуалы. Приблизительно 40% женщин, которые испытали EIO и EISP, пережили это более 10 раз. Большинство женщин из группы EIO сообщили о чувстве «некоторой степени самоосознания», когда делали упражнения в общественных местах, а 20% не контролировали свой опыт. Большинство женщин, которые сообщили об EIO, сказали, что они сексуально не фантазировали и не думали о ком-нибудь, кто был для них привлекателен в течение их опытов. К возникновению чувства сексуального наслаждения и оргазму приводили разнообразные виды физических упражнений. Из группы EIO, 51,4% лиц сообщили об оргазме, возникшем в течение 90 дней, предшествующих опросу, во время упражнений на пресс. Другие женщины сообщили об оргазме в связи с такими упражнениями, как поднятие тяжестей (26,5%), йога (20%), езда на велосипеде (15,8%), бег (13,2%) и ходьба / пешие прогулки (9,6%). Особое оргазмогенное место занимают упражнения мышц брюшного пресса, когда происходит подъем ног к груди в упоре на так называемом капитанском кресле (captain's chair). Это тренажер со спинкой и поручнями, на которые надо опереться локтями. Участницы экспериментов уверяют, что нет ничего лучше, чем подъем ног к груди в упоре на данном кресле. Это исследование не установило, как часто у женщин возникает EIO и EISP, однако авторы отмечают, что эти феномены

имеют место нередко, так как понадобилось только 5 недель, чтобы набрать 370 женщин, имеющих данный опыт.

В клинической практике мы также сталкивались со случаями, когда оргазм наступал при физических нагрузках. Пациентка П., 32 лет обратилась к нам с жалобами на отсутствие оргазма при половых актах. При мастурбации он тоже не возникает. Вместе с тем оргазмы были у нее 4-5 раз при эротических сновидениях во время первой беременности и столько же во время второй. Впервые приятные сладострастные ощущения, сопровождающиеся сокращением мышц влагалища, имели место в средних классах школы при лазании по канату. С какого-то времени каждое лазание по канату сопровождалось такими ощущениями и оргазмом, «но чем я становилась старше, тем эти ощущения возникали все реже и реже». В школьном возрасте на стадионе при лазании по металлической трубе как по канату тоже возникали такие ощущения и сокращения мышц влагалища. При активном опросе удалось выяснить, что в прошлом (последний раз 2 года назад) у нее возникали оргазмы при упражнениях для пресса. Она подробно рассказала об этих упражнениях: «Шведская стенка, на нее цепляется уголок, руки согнуты в локтях, опираюсь согнутыми локтями на уголок, а руками (кистями) держусь за две ручки, которые находятся в конце уголка, поднимаю прямые ноги или ноги, согнутые в коленях, вверх и качаю пресс. Ноги поднимаю до угла в 90° по отношению к туловищу. Сначала появляются очень приятные ощущения внизу живота, понимаю, что это ОНО. Если чувствую эти ощущения, то вместо 10 упражнений могу сделать 15-20. Тогда эти приятные ощущения нарастают, но при этом нагрузку на пресс не чувствую. Потом возникают быстрые мелкие сокращения мышц влагалища, появляются мысли о сексе и сексуальные фантазии, в которых совершаю половой акт с мужчиной. Длится это 5-10 сек. В это время ноги опущены, но напряжены (ощущение, что ноги как натянутая струна). Если повторно поднимаю ноги для накачивания пресса, то оргазм возникает вновь. Больше двух раз не делаю, так как устаю висеть на руках». Отмечает, что

когда делала упражнения на шведской стенке, то оргазм происходил не каждый раз, а в середине менструального цикла. После окончания средней школы при таких упражнениях в 15-20 случаях испытала «эти ощущения» и сопряженный с ними оргазм (однократно или повторно). Сообщает, что когда в последнее время делала такие упражнения на пресс, то оргазм не возникал. После разговора со мной по моей просьбе выполняла эти упражнения, но ощущения, которые раньше возникали и после которых наступал оргазм, у нее не появлялись [6].

Сексуальное возбуждение при физическом напряжении может возникать и у мужчин. Так, пациент М., 33 лет, который обратился к нам за лечебной помощью в сентябре 2016 г., при активном опросе рассказал, что во время игры в футбол у него и ранее (2003–2005 гг.) и в последнее время (2 мес назад) спустя полчаса-час от ее начала (т. е. после интенсивной физической нагрузки) возникало сексуальное возбуждение. При этом он чувствует, что вот-вот может произойти семяизвержение и оргазм, но до этого дело не доходило, так как всегда себя притормаживал. Если бы он этого не делал, то, с его слов, может быть они бы произошли. Причиной такого сексуального напряжения, по его мнению, может быть бег, а также его эмоциональное состояние (азарт).

В заключение следует отметить, что существуют различные пути достижения оргазма, и это необходимо учитывать в практической работе специалистов, занимающихся проблемами сексуального здоровья.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бадалян Л. О., Темин П. А., Мухин К. Ю. Эпилептические приступы оргазма // Журн. неврол. и психиатр. – 1996. – Т. 96, №2. – С. 96–100.
2. Галлюциногены (психоделики). – URL: http://www.narkotiki.ru/5_3696.htm (дата обращения: 14.11.2016.)

3. Здравомыслов В. И., Анисимова З. Е., Либих С. С. Функциональная женская сексопатология. – Алма-Ата: Казахстан, 1985. – 271 с.
4. Кочарян Г. С. Женский оргазм, обусловленный генитальной стимуляцией: смена и борьба парадигм // Здоровье мужчины. – 2014. – №4 (51). – С. 39–43.
5. Кочарян Г. С. Классификации оргазма и пути его достижения // Здоровье мужчины. – 2016. – №4 (59). – С. 52–60.
6. Кочарян Г. С. Оргазм и сексуальное удовольствие у женщин, обусловленные мышечной компрессией // Актуальні питання сучасної урології, онкоурології, сексопатології та андрології: Збірник праць міжрегіональної науково-практичної конференції. – Івано-Франківськ, 2016. – С. 118–120.
7. Кочарян Г. С. Патогенные детерминанты и негативные последствия мастурбации: мифы и реальность. Современный анализ проблемы // Сексология и сексопатология. – 2006. – №1. – С. 3–19.
8. Кочарян Г. С. Расстройство в форме постоянного генитального возбуждения, синдром раздраженных половых органов: распространенность, диагностические критерии, клинические проявления (часть I) // Здоровье мужчины. – 2015. – №2 (53). – С. 69–74.
9. Кочарян Г. С. Расстройство в форме постоянного генитального возбуждения, синдром раздраженных половых органов: формирование (часть II) // Здоровье мужчины. – 2015. – №3 (54). – С. 75–78.
10. Кочарян Г. С. Расстройство в форме постоянного генитального возбуждения, синдром раздраженных половых органов: терапевтический аспект (часть III) // Здоровье мужчины. – 2015. – №3 (54). – С. 79–83.
11. Кочарян Г. С. Современная сексология. – К.: Ника-Центр, 2007. – 400 с.
12. Мухин К. Ю., Барлетова Е. И., Кременчугская М. Р., Миرون М. Б. Эпилептические ауры (обзор литературы) // Вестник Российского государственного медицинского университета. – 2012. – №2. – С. 26–30.

13. Никонова Д. Роды – это оргазм. Естественное родительство. – URL: http://www.b17.ru/blog/childbirth_is_a_orgasm/ (дата обращения: 12.10.2016).
14. О сексе, женский оргазм, техника секса. Опубликовал badassadmin, сентябрь 12th 2012. – URL: <http://sexbutik.by/o-sekse/orgazm-meditatsiya.html> (дата обращения: 25.09.2016).
15. Оргазм действует на мозг как доза героина. 2003-10-23. – URL: <http://expert.org.ua/obshchestvo/2003/orgazm-deystvuet-na-mozg-kak-doza-geroina> (дата обращения: 14.11.2016).
16. Оргазм при родах!!!!!!! – URL: <http://irecommend.ru/content/orgazm-pri-rodakh> (дата обращения: 12.10.2016).
17. Оргазмическая медитация: новая сексуальная мода. – URL: <http://www.marieclaire.ru/psychology/orgazm-na-lyudyah-hto-eto-i-gde-emu-uchat/> (дата обращения: 08.10.2016).
18. Рожановская З. В., Свядоц А. М. К вопросу об оргазме у женщин // Вопросы сексопатологии. – М.: Медицина, 1969. – С. 128-130.
19. Свядоц А. М. Женская сексопатология. 5 изд., перераб. и допол. – Кишинев: Штиинца, 1991. – 184 с.
20. Тема: оргазм при дефекации. 12.09.2014. – URL: <http://www.forum.nedug.ru/threads/839726-оргазм-при-дефекации#.WBW6vzUjHcs> (дата обращения: 30.10.2016).
21. Топ-10: Наркотики и их эффекты. – URL: <http://www.bugaga.ru/interesting/1146740918-top-10-narkotiki-i-ih-effekty.html> (дата обращения: 14.11.2016).
22. Ученые узнали, почему «сходить по-большому» – это приятно. – URL: <http://kakmed.com/13783/uchenye-uznali-rochemu-skhodit-po-bolshomu-hto-priyatno/> (дата обращения: 30.10.2016).
23. Ярхауз М. А., Тэн Э. С. Н. (Yarhouse M. A., Tan E. S. N.) Сексуальность и психотерапия сексуальных расстройств: Пер. с англ. – Черкассы: Коллоквиум, 2016. – 371 с.
24. Berard E. J. J. The sexuality of spinal cord injured women: physiology and pathophysiology. A review // Paraplegia. – 1989. – 27 (2). – P. 99–112.
25. Beric A., Light J. K. Anorgasmia in anterior spinal cord syndrome // Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry. – 1993. – 56 (5). – P. 548–551.

26. Buisson O. 1., Jannini E. A. Pilot echographic study of the differences in clitoral involvement following clitoral or vaginal sexual stimulation // *J Sex Med.* – 2013. – 10 (11). – P. 2734–2740.
27. Chuang Y. C., Lin T. K., Lui C. C., Chen S. D., Chang C. S. Tooth-brushing epilepsy with ictal orgasms // *Seizure.* – 2004. – 13 (3). – P. 179–182.
28. Daedone N. *Slow sex: The art and craft of the female orgasm.* – New York: Grand Central Publishing, 2011.
29. Fisher C., Cohen H. D., Schiavi R. C., Davis D., Furman B., Ward K., Edwards A., Cunningham J. Patterns of female sexual arousal during sleep and waking: vaginal thermo-conductance studies // *Archives of Sexual Behavior.* – 1983. – 12. – P. 97–122.
30. Heath R. G. Pleasure response of human subjects to direct stimulation of the brain: physiologic and psychodynamic considerations // *The Role of Pleasure in Behavior* (ed. R. G. Heath). – New York: Harper and Row, 1964. – P. 219–243.
31. Heath R. G., Fitzjarrell A. T. Chemical stimulation to deep fore-brain nuclei in parkinsonism and epilepsy // *International Journal of Neurology.* – 1984. – 18. – P. 163–178.
32. Herbenick D. M., Fortenberry J. D. Exercise-induced orgasm and pleasure among women // *Sexual and Relationship Therapy.* – 2011. – 26 (4). – P. 373–388.
33. How do you «think off»? – URL: <https://answers.yahoo.com/question/index?qid=20100719151635AAmU2O8> (date of the reference: 21.11.2016).
34. Janszky J., Ebner A., Szupera Z., Schulz R., Hollo A., Szucs A., Clemens B. Orgasmic aura – a report of seven cases // *Seizure.* – 2004. – 13 (6). – P. 441–444.
35. Komisaruk B. R., Beyer-Flores C., Whipple B. *The science of orgasm.* – Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2006. – 358 p.
36. Komisaruk B. R., Whipple B., Nasserzadeh S., Beyer-Flores C. *The orgasm answer guide.* – Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2010. – xiv+153 p.
37. Komisaruk B. R., Whipple B. Complete spinal cord injury does not block perceptual responses to vaginal or cervical self-

- stimulation in women // Society for Neuroscience Abstracts. – 1994. – 20. – P. 961.
38. Komisaruk B. R., Gerdes C., Whipple B. «Complete» spinal cord injury does not block perceptual responses to genital self-stimulation in women // Archives of Neurology. – 1997. – 54 (12). – P. 1513–1520.
39. Lawrence A. A. Sexuality before and after male-to-female sex reassignment surgery // Arch Sex Behav. – 2005. – 34 (2). – P. 147–166.
40. Money J. Phantom orgasm in the dreams of paraplegic men and women // Archives of General Psychiatry. – 1960. – 3. – P. 373–382.
41. O’Connell H. E., Sanjeevan K. V., Hutson J. M. Anatomy of the clitoris // The Journal of Urology. – 2005. – 174 (4 Pt 1). – P. 1189–1195.
42. Orgasm. From Wikipedia, the free encyclopedia. – URL: <http://en.wikipedia.org/wiki/Orgasm> (date of the reference: 20.07.2014).
43. Sem-Jacobsen C. W. Depth-Electrographic Stimulation of the Human Brain and Behavior. – Springfield, IL: Charles C. Thomas, 1968.
44. Singer J., Singer I. Types of Female Orgasm // Journal of Sex Research. – 1972. – 8. – P. 255–267.
45. Sipski M. L., Alexander C. J. Spinal cord injury and female sexuality // Annual Review of Sex Research. – 1995. – 6. – P. 224–244.
46. Sipski M., Alexander C., Rosen R. Orgasm in women with spinal cord injuries: a laboratory-based assessment // Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. – 1995. – 76 (12). – P. 1097–1102.
47. So N. K. Epileptic auras // The Treatment of Epilepsy: Principles and Practice / E. Wyllie (ed). – 1993. – 228 p.
48. Some women orgasm during childbirth, study shows. June 13, 2013. – URL: <http://www.gmanetwork.com/news/story/312649/scitech/science/some-women-orgasm-during-childbirth-study-shows> (date of the reference: 12.10.2016).
49. Study: Exercise can lead to female orgasm, sexual pleasure. Public release date: 19-Mar-2012. – URL:

- http://www.eurekalert.org/pub_releases/2012-03/iu-sec031612.php (date of the reference: 14.11.2016).
50. «Thinking Off» or How to Have a Breath and Energy Orgasm. – URL: <http://barbaracarrellas.com/thinking-off-learning-channel-strange-sex/> (date of the reference: 21.11.2016).
 51. Whipple B., Komisaruk B. R. Analgesia Produced in Women by Genital Self-Stimulation // *The Journal of Sex Research*. – 1988. – 24 (1). – P. 130–140.
 52. Whipple B., Komisaruk B. R. Sexuality and women with complete spinal cord injury // *Spinal Cord*. – 1997. – 35 (3). – P. 136–138.
 53. Whipple B., Gerdes C. A., Komisaruk B. R. Sexual response to self-stimulation in women with complete spinal cord injury // *Journal of Sex Research*. – 1996. – 33. – P. 231–240.
 54. Yes! Orgasms During Birth Are Real, Study Suggests. By Stephanie Pappas, Live Science Contributor. May 31, 2013. – URL: <http://www.livescience.com/37039-orgasmic-birth-real.html> (date of the reference: 24.11.2016).

ГЛАВА 6

ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ОРГАЗМА. ОДНОКРАТНЫЕ, ПОВТОРНЫЕ И МНОЖЕСТВЕННЫЕ ОРГАЗМЫ. РЕФРАКТЕРНЫЙ ПЕРИОД. ПАТОЛОГИЧЕСКИЙ ОРГАСТИЧЕСКИЙ СТАТУС

Оргазм – самая короткая фаза сексуальной реакции. Русскоязычная версия Википедии сообщает: «Оргáзм (др.-греч. ὀργασμός от ὀρούω – наливаться [соком], набухать; пылать страстью) – кульминация сексуального возбуждения, характеризующаяся сильным чувством наслаждения, удовлетворения [11]. На японском языке слово оргазм означает «я умер и попал в рай» («I have died and gone to heaven»). Y. K. Fulbright (Ю. К. Фулбрайт) [35] отмечает, что «может быть нет лучшего способа описать этот опыт ума тела и души. Охват сути оргазма практически находится вне слов, вне описаний, особенно когда существует так много его типов».

Если о длительности полового акта сообщали и сообщают много и многие [8], то сведения о продолжительности оргазма находятся в тени. Существующие данные об этой продолжительности свидетельствуют о следующем. Длительность оргазма у мужчины в среднем составляет 10–15 сек, хотя в некоторых случаях может достигать 30 сек [20]. Оргазм женщины может быть более продолжительным или гораздо более продолжительным, чем у мужчины. Средняя его продолжительность составляет около 20 сек [24]. W. H. Masters, V. E. Johnson (У. Мастерс, В. Джонсон) [26] установили, что продолжительность оргазма у женщины может достигать 43 сек. При этом женщины имели до 25 следующих друг за другом вагинальных сжатий [по 15].

S. Kratochvíl (С. Кратохвил) [22] сообщает, что в течение длительного времени обычными считались короткие оргазмы продолжительностью от 3 до 15 сек. Однако Bohlen и соавт. (1992), а также другие исследователи зафиксировали при физиологических экспериментах женские оргазмы большей длительности: от 20 сек до 2 мин. Hubalek и Raboch (1984) при структурированных интервью с брачными

парами обнаружили, что такие продолжительные женские оргазмы не были исключением. Около 40% из 121 женщины отмечали, что продолжительность их оргазма может быть от 30 до 60 сек или даже больше, что соответствовало независимым оценкам их мужей. Результаты собственных исследований S. Kratochvíl [22] свидетельствуют о том, что среди 200 женщин, лечившихся по поводу неврозов, 37% сообщили, что испытывают продолжительный оргазм, 37% – короткий, а 26% не ответили на этот вопрос. В выборке из 100 женщин (медицинские работники, консультанты) 48% испытывали преимущественно продолжительный оргазм, 44% – короткий, 8% не ответили на данный вопрос. Автор делает вывод, что его данные подтверждают относительно частое возникновение продолжительного оргазма у женщин.

Следует отметить, что длительность оргазма, если речь идет о достоверных данных, должна объективизироваться с помощью физиологических методов и хронометрирования, так как в противном случае (обычный опрос) большую роль будут играть субъективные моменты, которые могут значительно исказить оцениваемый показатель: известно, что на восприятие времени человеком играют различные факторы.

А. М. Свядоц [14] отмечает, что у женщин оргазм может быть пикообразным как и у мужчин, но только более продолжительным, и, в отличие от мужчин, также быть затяжным. Он сообщает, что такой оргазм длится в течение 20–60 сек и дольше и может носить волнообразный характер, то усиливаясь, то значительно ослабевая. Общая продолжительность волнообразного оргазма может достигать нескольких десятков минут, а иногда даже часа-полутора часов. По данным З. А. Рожановской, А. М. Свядоца [13], кратковременный пикообразный оргазм встречается у 60% женщин, а затяжной – у 40%.

А. М. Свядоц [14] отмечает, что у многих женщин (как и у мужчин) повторный оргазм может наступать лишь после паузы в 20–30 минут, а иногда и спустя несколько часов. Однако 15% женщин полиоргастичны, т. е. способны к многократным повторным оргазмам, которые следуют друг за другом с интервалом в 1–2 мин. Пока мужчина совершает

один половой акт, некоторые женщины успевают пережить оргазм 3–4 раза. Некоторые женщины чувствуют себя удовлетворенными лишь тогда, когда 10–15–20, а иногда и большее число раз, пережили оргазмы, непрерывно следовавшие один за другим [14].

Под множественными оргазмами (multiple orgasms) следует понимать переживание двух и более оргазмов за короткий период времени. R. Crooks, K. Baur (Р. Крукс, К. Баур) [19] сообщают о данных А. С. Kinsey и соавт. [21], которые указывали, что приблизительно 14% испытуемых женщин в их выборке обычно переживали множественные оргазмы. Согласно опросу читателей журнала *Psychology Today* (Психология сегодня), результаты которого были помещены в июльском номере 1970 г., эта цифра составила 16% (R. Athanasiou и соавт., 1970).

W. Masters, V. Johnson в своих исследованиях выявили, что множественные оргазмы испытывает далеко не ограниченное число женщин. Они писали: «Если способная испытывать регулярные оргазмы женщина соответствующим образом стимулируется в течение короткого периода времени после первого оргазма, она чаще всего может испытать второй, третий, четвертый и даже пятый и шестой оргазмы, прежде чем полностью насытится. В отличие от мужчин, которые, как правило, не в состоянии испытывать больше одного оргазма за короткий период времени, многие женщины, особенно когда стимулируют их клитор, могут регулярно испытывать по пять или шесть полноценных оргазмов в течение всего нескольких минут» [27, р. 792.]. Цитируемые авторы одному из своих коллег сообщили: «В среднем при оптимальном возбуждении женщина удовлетворяется тремя-пятью оргазмами; при этом механическое стимулирование, например при помощи электрического вибратора, которое менее изнурительно, женщина продолжает [проводить] час и более, за это время она может последовательно испытать от двадцати до пятидесяти оргазмов» [по 3, с. 207].

Мери Шеффри в связи с этим писала: «В последние несколько лет клинической практики мое внимание привлекли замужние и одинокие женщины, которые при помощи элек-

трических вибраторов переживают до пятидесяти оргазмов... С точки зрения нормального физиологического функционирования, эти женщины обнаруживают нормальную неподдавленную сексуальность, а число испытываемых ими оргазмов отражает потенциальные возможности оргазма у женщины» [по 3, с. 207]. Множественные оргазмы чаще наступают у женщин при куннилингусе, ручной стимуляции, при воздействии вибратором, а не при половом акте с проникновением члена во влагалище [3].

В настоящее время считается, что к мультиоргазму способны и мужчины. Раньше придерживались иного мнения, так как исходили из того, что, в отличие от женщин, у мужчин после завершения полового акта непременно наступает рефрактерный период. Как известно, в течение рефрактерного периода мужчина вначале вообще не способен к проведению полового акта, который заканчивается семяизвержением (абсолютная рефрактерность), а спустя некоторый промежуток времени такая способность восстанавливается, но только при использовании какой-то более сильной стимуляции (относительная рефрактерность) [10].

Вместе с тем в нашей клинической практике мы наблюдали пациентов-мужчин, которые были способны к проведению последующих половых актов сразу после семяизвержения (без какой-либо остановки) при полной сохранности эрекции. Так, один наш пациент жаловался на резкое уменьшение продолжительности полового акта. Если ранее она составляла 30 мин, то теперь только 1,5 мин. При активном опросе выяснилось, что за эти 30 мин он раньше без перерыва совершал 4 коитуса, которые заканчивались семяизвержением, а теперь возможность проведения половых актов без перерыва утратилась. На вопрос о продолжительности первого полового акта в этой серии пациент ответил, что она составляла 1,5 мин. Длительность каждого последующего коитуса была больше, чем предыдущего. Следовательно, ни о каком укорочении полового акта в данном случае говорить не приходится, и речь идет о том, что рефрактерный период, который наступает у мужчин после семяизвержения, в данном случае чрезвычайно короток, почти не-

заметен, что нехарактерно для мужчин. Это, как отмечалось нами выше, был не единственный случай в нашей практике, когда мужчина был способен к проведению ряда половых актов без каких-либо перерывов. В настоящее время у нас нет полной уверенности в том, был ли вообще у пациента, о котором идет речь, рефрактерный период после первого, второго и третьего полового акта.

В одном исследовании 1998 г., проведенном в лабораторных условиях, 35-летний мужчина испытал 6 оргазмов за 36 мин без видимого рефрактерного периода. Каждый из этих оргазмов сопровождался эякуляцией. Он сообщил, что множественные оргазмы с эякуляцией он испытывает с 15 лет (B. Whipple и соавт., 1998) [по 9].

Мужчины, которые испытывают сухой оргазм (оргазм без эякуляции), часто могут иметь множественные оргазмы, так как их рефрактерный период редуцирован. M. E. Dunn, J. E. Trost (M. E. Данн, Дж. Е. Трост) [20] сообщают о данных интервьюирования 21 мультиоргастичного мужчины в возрасте от 25 до 69 лет. Эти мужчины утверждали, что они обычно, хотя и не всегда, испытывают множественные оргазмы. Исследователи определили множественные оргазмы у мужчин как два или более оргазма с эякуляцией или без нее, после которых может иметь место очень ограниченная детумесценция (detumesence) (потеря эрекции). Обследованные сообщили, что детумесценция полового члена не всегда следует за оргазмом, а анэякуляторный оргазм может произойти как до, так и после оргазма с эякуляцией, и что возможно иметь серию оргазмов. У некоторых мужчин эякуляция наступала после первого оргазма, за которым следовали более «сухие» оргазмы. Другие же мужчины сообщали, что после нескольких оргазмов без эякуляции у них наступал финальный оргазм, сопровождающийся эякуляцией. Встречались и разные варианты сочетания двух охарактеризованных паттернов. Одни мужчины сообщили, что всегда имели множественные оргазмы, в то время как другие испытывали их относительно поздно в своей жизни. Некоторые мужчины специально обучались, чтобы стать мультиоргастичными. На основании проведенного исследования авто-

ры приходят к выводу, что традиционные ожидания в отношении ограничения способности мужчин к переживанию оргазма оказывали сильное влияние на поведение мужчин, а также исследователей в этой области.

Существуют и другие данные о возможности некоторых мужчин испытывать несколько оргазмов за очень короткий промежуток времени. При проведении одного исследования 13 мужчин указали, что перед финальным оргазмом с эякуляцией они могут пережить ряд оргазмов. Большинство из них сообщили, что во время одного занятия сексом они испытывают от 3 до 10 оргазмов. Отмечается, что, к сожалению, только одного из этих 13 мужчин обследовали в лаборатории, где его заявления подтвердились физиологическими данными. Делается вывод, что, по-видимому, разгадка множественных оргазмов состояла в том, что эти мужчины обладали способностью сдерживать эякуляцию, так как их финальный оргазм в серии оргазмов сопровождался эякуляцией и приводил к рефрактерному периоду [32].

В связи с обсуждением проблемы множественного оргазма, целесообразно обсудить вопрос о некоторых механизмах формирования рефрактерного периода у мужчин. Так, Р. Крукс, К. Баур [9, с. 142] сообщают:

«Одним из самых значительных различий в сексуальной реакции полов является наличие рефрактерного периода в мужском цикле реагирования. Мужчинам обычно нужен какой-то минимум времени после оргазма, прежде чем они почувствуют еще один пик. Большинство женщин не испытывают такой физиологически обусловленной «фазы остановки».

В литературе есть много дискуссий о том, почему только у мужчин есть рефрактерный период. Кажется правдоподобным существование какого-то кратковременного неврологического сдерживающего механизма, который приводится в действие в результате эякуляции. Трое британских ученых провели интересное исследование, которое показало правильность такого мнения (Barfield et al., 1975). Эти исследования доказывают, что некоторые последовательности химических реакций меж-

ду средней частью мозга и гипоталамусом, участвующие, как было выявлено ранее, в регуляции сна, связаны и с тормозящим эффектом после оргазма у мужчин. Чтобы проверить эту гипотезу, ученые провели опыты на крысах и уничтожили у них участок вентральной медиальной петли (*ventral medial lemniscus*) в их химической цепи. Для сравнения ученые хирургически удалили три другие области в гипоталамусе и в средней части мозга у разных крыс. Последующие наблюдения за сексуальным поведением испытуемых крыс показали, что удаление вентральной медиальной петли оказывает очень сильное влияние на рефрактерный период, сокращая его продолжительность в два раза.

Еще одно исследование на крысах предоставило более детальные данные о том, что мозг участвует в формировании рефрактерного периода у мужчин. В двух исследованиях у крыс были разрушены большие области под гипоталамусом, что привело к учащению эякуляций у испытуемых животных (Heimer & Larsson, 1964; Lisk, 1966). Еще одно исследование показало, что электрическая стимуляция задней части гипоталамуса может резко уменьшить у крыс интервалы между копуляциями (Caggiula, 1970).

Некоторые специалисты полагают, что ответ на загадку рефрактерного периода кроется в потере семенной жидкости во время оргазма. Но большинство исследователей скептически отнеслись к этой идее, потому что неизвестно, какая субстанция в выделяемом семени может свидетельствовать об утечке энергии или заметном снижении гормонального уровня, либо о каких-либо других биохимических сдвигах, которые могли бы объяснить эту загадку.

Еще одно исследование предполагает, что рефрактерный период у мужчин объясняется эволюцией и ее целями, поскольку конечная цель выживания видов наиболее эффективно достигается, если мужчины испытывают «остановку» после оргазма, а женщины нет. В соответствии с этой теорией женщины получают преимущество и могут продолжать совокупляться ни с одним мужчиной.

Такая практика увеличивает количество спермы в репродуктивном тракте женщины, и вероятность беременности повышается. Дополнительное количество спермы также ведет к тому, что активно происходит естественный отбор наиболее приспособленных особей (наиболее быстрых пловцов, долгожителей и т. д.). Доказательства в пользу этой теории слабы, однако сам тезис, тем не менее, провокационный. Какие бы ни были причины, рефрактерный период распространен не только у мужчин, но и у самцов буквально всех видов, о которых у нас имеются данные, в том числе у крыс, собак и шимпанзе».

По нашему мнению, вышеприведенная гипотеза, объясняющая отсутствие у женщин рефрактерного периода необходимостью и возможностью отбора наилучших по своему качеству сперматозоидов от многих мужчин, выглядит не только сугубо умозрительной, но и такой, которая вызывает улыбку. В связи с этим возникает картина, где женщина и мужчина проводят половой акт, а возле них выстроились другие мужчины, ожидающие своей очереди. Более того, и это уже совсем не смешно, в связи с данной гипотезой может возникнуть визуальная криминальная конструкция группового изнасилования женщины мужчинами.

Существуют возможности влияния на рефрактерный период мужчины с помощью определенных веществ. Так, выброс окситоцина при эякуляции участвует в обеспечении рефрактерного периода после копуляции: увеличение уровня этого гормона во время семяизвержения главным образом отвечает за рефрактерный период, и количество выделенного окситоцина может повлиять на длительность рефрактерного периода [34]. Другой агент, который считается ответственным за мужской рефрактерный период – это пролактин, подавляющий допамин, который, в свою очередь, отвечает за сексуальное возбуждение. В связи с этим в настоящее время возникает экспериментальный интерес к препаратам, ингибирующим пролактин, таким как каберголин (cabergoline), также известный как cabeser или dostinex. Существуют исследования, предполагающие, что каберголин в состоянии полностью устранить рефрактерный пери-

од, что может позволить мужчинам испытывать несколько эякуляций и оргазмов подряд [23].

К уменьшению рефрактерного периода приводит прием ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа [6; 8; 18; 28–30].

В литературе широко представлено мнение о том, что, в отличие от мужчин, у женщин рефрактерный период отсутствует. Однако это утверждение должно быть подвергнуто тщательному анализу. Если это так, то женщина подобна вечному двигателю (*perpetuum mobile*), и ее можно всегда сексуально завести без всяких ограничений. В этом подходе она предстает как неиссякаемый источник энергии, так как половой акт, как известно, характеризуется выраженной интенсификацией активности различных органов и систем организма и сопряжен с большой тратой энергии.

В связи с этим интерес представляет классификация женского оргазма Джосефины Сингер и Ирвинга Сингера (Josephine and Irving Singer) 1972 г. [33]. Авторы описали 3 типа женского оргазма: **вульварный, маточный и смешанный**. Они полагают, что, в отличие от вульварного оргазма, после маточного оргазма обычно следует рефрактерный период.

Необходимо обратить внимание и на высказывания А. М. Свядоша [14, с. 34–35] по этой проблеме: «После оргазма некоторые женщины с пикообразным, однократным типом оргазма оказываются в половом отношении невозбудимыми. **У них возникает рефрактерный период**, который может длиться довольно долго, иногда ряд часов, сутки или дольше. У женщин, способных к повторным оргазмам, рефрактерный период может быть весьма кратковременным – одна минута или немного дольше. Женщины, способные к многократным повторным оргазмам, нередко после оргазма, если половой акт продолжается, остаются в состоянии возбуждения на уровне «плато»-фазы, и в этой фазе у них вновь и вновь повторно возникают оргазмы, причем каждый раз возбуждение падает лишь до уровня «плато»-фазы».

По нашему мнению, рефрактерный период у женщин между отдельными оргазмами может отсутствовать, если речь идет о многократных оргазмах.

Однако серия таких оргазмов не может быть беспредельной, и можно достичь оргазма, который будет последним в этой серии, за которым неминуемо наступит рефрактерный период. Устоявшееся в литературе преобладающее мнение об отсутствии у женщин рефрактерного периода следует считать мифом, который противоречит не только здравому смыслу, но и общим физиологическим закономерностям.

Следует отметить, что W. Hartman и M. Fithian (У. Хартман и М. Фитиан) (1984) сообщили об успехе в обучении мужчин переживать множественные анэякуляторные оргазмы посредством сжатия лобково-копчиковых (pubococcygeus) и связанных с ними мышц при приближении оргазма [по 19]. Один из способов, который позволяет предотвратить эякуляцию, – давление на промежность примерно на полпути между мошонкой и анусом как раз перед эякуляцией. Вместе с тем отмечается, что это, однако, может привести к ретроградной эякуляции (т. е. перенаправить сперму в мочевой пузырь), а также вызвать долгосрочное повреждение из-за давления на нервы и кровеносные сосуды промежности [по 31]. Смысл техник, направленных на достижение множественного оргазма у мужчин, состоит в том, что они позволяют отделить оргазм от эякуляции. Подробно различные приемы, которые дают возможность достичь такого оргазма у мужчин, представлены в книге «Мультиоргазм для мужчин» [17].

Необходимо отметить, что оргазм, в том числе и неоднократный, может возникать самопроизвольно вне эротической ситуации. Однажды ко мне обратилась женщина-врач, которая проходила подготовку по сексопатологии на нашей кафедре. Она рассказала об одной пациентке, у которой вне эротической обстановки спонтанно возникают неоднократные оргазмы. Этой молодой женщине был поставлен диагноз шизофрении. Это была социально активная женщина, которая в прошлом работала инструктором райкома комсомола. Фактором, который врачи считали одним из оснований для поставленного ими диагноза, являлась ее активная позиция, связанная с желанием быстрее излечения, кото-

рая, в частности, проявлялась в согласии на проведение ей инсулиновых ком и других экстремальных терапевтических воздействий. В итоге большого клинического разбора, проведенного с врачами, проходившими специализацию по сексопатологии, мною было высказано мнение, что у пациентки нет шизофрении. Врач, по рекомендации которой пациентка приехала в Харьков на консультацию, попросила отразить это в документах. Я же высказал мысль о том, что снятие диагноза должно происходить в специализированном учреждении. Профессор Г. В. Столяров из Харьковского института неврологии и психиатрии, обследовав эту больную, снял этот диагноз, что нашло отражение в официальном заключении, которое было ей выдано.

Таким образом, в некоторых случаях патологии оргазмы могут повторяться неоднократно, наступать спонтанно и носить насильственный характер. По аналогии со статусом эпилептическим в этих случаях можно говорить о спонтанно возникающем **патологическом оргастическом статусе**, так как между следующими друг за другом оргазмами если и бывает спад сексуального возбуждения, то он весьма непродолжительный, и вслед за быстро нарастающим сексуальным возбуждением часто наступает новый оргазм. Приведем ряд примеров.

Жительница Сиэтла (США) Лиз по окончании полового акта со своим партнером Эриком встала с постели, но внезапно ощутила еще один оргазм, за которыми последовали другие оргазмы. Спустя примерно час после окончания полового акта женщина начала паниковать, так как оргазмы так и не прекращались. С целью избавиться от оргазма Лиз предпринимала различные меры. «Я начала подпрыгивать, но это ничего не дало. Я была готова на что угодно, лишь бы это прекратилось. Я пробовала пить вино, надеясь, что это поможет остановить достижение оргазма». К исходу второго часа задыхающуюся женщину доставили в больницу. Медицинский персонал предположил, что у нее начались схватки и что она вот-вот должна родить. В больнице оргастические разрядки продолжались еще в течение часа. В целом они продолжались более 3 часов, прежде чем она, наконец, ис-

пытала облегчение. Эта история была представлена в телевизионном шоу «Sex Sent Me to the ER» («Секс отправил меня в отделение неотложной помощи»). Лиз рассказала, что если изначально спонтанные оргазмы наступали у нее после секса, то в дальнейшем дело дошло до того, что они могли возникать как гром с ясного неба, когда она смотрела телевизор, шла по улице или делала еще что-либо. «Я не могла управлять своей жизнью – мое тело управляло ею. Это очень удручало. Дошло до того, что у меня было 12 спонтанных пролонгированных оргазмов в один день. Я ходила от специалиста к специалисту, и они не знали, что делать со мной. Это было очень тяжелое время в моей жизни». Врачи, которые вначале были сбиты с толку, в конце концов выяснили причину проблемы – биполярное аффективное расстройство. Лиз была назначена вальпроевая кислота – противоэпилептическое средство, которое назначают при данном аффективном расстройстве [12; 16; 36; 37].

Как известно, вальпроевая кислота в настоящее время получила разрешение Управления по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов (Food and Drug Administration [FDA]) США на использование в качестве средства для купирования острой мании при биполярном расстройстве [1].

В случаях патологии оргазм может быть не только спонтанным, но и изумлять своей частотой. Сообщается, что 44-летняя медсестра, афроамериканка Ким Рэмси (родом из Хитчина, графство Хартфордшир), которая сейчас живет в городе Монклер (штат Нью-Джерси, США), в день испытывает до 100 оргазмов. Врачи диагностировали у нее редкую патологию – расстройство в форме стойкого генитального возбуждения (Persistent Genital Arousal Disorder [PGAD]). Практически любое движение тазовой области – поездка в вагоне, в автомобиле, домашние дела – вызывают у нее оргазм. Из-за этого она не может наладить свою личную жизнь. Врачи считают, что PGAD развилось у нее в результате травмы, когда в 2001 г. она упала с лестницы. Возможно, это привело к образованию кисты Тарлова (Tarlov cyst) (арахноидальной кисты канала крестцового отдела позво-

ночника). Впервые данное расстройство проявилось в 2008 г. после секса с новым бойфрендом. Пациентка испытывала оргазмы в течение 3-х суток. Что только она не делала: глубоко дышала, приседала, садилась на замороженный горох, однако половое возбуждение продолжалось 36 час. За это время испытала около 200 оргазмов. Сейчас она просто боится иметь дело с мужчинами, так как не знает, как сможет справиться с сексуальным возбуждением и оргазмами. Даже поездка в транспорте, если возникают толчки, ее возбуждает. Ощущения при PGAD напоминают половое возбуждение, но фактически оно не связано с сексуальным желанием, мыслями или поведением. Любое давление на гениталии может вызвать увеличение интенсивности возбуждения и даже привести к мочеиспусканию. Несмотря на то, что Рэмси уже обращалась к нескольким специалистам, пока врачи не могут ей помочь. Только в июне в Пенсильвании ей поставили официальный диагноз [5].

Следует отметить, что PGAD описано и у мужчин, а также у детей [2; 4; 25].

Сведения, которые изложены в данной главе, ранее были представлены нами в специализированном журнале [7].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Биполярное аффективное расстройство – Лечение. – URL: [http://ilive.com.ua/health/diseases/bolezni-nervnoi-sistemy-nevrologiya/9235-bipolyarnoe-affektivnoe-rasstroistvo-prichiny-simptomu-i-diagnostika/bi#Вальпроевая кислота](http://ilive.com.ua/health/diseases/bolezni-nervnoi-sistemy-nevrologiya/9235-bipolyarnoe-affektivnoe-rasstroistvo-prichiny-simptomu-i-diagnostika/bi#Вальпроевая%20кислота) (дата обращения: 18.09.2014).
2. Булатов А. 100 оргазмов каждый день. Сайт: «Знаменитости» – URL: http://www.peoples.ru/state/citizen/dale_decker/ (дата обращения: 21.12.2014).
3. Вестхеймер Р. К. (Westheimer R. K.) Энциклопедия сексуальности человека / Перев. с англ. – М.: КРОН-ПРЕСС, 1995. – 400 с.

4. Девушка испытывает по 50 оргазмов в день. 13 февраля 2013. – URL: <http://www.kasjauns.lv/ru/novosti/109022/devushka-ispitivaet-po-50-orgazmov-v-denj> (дата обращения 22.12.2014).
5. Ким Рэмси в день испытывает до 100 оргазмов и это болезнь. Замечено 28/08/2012, автор admin. – URL: <http://ladyhelp.net/health/kim-remsi-v-den-isytyvaet-do-100-orgazmov-i-eto-bolezn> (дата обращения: 18.09.2014).
6. Кочарян Г. С. Ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа и интракавернозные инъекции вазоактивных препаратов в терапии преждевременной эякуляции // Здоровье мужчины. – 2012. – №3 (42). – С. 75–77.
7. Кочарян Г. С. Продолжительность оргазма, однократные, повторные и множественные оргазмы, рефрактерный период, патологический оргастический статус. Современные данные // Здоровье мужчины. – 2015. – №1 (52). – С. 10–14.
8. Кочарян Г. С. Расстройства эякуляции и их лечение. – Х.: Вид-во Віровець А. П. «Апостроф», 2012. – 328 с.
9. Крукс Р, Баур К. (Crooks R., Baur K.). Сексуальность. 9-е международное издание. – СПб.: прайм-ЕВРОЗНАК; М.: «ОЛМА-ПРЕСС», 2005. – 480 с.
10. Общая сексопатология. Руководство для врачей / Под ред. Г. С. Васильченко. – М.: Медицина, 1977. – 488 с.
11. Оргазм. Материал из Википедии – свободной энциклопедии. – URL: <https://ru.wikipedia.org/wiki/%CE%F0%E3%E0%E7%EC> (дата обращения: 09.12.2014).
12. Продолжительный оргазм закончился больницей – URL: <http://www.postsovet.ru/blog/starslife/472714.html> (дата обращения: 18.09.2014).
13. Рожановская З. В., Свядоц А. М. К вопросу об оргазме у женщин // Вопросы сексопатологии. – М.: Медицина, 1969. – С. 128–130.
14. Свядоц А. М. Женская сексопатология. 5 изд., перераб. и допол. – Кишинев: Штиинца, 1991. – 184 с.
15. Сексуальные рекорды книги рекордов Гиннеса. – URL: <http://katushka.net/forum/showthread.php?tid=2414> (дата обращения: 27.07.2014).

16. Трехчасовой оргазм отправил женщину в больницу. + Видео. Jan. 9th, 2014. – URL: <http://vseneobichnoe.livejournal.com/2398671.html> (дата обращения: 18.09.2014).
17. Чиа Мантэк, Абрамс Арава Дуглас. Мультиоргазм для мужчин / Перев. с англ. – М.: ООО Издательство «София», 2008. – 224 с.
18. Aversa A., Mazzilli F., Rossi T., Delfino M., Isidori A. M., Fabbri A. Effects of sildenafil (Viagra) administration on seminal parameters and post-ejaculatory refractory time in normal males // *Hum Reprod.* – 2000. – 15. – P. 131–134.
19. Crooks R., Baur K. *Our Sexuality*. 4th ed. – The Benjamin/Cummings Publishing Company, Inc., 1990. – xxxv + 850 p.
20. Dunn M. E., Trost J. E. Male multiple orgasms: a descriptive study // *Archives of Sexual Behavior.* – 1989. – 18 (5). – P. 377–387.
21. Kinsey A. C., Pomeroy W. B., Martin C. E., Gebhard P. H. *Sexual behavior in the human female.* – Philadelphia: Saunders, 1953. – 842 p.
22. Kratochvíl S. [The duration of female orgasm]. [Article in Czech] // *Cesk Psychiatr.* – 1993. – 89 (5). – P. 296–299.
23. Krüger T. H., Haake P., Haverkamp J., Krämer M., Exton M. S., Saller B., Leygraf N., Hartmann U., Schedlowski M. Effects of acute prolactin manipulation on sexual drive and function in males // *J Endocrinol.* – 2003. – 179 (3). – P. 357–365.
24. Levin R. J., Wagner G. Orgasm in women in the laboratory—quantitative studies on duration, intensity, latency, and vaginal blood flow // *Archives of Sexual Behavior.* – 1985. – Vol. 14, Issue 5. – P. 439–449.
25. Man Has 100 Orgasms A Day, The Consequences Are Devastating. – URL: <http://www.inquisitr.com/1494044/man-has-100-orgasms-a-day-the-consequences-are-devastating/> (date of the reference: 21.12.2014).
26. Masters W. H., Johnson V. E. *Human sexual response.* – Boston: Little Brown & Company, 1966. – 366 p.

27. Masters W., Johnson V. Orgasm, anatomy of the female // Encyclopedia of Sexual Behavior, Vol. 2. A. Ellis, A. Abarbanel (eds.) – New York: Hawthorne Books, 1961, p. 792.
28. McMahon C. G., Stuckey B. G., Andersen M., Purvis K., Koppiker N., Haughie S., Boolell M. Efficacy of sildenafil citrate (Viagra) in men with premature ejaculation // J Sex Med. – 2005. – 2 (3). – P. 368–375.
29. McMahon Chris G. Premature ejaculation // Indian Journal of Urology. – 2007. – 23 (2). – P. 97–108.
30. Mondaini N. N., Ponchietti R., Muir G. H., Montorsi F., Di Loro F., Lombardi G., et al. Sildenafil does not improve sexual function in men without erectile dysfunction but does reduce the postorgasmic refractory time // Int J Impot Res. – 2003. – 15. – P. 225–228.
31. Orgasm. From Wikipedia, the free encyclopedia. – URL: <http://en.wikipedia.org/wiki/Orgasm> (date of the reference: 11.12.2014).
32. Robbins M., Jensen G. Multiple Orgasm in Males // Journal of Sex Research. – 1978. – Vol. 14, No. 1. – P. 21–26.
33. Singer J., Singer I. Types of Female Orgasm // Journal of Sex Research. – 1972. – 8. – P. 255–267.
34. Textbook of Biological Psychiatry (ed. Jaak Panksepp). – Wiley-Liss, Inc., 2004, p. 129.
35. The Many Types of Female Orgasm. By Yvonne K. Fulbright, PhD. – URL: <http://sinclairinstitute.org/the-many-types-of-female-orgasm/> (date of the reference: 21.12.2014).
36. This Woman Was Having 12 Orgasms A Day Without Sex. – URL: <http://www.gistplaza.com/woman-12-orgasms-day-without-sex/> (date of the reference: 08.09.2014).
37. Woman rushed to hospital after painful 3 hour orgasm. January 7, 2014. – URL: <http://splashng.com/woman-rushed-hospital-painful-3-hour-orgasm/> (date of the reference: 08.09.2014).

ГЛАВА 7

ОПРЕДЕЛЕНИЯ РАССТРОЙСТВ ОРГАЗМА И ИХ РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ

Значимость проблемы расстройств оргазма трудно переоценить. В данной главе, материалы которой ранее были изложены нами в специализированном журнале [8], мы сосредоточились на представлении и обсуждении их понятийного аппарата и распространенности.

Определения

У. Мастерс и соавт. [10, с. 528] сообщают, что до опубликования написанной ими книги *Human Sexual Inadequacy* (Сексуальная неадекватность человека) [39] широко использовался термин «фригидность», которой называли ряд различных сексуальных расстройств у женщин (от неспособности испытывать оргазм и отсутствия интереса к сексу до отсутствия половой возбудимости). «Но так как точного определения этого термина не существовало, он все больше приобретал пренебрежительный негативный оттенок, характеризуя женщин как «холодных» или ущербных; в результате многие сексологи перестали им пользоваться». В связи с этим W. Masters, V. Johnson (У. Мастерс, В. Джонсон) [39] и H. S. Kaplan (Х. С. Каплан) [35] предложили использовать термин оргазмическая дисфункция. Они понимали под этим состояние, при котором женщина не может достигнуть оргазма (синоним – «аноргазмия»).

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) дается следующее определение расстройств оргазма, которое обозначено как «Оргастическая дисфункция» (F52.3) [11, с. 189–190]: «Оргазм не возникает или заметно задерживается. Это может иметь ситуационный характер (т. е. возникает лишь в определенных ситуациях), и в таком случае этиология, скорее всего, является психогенной. В других случаях оргазмическая дисфункция инвариабельна, и физические и конституциональные факторы могут быть исключены только на основании положительной реак-

ции на психологическую терапию. Оргазмическая дисфункция чаще наблюдается у женщин, чем у мужчин».

В последней американской классификации сексуальных дисфункций 2013 г., представленной в DSM-5 (Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам), приводятся следующие диагностические критерии оргастического расстройства у женщин (female orgasmic disorder, 302.73) [25, p. 429–430]:

«**A.** Наличие одного из следующих симптомов, которые имеют место во всех или почти во всех (приблизительно в 75% – 100%) случаях сексуальной активности (в определенных ситуационных контекстах или, если генерализованная, во всех контекстах):

1. Заметная задержка, заметная нерегулярность или отсутствие оргазма.

2. Заметно снижается интенсивность оргастических ощущений.

B. Данные симптомы критерия А сохранялись в течение приблизительно не менее 6 месяцев.

C. Симптомы критерия А вызывают клинически существенный дистресс у индивидуума.

D. Эта сексуальная дисфункция не лучше объясняется несексуальным психическим расстройством или как следствие тяжелого дистресса из-за взаимоотношений (например, насилием со стороны партнера), или другими существенными факторами стресса и не может быть отнесена к воздействию веществ / лекарств или других медицинских состояний (заболеваний)».

Также в данной классификации рекомендуют указывать, существует ли данное расстройство **с момента начала сексуальной активности** или оно является **приобретенным**, т. е. возникло после периода относительно нормального сексуального функционирования, а также является ли оно **генерализованным** (не ограничено определенными типами стимуляции, определенными ситуациями или партнерами) или **ситуационным** (имеет место при определенных

типах стимуляции, в определенных ситуациях или с определенными партнерами).

Кроме того, рекомендуют указывать, ели женщина никогда и ни в какой ситуации не испытывала оргазм, что по сути является признаком аноргазмии, существующей с начала половой жизни. Также следует отмечать тяжесть расстройства, которая определяется степенью дистресса, связанного с переживанием симптомов критерия А (легкую, умеренную и тяжелую, при которой существуют доказательства тяжелого или экстремального дистресса).

Следует отметить, что в DSM-5, в отличие от DSM-4, отсутствует рубрика, касающаяся расстройств оргазма у мужчин. В DSM-4 это расстройство представлено под шифром 302.74 (Male Orgasmic Disorder [formerly Inhibited Male Orgasm]) (Мужское оргастическое расстройство [ранее заторможенный мужской оргазм]):

«А. Стойкая или рецидивирующая задержка или отсутствие оргазма после нормальной фазы сексуального возбуждения во время сексуальной активности, которую клиницист, принимая во внимание возраст человека, оценивает как адекватную по интенсивности и продолжительности.

В. Это нарушение вызывает выраженный дистресс или сложности в межличностных отношениях.

С. Оргастическая дисфункция не лучше объясняется другим расстройством оси I (за исключением другой сексуальной дисфункции) и не является следствием исключительно прямых физиологических эффектов вещества (например, злоупотребления наркотиком, медикаментозного лечения) или общего состояния здоровья» [26, p. 236].

Следует отметить, что в DSM-4 для того, чтобы поставить диагноз оргастического расстройства у женщин (302.73), также необходимо, чтобы проблемы с оргазмом имели место после нормальной фазы сексуального возбуждения [26].

В бета-проекте Международной классификации болезней 11-го пересмотра [МКБ-11] (ICD-11 Beta Draft) приводится следующее определение аноргазмии: «Аноргазмия характеризуется отсутствием или заметной нерегулярностью

оргазма или заметно уменьшенной интенсивностью оргастических ощущений, несмотря на адекватную сексуальную стимуляцию, включая стремление к сексуальной активности и оргазму. Этот паттерн существует постоянно или периодически в течение по меньшей мере нескольких месяцев и имеет место часто, хотя он может отсутствовать в некоторых случаях, и связан с клинически выраженным дистрессом» [18].

У. Мастерс и соавт. [10] сообщают о существовании несколько различных типов аноргазмии. О **первичной аноргазмии** речь идет тогда, когда женщина никогда не испытывала оргазм, а о **вторичной** – когда женщина, в свое время регулярно достигавшая оргазма, перестала его испытывать. Под **ситуационной аноргазмией** понимают отклонение, при котором женщина достигает оргазма при каких-то определенных условиях, но неспособна к этому в отсутствие таких условий. Одна из разновидностей ситуационной аноргазмии – **коитальная аноргазмия** – состоит в том, что женщина может достигать оргазма разными способами, но только не в результате полового акта. Наконец, при **спорадической аноргазмии** женщина способна испытывать оргазм при различных формах половой активности, но далеко не всегда.

Р. Крукс, К. Баур (R. Kruks, K. Baur) [9] отмечают, что **аноргазмия** у женщин может быть **хронической** или **временной**, а также **общей** или **ситуативной**. В случае хронической аноргазмии женщина никогда не испытывала оргазма при любых методах самостимуляции и стимуляции со стороны партнера, а при ситуативной аноргазмии в одних ситуациях женщина может испытывать оргазм, а в других – нет (например, во время мастурбации, но не с партнером). Расстройство оргазма у мужчин, отмечают авторы, заключается в неспособности эякулировать (обычно во время коитуса) и может быть также названо мужской коитальной аноргазмией.

Обсуждая объем понятия «**расстройство оргазма у мужчин**», Р. Крукс и К. Баур [9] отмечают, что, как правило, в данном случае речь идет о неспособности мужчины к эяку-

ляции во время сексуальной активности. Большинство мужчин, у которых отсутствует оргазм во время полового акта, способны достичь его при мастурбации или при мануальной или оральной стимуляции со стороны партнера. Таким образом, возможно, термины **«мужская коитальная аноргазмия»** или **«аноргазмия с партнером»** являются более точными для описания данной ситуации (Apfelbaum, 2000).

М. В. Екимов [3] отмечает, что большую роль в понимании аноргазмии (АО) имеет ее типология, которая была разработана автором с учетом внешних проявлений АО и не предусматривает ее «причинных механизмов» [4]. Она имеет следующий вид:

«1. Абсолютная АО. При этом женщина никогда не переживала оргазм, ее тело пока не знает, что такое оргазмический опыт, оргазмический рефлекс (навык) у нее все еще не сформирован.

2. Коитальная АО. Оргазма нет в сношении, но он может произойти как-то иначе.

2.1. Оргазм возможен только как ночной или дневной (адекватный или неадекватный) спонтанный оргазм, но не достижим произвольно.

2.2. Оргазм возможен только при мастурбации, но не достижим от партнера. Чаще всего речь идет о дезадаптивных вариантах аноргазмии в результате неадекватных (дезадаптивных) форм мастурбации.

2.3. Оргазм возможен только при петтинге (клиторная стимуляция партнером), но невозможен в сношении. Это уже вариант нормы.

3. Паракоитальные варианты достижения оргазма. Оргазм достигается во время полового акта (параллельно ему), но не за счет коитальных ощущений, а за счет неких дополнительных усилий. Например, во время полового акта женщина с миотонической мастурбацией для получения оргазма определенным образом сжимает бедра, воспроизводя в сношении миотонический механизм запуска оргазма.

3. Брадиоргазмия (урежение оргазма). Оргазм при нормативном половом акте возможен, но женщина достигает его редко, с трудом, с большими усилиями».

Следует отметить, что У. Мастерс и соавт. [10] обсуждают вопрос быстрого наступления оргазма у женщин («быстрый оргазм»). Авторы отмечают, что этот феномен почти не привлекает внимание клинических сексологов, так как встречается он достаточно редко. Им удалось фиксировать его лишь у нескольких женщин за более, чем тридцатилетние исследования. Сообщается, что главной проблемой этих женщин является то, что, испытав оргазм, они теряют интерес к продолжению сексуальной активности, а нередко она становится им даже неприятной. Но есть и другая категория женщин, у которых оргазм наступает быстро. Испытав его, они сохраняют интерес к сексу, продолжая оставаться в возбужденном состоянии. При этом часто испытывают повторные оргазмы. По этой причине они считают «быстрый оргазм» не недостатком, а достоинством. Партнеры таких женщин, отмечают цитируемые авторы, тоже, вероятно, положительно оценивают эту способность, считая ее либо следствием очень высокой чувственности партнерши, либо результатом собственных сексуальных способностей. По мнению И. Л. Ботневой [2], быстро наступающий оргазм у женщин может быть следствием синдрома парацентральных долек.

Как следует из приведенных выше материалов, ряд авторов придерживаются мнения, что отсутствие оргазма у женщин при половом акте в случаях его наличия при других видах стимуляции (мастурбация, петтинг), т. е. когда речь идет о так называемой коитальной аноргазмии, к патологии не относится. Н. S. Kaplan (1974) также отмечает, что отсутствие оргазма только при половом акте не выходит за пределы нормальной сексуальной реакции женщин, а S. Hite (1977) указывает, что многие женщины, которые обращались к ней, предпочитали оргазмы, не сопряженные с половым актом [по 10]. Аналогичное мнение высказывают М. А. Ярхауз, Э. С. Тэн (M. A. Yarhouse, E. S. N. Tan) [16], которые отмечают, что женщины, у которых оргазм наступает

во время стимуляции клитора, но не при проникновении полового члена во влагалище, «не попадают в категорию клиентов с оргазмическим расстройством». Такой же точки зрения придерживаются С. М. Meston и соавт. [42], сообщившие, что женщины, которые могут получить оргазм во время мастурбации или во время полового акта при дополнительной ручной стимуляции, но не при самом половом акте, согласно клиническому консенсусу не соответствуют критериям оргастической дисфункции (аноргазмии). З. В. Рожановская [12], более того, считает, что женщины, способные к деторождению, но не испытывающие оргазм, в биологическом смысле полноценны. Вместе с тем она указывает на социальное значение женского оргазма как одного из факторов стабильности брака.

Однако У. Мастерс и соавт. [10, с. 529] отмечают, что с их точки зрения представления о том, что коитальная аноргазмия не относится к патологии, «грешат нелогичностью, так как если применить подобный ход рассуждений к мужчинам, то преждевременную эякуляцию также придется считать нормальным явлением, так как она, по-видимому, наблюдается у примерно такого же числа мужчин». В поддержку собственной точки зрения цитируемые авторы также указывают, что «в результате кратковременной терапии многие женщины, не испытывающие оргазма при половом акте, довольно легко начинают достигать его», а также что «нет надежных научных данных, которые свидетельствовали бы о том, что достаточно большая доля женщин неспособна испытывать оргазм при половом акте. Кроме того, поскольку многих женщин страдающих аноргазмией такого типа, огорчает их положение, вряд ли они перестанут расстраиваться, если их попытаются убедить в том, что нет повода для беспокойства».

С нашей точки зрения, о патологии при коитальной аноргазмии, в частности, следует говорить в случаях, если невозможность достичь оргазма является результатом существования патологического сексуального стереотипа, сформировавшегося в результате физической стимуляции, которая не может быть воссоздана при вагинальном половом контакте. Так, например, об этом можно думать, если в ре-

зультате мастурбации с помощью душа у женщины оргазм наступает, а при половом акте – нет, и выясняется, что эта практика получения оргазма была многолетней, регулярной и имела место задолго до коитусов.

Причинами коитальной аноргазмии, которую следует относить к патологии, также могут стать порнографические сюжеты и фантазии, используемые при мастурбации. Приведем следующий наш клинический пример (клинический архив автора, 2017 г.).

Пациентка И., 43 года, замужем (в третий раз) в течение 4 лет, до этого 2 года без регистрации совместно проживала со своим будущим третьим мужем, имеет ребенка 20 лет от первого брака (парень). За свою сексуальную жизнь у нее было до 100 половых партнеров, но ни с одним из них при коитусе оргазм не возникал. Не наступает он и при стимуляции головки клитора пальцами партнера и его языком. Однако оргазм наступает при мастурбации (примерно через 10 минут) при использовании своеобразных фантазий, которые заключаются в том, что она спасает мужчин из заточения (например, монаха), а потом награждает их половым актом. Без этих фантазий оргазм при мастурбации не возникает. Мастурбирует с 15-16 лет, с 20-летнего возраста (т. е. в течение 23 лет) с подключением описанных фантазий.

Существует еще один аспект рассматриваемой проблемы. В связи с приведенными определениями расстройств оргазма, может возникнуть вопрос, следует ли диагностировать аноргазмию только тогда, когда присутствовала полноценная фаза сексуального возбуждения [26], или данный диагноз можно ставить и при отсутствии таковой [25]. С. М. Meston и соавт. [42] сообщают, что исследования женщин с оргастическим расстройством (Female Orgasmic Disorder) также указывают на высокий процент лиц с диагнозом расстройство сексуального возбуждения у женщин (Female Sexual Arousal Disorder), что свидетельствует о частом игнорировании одного из диагностических критериев оргастического расстройства, который в соответствии с DSM-IVTR [17] предусматривает отсутствие оргазма, следующего за фазой «нормального сексуального возбуждения». Однако в DSM-V

[25] уже отмечается, что оргазмическое расстройство у женщин может иметь место в ассоциации с другими сексуальными дисфункциями (например, при расстройстве сексуального интереса/возбуждения), и наличие другой сексуальной дисфункции не исключает диагноз оргастического расстройства.

В связи с этим следует отметить, что Marita P. McCabe (Марита П. МакКейб) [40] ссылается на сообщение R. Basson (Р. Бассон) [21] 2001 г. о «перекрывающемся характере» различных фаз цикла сексуальной реакции у женщин. Клинические исследования и эмпирические данные показали, что женщины могут испытывать оргазм и до развития максимального возбуждения и во время него, и что оргазмы могут произойти даже в ходе постепенного «разрешения фазы сексуального возбуждения» [20].

В связи с обсуждением проблемы перекрывающихся симптомов, также следует отметить, что сексуальное возбуждение может предшествовать половому влечению, и адекватная стимуляция, способствующая нарастанию этого возбуждения, может со временем приводить к возникновению полового влечения [16]. R. Basson [19] отмечает, что гипоактивное половое влечение и расстройство сексуального возбуждения у женщин рассматривают как единое расстройство сексуального интереса/возбуждения, так как некоторые женщины не различают влечение и возбуждение.

На постсоветском пространстве широкое распространение имеет классификация фригидности А. М. Свядоща [15], который выделяет 4 ее формы. Следует отметить, что под фригидностью (от лат. frigiditas – холод) автор понимает аноргазмию, обусловленную неспособностью женщины к переживанию оргазма.

«Ретардационная фригидность [аноргазмия] носит временный характер и связана с некоторым запаздыванием (ретардацией) психосексуального развития. Способность к переживанию оргазма не у всех женщин развивается одинаково быстро. У одних она обнаруживается уже в раннем детском возрасте, у других появляется лишь спустя несколько лет после замужества или после беременности.

Известны женщины, которые жили половой жизнью с 12-14-летнего возраста, но лишь в 22-25 лет впервые испытали оргазм, не прибегая к врачебной помощи, и с тех пор всегда были очень чувственными» [15, с. 45]. А. М. Свядоц отмечает, что «физиологически у многих женщин половое чувство достигает полового развития лишь к 26-28 годам. Во время первой брачной ночи женщины в подавляющем большинстве случаев не испытывают оргазма. Они начинают его ощущать обычно спустя недели или месяцы, а иногда и годы после замужества» [15, с. 45]. По З. В. Рожановской и А. М. Свядоцу (1969), «из числа женщин, не испытывавших оргазма в начале половой жизни, 32% не могли связать появление первого оргазма с какими-либо внешними обстоятельствами, такими, например, как более длительная подготовка к половому акту, появление большего доверия к партнеру или благоприятные изменения жилищно-бытовых условий. Они давали ответы: «Стала понимать ...», «После родов стала женщиной ...» [15, с. 46].

Симптоматическая фригидность [аноргазмия] представляет собой проявление какой-либо основной болезни. Причинами, приводящими к ней, могут быть органические заболевания головного или спинного мозга, хроническая интоксикация свинцом, прием наркотиков, эндокринные нарушения, гипоплазия полового аппарата, сильные боли при коитусе из-за retro – flecsio – uteri или гинекологических заболеваний. К ослаблению или утрате оргастических ощущений и либидо могут вести авитаминозы, постинфекционная астения, резкое переутомление, недосыпание, например при уходе за грудным младенцем, и т. п. В ряде случаев, когда до родов сексуальная дисгармония отсутствует, после родов оргазм перестает возникать, и муж иногда начинает слабее ощущать жену во время акта. Это может быть обусловлено родовой травмой мышц тазового дна и промежности, а также слизистой влагалища, его дилатацией и травматизацией нервных окончаний. Также симптоматическая аноргазмия может быть проявлением депрессии при невротических расстройствах и эндогенных психических заболеваниях [15].

Психогенная фригидность [аноргазмия] возникает в результате психической травматизации сексуальной сферы. Среди факторов, который могут стать ее причиной, называют несоответствие мужа идеалу, чувство неприязни к нему (брак с нелюбимым человеком), неуверенность в прочности семейных отношений, сильное чувство к другому мужчине, чрезмерную строгость полового воспитания, ведущую к подавлению сексуальности. К аноргазмии может привести подавление (силой воли) наступления оргазма. В ряде случаев, если оргазм совпадет по времени с каким-то неблагоприятным ситуационным фактором, например с внезапным появлением во время наступления оргазма постороннего лица, он может наступать, когда имеется реальная угроза того, что в комнату войдут.

К факторам, тормозящим наступление оргазма, А. М. Свядоц [15, с. 51] относит «грубость при дефлорации во время первой брачной ночи, насильственное обнажение очень застенчивой девушки, боязнь беременности или заражения, страх, что другие будут свидетелями акта (пробывание в одной комнате с детьми, родителями), недоверие к партнеру. Тормозящее влияние может оказать и непривычное, не соответствующее ожиданию поведение партнера. Например, женщина, привыкшая к определенному ритуалу полового сближения, может испытывать заторможенность, если новый партнер будет вести себя не так, как она ожидает. Надо сказать, что вообще наступление оргазма у женщины, в отличие от мужчины, легче подвергается внешнему торможению. Так, воспоминание о каких-либо обязанностях, а также различные внешние помехи – музыка, телефонный звонок, скрип кровати нередко могут нарушить наступление оргазма у женщины. У мужчины они могут вызвать лишь угнетение эрекции, реже – эякуляции и оргазма» В ряде случаев аноргазмия может носить селективный характер и иметь место только с мужчиной, который вызывает у женщины негативные чувства.

К психогенной аноргазмии цитируемый автор относит и так называемую *защитную аноргаزمию*, которая развивается по механизму условной приятности у женщин, изна-

чально способных пережить оргазм. В этих случаях речь идет о преждевременной эякуляции у партнера, исключающей наступление у них разрядки. Организму в этом случае физиологически более целесообразно затормозить какую бы то ни было сексуальную экспрессию, чем находиться в состоянии фрустрации, которая не разрешается оргазмом. Также к психогенным вариантам аноргазмии А. М. Свядоц [15] относит *фобическую аноргазмию*. В этих случаях речь идет о женщинах, у которых приближение оргазма, особенно впервые возникшего, сопровождается страхом, заставляющим их прервать половой акт.

В основе *конституциональной фригидности [аноргазмии]*, отмечает А. М. Свядоц [15], по-видимому, находится врожденная недостаточность психосексуальных функций. Эти женщины могут быть здоровыми во всех других отношениях, деятельность их половых желез не отклоняться от нормы, половые признаки быть хорошо развитыми, а их способность к материнству сохранна. Они не страдают от отсутствия оргазма, а их обращение за медицинской помощью бывает обусловлено либо упреками со стороны мужа, либо связано с желанием испытать половое удовлетворение, которое испытывают другие. «Среди них 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. Среди них обычно не встречаются женщины, занимающиеся онанизмом. В этом у них не было потребности. 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» [15, с. 54]. Цитируемый автор отмечает, что причина этой формы аноргазмии не ясна. Он высказывает предположение, что в ее основе лежат нейроэндокринные нарушения, которые, однако, не удается обна-

ружить существующими клиническими и лабораторными методами исследования.

Распространенность

В DSM-5 отмечается, что от 10 до 42% женщин в зависимости от ряда факторов (например, возраст, культура, продолжительность и тяжесть симптомов) испытывают проблемы с оргазмом, а приблизительно 10% женщин не испытывают оргазма на протяжении всей своей жизни [25]. М. А. Ярхауз, Э. С. Тэн [16] сообщают о результатах исследований, проведенных в США, которые показали, что частота расстройств оргазма составляет от 10 до 34% у женщин, не способных его достичь, и от 11 до 30% у женщин, испытывающих трудности с его достижением [29; 41].

У Мастерс и соавт. [10] отмечают, что вопрос о количестве женщин, страдающих аноргазмией, уже многие годы вызывает разногласия. Авторы приводят результаты нескольких исследований, которые можно объединить в одну группу, в соответствии с которыми 10% женщин никогда не испытывают оргазм при половом акте [23; 28; 30; 36; 38], а, возможно, еще 10% достигают оргазма лишь изредка. У Мастерс и соавт. [10] утверждают, что в любых ее формах аноргазмия – наиболее распространенное половое расстройство, которое среди всех сексуальных расстройств у женщин составляет примерно 90%.

Р. Крукс, К Баур [9] сообщают о результатах проведенных опросов, свидетельствующих о том, что приблизительно от 5 до 10% взрослых американских женщин никогда не испытывали оргазма, независимо от типа стимуляции (самостимуляции или стимуляции партнером) (Spector & Carey, 1990).

С. М. Meston и соавт. [42] приводят результаты исследований the National Social and Health Life Survey (США), согласно которым проблемы с оргазмом являются второй наиболее часто сообщаемой сексуальной проблемой у женщин. В этой случайной выборке из 1749 женщин из США 24% сообщили об отсутствии оргазма в прошлом году по крайней мере в течение нескольких месяцев или более [37]. Данный

процент сопоставим с клиническими данными. Исследование, о котором идет речь, также выявило, что о первичной аноргазмии, т. е. такой, которая существует с начала половой жизни, сообщили 4% всех женщин, участвовавших в исследовании, и ее частота была самой высокой среди молодых одиноких женщин, у которых она составляла 8%.

Обсуждая данную проблему, N. Williams и S. R. Leiblum (N. Уильямс и С. Р. Лейблум) [50] сообщают об исследовании R. T. Michael и соавт. [43], которые выявили, что только 25% женщин всегда достигают оргазма во время полового акта, а у 30% оргазм возникает с основным партнером лишь иногда. G. de Bruijn [24] установила, что 7% опрошенных голландских женщин никогда не испытывали оргазма во время коитуса, что соответствовало частоте ситуативной аноргазмии в двух исследованиях американских женщин [31; 49].

В случайной выборке в Массачусетском исследовании 10,3% женщин сообщили о трудностях в достижении оргазма всегда или в большинстве случаев [34]. Данные «клинических групп населения» в целом показали более высокий уровень таких сложностей. Среди пациенток американской «амбулаторной гинекологической службы и «клиники общей практики» Великобритании соответственно 29 и 23% женщин сообщили о трудностях в достижении оргазма [45; 46].

А. М. Свядош [15] сообщает, что по его данным (Караганда), из 300 женщин, опрошенных в 1967 г., регулярно живших половой жизнью не менее 3 лет, при каждой или почти каждой половой близости оргазм испытывали 16%, часто (больше чем в половине случаев) – 22%, изредка (не более чем в половине случаев) – 44%, никогда – 18%. З. В. Рожановская [13] опросила 600 здоровых женщин в Ленинграде. Из них всегда испытывали оргазм 24,4%, часто – 33,2%, иногда – 19%, крайне редко – 7%, никогда – 16,4%. В отличие от этого среди 500 опрошенных мужчин аноргазмия не наблюдалась ни в одном случае [14].

М. В. Екимов [3] указывает на отсутствие относительно точных данных о частоте расстройств оргазма у женщин, но, как сообщает автор, считается (в среднем по разным авторам), что коитальный (вагинальный) оргазм возникает при-

близительно у 20–30% женщин, еще приблизительно у 30–40% женщин имеет место клиторный оргазм от партнера во время петтинга (автор имеет ввиду оргазм, который возникает в результате стимуляции внешней части клитора). Приблизительно 30–40% женщин не получают оргазма от партнера. Из них большая часть способны на мастурбаторный оргазм, иные – только на спонтанные оргазмы, а 5–10% женщин вообще пока не знают, что такое оргазм.

В книге «Клиническая психиатрия» [6] отмечается, что общая частота расстройств оргазма у женщин (имеется в виду как аноргазмия, так и задержка в достижении оргазма) составляет 30%. В возрасте до 35 лет никогда не испытывали оргазма при половых сношениях приблизительно 5% замужних женщин. Среди незамужних и более молодых женщин этот показатель выше.

Г. Келли (G. F. Kelly) [5] сообщает, что перманентное нарушение оргазма, когда человеку никогда на протяжении всей его жизни не удалось достичь оргазма, более характерно для женщин, чем для мужчин. В то время как от 5 до 20% женщин не способны достичь оргазма, известны лишь очень немногие случаи, когда оргазма никогда не удавалось достичь мужчинам, даже при мастурбации [22]. Вместе с тем по данным NHSLS, в некоторых ситуациях по крайней мере от 5 до 14% мужчин сообщают об определенных трудностях в достижении оргазма [37].

И. Р. Айриянц [1] отмечает, что первичная коитальная аноргазмия является самым распространенным сексуальным расстройством у женщин. 70% этих пациенток страдает первичной коитальной аноргазмией, испытывая оргазм исключительно при мастурбации (60-70%), остальные получают сексуальное удовлетворения также и при ласках во время прелюдии. Эта дисфункция легче поддается сочетанной терапии и имеет лучший прогноз в плане адаптации пары, в особенности при сохранном сексуальном влечении. Более редким (15-20% пациенток) нарушением является первичная тотальная аноргазмия. Таким образом, по мнению автора, коитальную аноргазмию следует считать расстройством, что согласуется с мнением У. Мастерс и соавт. [10].

S. S. Janus, C. L. Janus [33] при опросе лиц обоего пола получили следующие результаты в отношении частоты переживания ими оргазма (см. табл. 1).

Таблица 1

Частота переживания оргазма у мужчин и женщин
Я испытываю оргазм при «занятии любовью»

	Мужчины	Женщины	Работающие женщины	Домохозяйки
Количество обследованных	1341	1398	631	273
Всегда	65%	15%	18%	13%
Часто	28%	46%	49%	38%
Иногда	3%	23%	23%	27%
Редко	2%	8%	4%	10%
Никогда	2%	8%	6%	12%
Всегда + часто	93%	61%	67%	51%
Редко + никогда	4%	16%	10%	22%

Из приведенной таблицы следует, что всегда при «занятии любовью» аноргазмия у мужчин имеет место в четыре раза реже, чем у женщин (2% по сравнению с 8%), а отсутствие оргазма в подобных обстоятельствах у домохозяек в два раза превышает его отсутствие у работающих женщин (12% по сравнению с 6%).

Е. О. Laumann и соавт. [37] сообщают, что проблему с неспособностью эякулировать во время интимной близости, которая обуславливает отсутствие оргазма, испытывают около 8% мужчин.

Следует отметить, что немецкие авторы также ранее сообщали о большей частоте расстройств оргазма у домохозяек. Так, И. С. Кон [7, с. 233] отмечает следующее: «По данным Шнабля [47], работающие женщины, особенно занятые умственным трудом, отличаются более высокой сексуальной реактивностью, ведут более активную половую жизнь и получают большее удовлетворение от нее, чем до-

мохозяйки; вообще сексуальная удовлетворенность женщин значимо коррелирует с их общей социальной активностью и удовлетворенностью своей жизнью. У мужчин такой зависимости нет. К тем же выводам приходят Штарке и Фридрих [48]: сексуальная удовлетворенность и высокая «оргазмия» у молодых женщин положительно коррелируют с удовлетворенностью профессией, активной включенностью в работу, наличием других (интеллектуальных, спортивных и т. п.) увлечений, общительностью, общественной активностью и жизнерадостностью». Более высокую оргазмическую активность профессионально увлеченных женщин, которые не только работают, но и интересуются своей работой, по сравнению с теми, кто живет потребительскими интересами, отмечают и сексологи из ФРГ Айхнер и Хабермель [27]. К сожалению, причинная связь этих факторов – влияет ли активный, творческий стиль жизни на сексуальность или же более активный, творческий тип личности лучше чувствует и полнее проявляет себя в разных сферах жизнедеятельности – не изучена. Между тем это весьма важно для понимания социальных факторов женской сексуальности и ее изменений в результате эмансипации женщин и их вовлечения в трудовую и общественную жизнь».

Следует отметить, что частота переживания женщинами оргазма не является постоянной величиной. С каждым последующим поколением она увеличивалась. Так, если в начале 20-го века считалось, что женщина не может и не должна испытывать оргазм, а для обоснования этого даже приводились этологические аргументы, то с течением времени переживание женщинами оргазма становилось все более частым. Это связано с изменением положения женщины в обществе, улучшением контрацепции, а также с уменьшением сдерживающих традиционных религиозных запретов. Все это, а также рост знаний в области сексологии в целом привело к усилению сексуальной активности женщин.

И. С. Кон [7, с. 160] в связи с этим сообщает, что обследование 1779 замужних чехословацких женщин в возрасте от 20 до 40 лет в 5 возрастных когортах по годам рождения (с 1911–1920 гг. до 1951–1958 гг.) показало увеличение доли

женщин, испытывающих оргазм, с 31 до 79% [44]. Сходные тенденции выявились и в других странах, что, в частности, демонстрируют данные опроса, который был проведен Фридрихом и Штарке (1981), по сравнению с данными Шнабля, относящимися к 60-м годам [48] (табл. 2).

Таблица 2

Частота оргазмических переживаний у женщин по данным Шнабля и Фридриха – Штарке (в процентах) [48]

	Почти всегда	Большой частью, часто	Очень редко, иногда	Никогда
По Шнаблю	26	29	36	9
По Фридриху – Штарке	42	43	8	7

В связи с этим представляет интерес высказывание З. В. Рожановской [12], которая отмечает, что уравненная с мужчиной в социальном, экономическом и интеллектуальном плане, женщина претендует на одинаковые с ним ощущения и переживания при половом сближении. Не получив их, она испытывает психологическую фрустрацию, которая приводит к возникновению неврозов. Когда во времена Советского Союза я читал врачам лекции по сексологии, то приводил следующий условный пример: «Представьте себе, что муж работает инженером на зарплату, а жена акушером–гинекологом и, помимо зарплаты, ее регулярно «благодарят». Естественно, что ее совокупный заработок гораздо больше, чем у мужа. Но проблема состоит в том, что у мужа оргазм возникает, а у супруги нет. Где же тут социальная справедливость?»

Частота расстройств оргазма зависит от различных социальных факторов, в том числе культуральных. Она неодинакова в различных странах. Например, распространенность неспособности в достижении оргазма варьирует от 17,7% в Северной Европе до 42,2% в Юго-Восточной Азии [25].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айриянц И. Р. Первичная тотальная аноргазмия у женщин // Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Междисциплинарный подход в понимании и лечении психических расстройств: миф или реальность?» 14–17 мая 2014 года, Санкт-Петербург. – URL: http://psychiatr.ru/download/1618?view=1&name=WADP-2014%282%29_abstr-%28rus%29_XI%2Bcontents.pdf (дата обращения: 20.12.2016).
2. Ботнева И. Л. 6.1. Семиотика расстройств генитосегментарной составляющей // Частная сексопатология: Руководство для врачей / Под ред. Г. С. Васильченко. М.: Медицина, 1983. – Т. 2. – С. 281–286.
3. Екимов М. В. Женская сексуальность за семью печатями? // Мир сексологии (Электронный журнал). – 2012. – №3. – URL: <http://sexology.ru/3-zhenskaya-seksualnost/> (дата обращения: 15.12.2016).
4. Екимов М. В. Оргазмические дисфункции у женщин (Пособие для врачей). – СПб.: СПб МАПО, 2011. – 302 с.
5. Келли Г. (Kelly G. F.) Основы современной сексологии / Пер. с англ. – СПб.: Издательство «Питер», 2000. – 896 с.
6. Клиническая психиатрия / пер. с англ. доп // гл. ред. Дмитриева. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998. – ISBN 5-88816-010-5. Pocket Handbook of Clinical Psychiatry // Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock // Baltimore, Williams & Wilkins. – ISBN 0-683-04583-0. 505 с.
7. Кон И. С. Введение в сексологию. – М.: Медицина, 1988. – 320 с.
8. Кочарян Г. С. Расстройства оргазма: определения и распространенность // Здоровье мужчины. – 2017. – №2 (61). – С. 92–96.
9. Крукс Р., Баур К. (Kruks R., Baur K.) Сексуальность / Пер. с англ. – СПб.: Прайм–ЕВРОЗНАК, 2005. – 480 с.
10. Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р. (Masters W., Johnson V., Kolodny R.) Основы сексологии / Пер. с англ. – М.: Мир, 1998. – 692 с.

11. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб.: «АДИС», 1994. – 304 с.
12. Рожановская З. В. Медико-биологическое и социально-психологическое значение женского оргазма // Социально-психологические и медицинские аспекты брака и семьи: тезисы докладов III областной научно-практической конференции сексопатологов (Харьков, 15 мая 1987). – Харьков, 1987. – С. 20–22
13. Рожановская З. В. Профилактика сексуальных нарушений у женщин: Методические указания. – Харьков, 1977. – 30 с.
14. Свядоц А. М., Попов И. А. К физиологии половой жизни мужчин // Вопросы психиатрии, психотерапии, сексологии. – Караганда. 1967. – С. 125–127.
15. Свядоц А. М. Женская сексопатология. Издание пятое, перераб. и допол. – Кишинев: Штиинца, 1991. – 184 с.
16. Ярхауз М. А, Тэн Э. С. Н. (Yarhouse M. A., Tan E. S. N.) Сексуальность и психотерапия сексуальных расстройств / Пер. с англ. – Черкассы: Коллоквиум, 2016. – 371 с.
17. American Psychiatry Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV. 4th edition. Washington DC: American Psychiatric Association, 1994.
18. Anorgasmia. – URL: <http://apps.who.int/classifications/icd11/browse/f/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1718102523> (date of the reference: 25.12.2016).
19. Basson R. Women's sexual desire and arousal disorders // Primary Psychiatry. – 2008. – 15 (9). – P. 72–81.
20. Basson R. Women's sexual dysfunction: Revised and expanded definitions // Canadian Medical Association Journal. – 2005. – 172 (10). – P. 1327–1333.
21. Basson R. Female sexual response: The role of drugs in the management of sexual dysfunction // Journal of Obstetrics and Gynaecology. – 2001. – 98 (2). – P. 350–353.
22. Catalan J. Primary male anorgasmia and its treatment: three case reports // Sexual and Marital Therapy. – 1993. – 8 (3). – P. 275–282.

23. Chesser E. *The Sexual Marital and Family Relationships of the English Woman.* – London: Hutchinson's Medical Publications, 1956.
24. de Bruijn G. From masturbation to orgasm with a partner: How some women bridge the gap – and why others don't // *J Sex Marital Ther.* – 1982. – 8 (2). – P. 151–167.
25. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition.* – United States: American Psychiatric Association, 2013. – 947 p.
26. *Diagnostic Criteria from DSM-IVTM. Fifth printing.* – Washington: American Psychiatric Association, 1996. – xi + 358 p.
27. Eichner K., Habermehl W. *Der RAFL-Report. Des Sexualverhalten der Deutschen.* – Hamburg, 1978. – 363 s.
28. Fischer S. *The Female Orgasm.* – New York: Basic Books, 1973.
29. Graham C. A. The DSM diagnostic criteria for female orgasmic disorder // *Archives of Sexual Behavior.* – 2010. – 39 (2). – P. 256–270.
30. Hunt M. *Sexual Behavior in the 1970s.* – New York: Dell, 1975.
31. Hunt M. *Sexual Behavior in the 1970s.* – Chicago: Playboy Press, 1974.
32. Tavis C., Sadd S. *The Redbook Report on Female Sexuality.* – New York: Delacorte Press, 1977.
33. Janus S. S., Janus C. L. *The Janus Report on Sexual Behavior.* – New-York, Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore: John Wiley & Sons, Inc., 1993. – 430 p.
34. Johannes C. B., Avis N. E. Gender differences in sexual activity among mid-aged adults in Massachussetts // *Maturitas.* – 1997. – 26 (3). – P. 175–184.
35. Kaplan H. S. *The New Sex Therapy.* – New York: Brunner/Mazel, 1974. – xvi + 544 p.
36. Kinsey A. C., Pomeroy W. B., Martin C. E., Gebhard P. H. *Sexual behavior in the human female.* – Philadelphia: Saunders, 1953. – 842 p.

37. Lauman E. O., Gagnon J. H., Michael R. T., Michaels S. The social organization of sexuality. – Chicago: University of Chicago Press, 1994.
38. Levin R. J., Levin A. Sexual Pleasure: The Surprising Preferences of 100,000 Women. – Redbook, September, 1975, pp. 51–58.
39. Masters W., Johnson V. Human Sexual Inadequacy. – Boston: Little, Brown, 1970. – 487 p.
40. McCabe M. P. Anorgasmia in Women // Journal of Family Psychotherapy. – 2009. – 20 (2-3). – P. 177–197.
41. Meana V. Sexual dysfunction in women. – Cambridge, MA: Hogrefe, 2012.
42. Meston C. M., Hull E., Levin R. J., Sipski M. Disorders of orgasm in women // J Sex Med. – 2004. – 1 (1). – P. 66–68.
43. Michael R. T., Gagnon J. H., Lauman E. O., Kolata G: Sex in America: A Definitive Survey. – Boston: Little Brown & Co., 1994.
44. Raboch J., Bartak V. Changes in the sexual life of Czechoslovak women born between 1911 and 1958 // Arch. Sex. Behav. – 1980. – 9 (6). – P. 495–502.
45. Read S., King M., Watson J. Sexual dysfunction in primary medical care: prevalence, characteristics and detection by the general practitioner // Journal of Public Health Medicine. – 1997. – 19 (4). – P. 387–391.
46. Rosen R. C., Taylor J. F., Leiblum S. R., Bachman G. A. Prevalence of sexual dysfunction in women: results of a survey study of 329 women in an outpatient gynecological clinic // Journal of sex and marital therapy. – 1993. – 19 (3). – P. 171–188.
47. Schnabl S. Intimverhalten. Sexualstörungen. Persönlichkeit. – Berlin: Deutscher Verlag der Wissenschaften, 1976. – 478 s.
48. Starke K., Friedrich W. Liebe und Sexualität bis 30. – Berlin, 1984. – 355 s.
49. Tavis C., Sadd S. The Redbook Report on Female Sexuality. – New York: Delacorte Press, 1977.
50. Williams N., Leiblum S., Glob. libr. women's med., (ISSN: 1756-2228) 2008; DOI 10.3843/GLOWM.10432

ГЛАВА 8

ФОРМИРОВАНИЕ РАССТРОЙСТВ ОРГАЗМА

Существуют факторы различной модальности, способные вести к возникновению оргастических расстройств. У. Мастерс и соавт. [13] сообщают, что аноргазмия бывает связана с органическими причинами менее, чем в 5% случаев. Задачей данной главы, материалы которой были представлены нами ранее в специализированном журнале [11], является представить различные факторы, которые могут участвовать в формировании расстройств оргазма. Они приведены нами ниже.

Физиологические факторы, факторы психологической и социальной природы

Р. Крукс, К. Баур (R. Kruks, K. Baur) [12] сообщают, что мужчина может не заботиться о том, чтобы доставить удовольствие своей партнерше. Это препятствует достижению такой степени ее сексуального возбуждения, при которой происходит оргазм. Мужчина также может наслаждаться тем, что отказывает женщине в получении удовольствия, вызвав у себя оргазм. Причиной расстройств оргазма может стать усталость.

К этим расстройствам могут вести тревога, гнев и страх даже в случаях, когда речь не идет о психической патологии. Также причиной отсутствия оргазма у женщин может быть нарушение эрекции или преждевременная эякуляция у партнера, неадекватная стимуляция негенитальных и генитальных эрогенных зон, использование неадекватных сексуальных поз.

Трудности в процессе социализации в детстве считаются важным фактором, который может приводить к сексуальной дисфункции у взрослых. Предложенные объяснения расстройств оргазма включают отсутствие сексуального образования и строгое религиозное воспитание, культурные и религиозные убеждения и нормы, проблемы, связанные с сексуальной ориентацией или гендерной идентичностью,

«негативные чувства по отношению к сексу», связанные с информацией, полученной в детском или подростковом возрасте, негативное отношение к сексуальному удовольствию. Многие женщины, у которых отмечались трудности с наступлением оргазма, никогда не исследовали свои гениталии, не мастурбировали или не имели сексуальных фантазий из-за социальных или религиозных запретов в отношении этих действий [17; 20; 21; 28; 29; 33; 34].

J. J. Penner, C. L. Penner [35] сообщают, что к оргазмическому расстройству более склонны женщины с недостаточными знаниями о своем теле и неосведомленные о цикле сексуальных реакций и приемах эффективной стимуляции, а также те, кто во время коитуса видит себя в более пассивной роли. Так как они не ожидают получить удовольствие от сексуального контакта, то не чувствуют связи между нарастающей интенсивностью коитуса и психосексуальной реакцией своего тела [по 16].

Также отмечается, что неблагоприятное воздействие на сексуальные функции женщин может оказывать безработица, стрессовые жизненные события, в том числе финансовые проблемы и проблемы, связанные с работой, болезнью или смертью членов семьи [31; 36]. Кроме того, к аноргазмии у женщин может вести неблагоприятная обстановка, в которой проводятся половые акты (вынужденное наличие в комнате во время секса других членов семьи, отсутствие в этой комнате двери или незапирающаяся дверь, и др.).

В связи с этим представляет интерес следующее наше клиническое наблюдение. Речь идет о 36-летней женщине, которая 9 лет прожила с мужчиной, у которого в течение всего этого времени имел место практически непреходящий гиперконтроль напряжения полового члена, обусловленный его неуверенностью в своих сексуальных возможностях. В самом начале их взаимоотношений, благодаря своему отношению и тактичному поведению, она помогла ему наладить с ней более или менее нормальные сексуальные контакты. Однако эти контакты проходили в комнате, где также спал ее маленький ребенок, который иногда пробуждался при их проведении. Помимо этого, в соседней комнате,

не отделенной дверью от той, где были сексуальные партнеры, постоянно находилась тетя пациентки, которая является инвалидом. Естественно, что она неоднократно слышала происходящее при половых актах. Все это самым пагубным образом отразилось на сексуальных реакциях пациентки и привело к блокированию ее оргазма [7].

Среди факторов, которые могут повлиять на способность женщины испытывать оргазм, называют плохие взаимоотношения между партнерами, нерешенные конфликты или отсутствие доверия к партнеру, насилие с его стороны, включая вербальное, сексуальное насилие, которое имело место ранее, в том числе и в детском возрасте, инцест, чувство вины от наслаждения сексуальной активностью, тревогу и озабоченность женщины в связи беременностью, страх партнеров, что женщина может забеременеть, ее низкую самооценку, «скуку в сексуальной активности или отношениях», возможность заразиться венерическими заболеваниями [16; 20; 22; 27–29; 33; 34; 36; 39].

Проведенные нами исследования свидетельствуют о том, что у мужчин с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи очень редко имело место ослабление оргастических ощущений. Оно было небольшой выраженности и обуславливалось только психогенными факторами (реакция пациента на плохое качество полового акта и на поведение партнерши во время интимной близости в связи с ее неудовлетворенностью) [8].

Описаны две «оргазмические модели» у женщин, переживших инцест: оргазм возникает лишь с новым сексуальным партнером; способность к оргазму при отсутствии сексуального желания, возбуждения или удовольствия [39]. Существуют интригующие врачей выводы S. Fisher (С. Фишер) [21], согласно которым у женщин, испытывающих трудности с наступлением оргазма, отцы или отсутствовали или были ненадежными. Он предположил, что эти факторы ведут к преждевременной необходимости эмоционального контроля и страху отпустить его в присутствии любовника, что затрудняет наступление оргазма.

По нашим наблюдениям, к снижению сексуального влечения и возбуждения, а также к аноргазмии могут вести факторы, связанные с влиянием других членов семьи на характер взаимоотношений между супругами. Например, в конфликтах между женой и родителями мужа он может принять их сторону, и тогда супруга может чувствовать себя обиженной. Гораздо больший риск негативных влияний такого рода возникает при совместном с родителями проживании супругов. Также отмечается, что пагубное влияние на сексуальную сферу женщины может оказывать хирургическое удаление «физических и психологических символов женственности», которое может привести к «чувству пониженной сексуальности» (удаление у женщин тех или иных половых органов или молочной железы при опухолях) [36].

М. Р. McCabe (М. П. МакКейб) [29, р. 216] сообщает следующее: «Дискомфорт при негенитальных и генитальных прикосновениях затрудняет развитие интимных отношений, что, в свою очередь, приводит к кризису взаимоотношений и в конечном счете к половой дисфункции у одного или обоих партнеров». Исследования личностных факторов показывают, что редкость переживания оргазма напрямую связана с интроверсией, эмоциональной нестабильностью, закрытостью для новых переживаний. Низкая эмоциональная отзывчивость (способность распознавать эмоциональные состояния и эффективно управлять ими) также может обуславливать проблемы с оргазмом [24].

Психопатологические факторы

Было показано, что у женщин с расстройствами настроения (депрессия) на всех этапах цикла сексуальной реакции имеет место более низкий уровень сексуального функционирования по сравнению с контрольной группой [18; 19]. Кроме того, причиной расстройств оргазма у женщин может стать синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи, когда женщина опасается того, что в очередной раз не сможет испытать оргазм [9]. Этот феномен также называется исполнительской тревожностью [28].

Нередко игнорируется фактор возможности возникновения расстройств оргазма у мужчин и женщин, связанных с существованием у них патологического сексуального стереотипа, обусловленного систематической и многолетней мастурбацией, когда осуществлялась стимуляция, которая не может быть воссоздана при коитусе (использование женщиной душа, миокомпрессионный вариант мастурбации у женщин, изолированное сдавливание головки полового члена, отсутствие ее вовлечения при его стимуляции, раскатывание его ствола, использование порнографии и др.). Это может быть причиной отсутствия оргазма при коитусе.

Заболевания, последствия оперативных вмешательств и травм

Среди заболеваний, которые могут блокировать оргазм, называют диабет (диабетическую нейропатию), алкоголизм, наркомании, нервные заболевания и, в частности, рассеянный склероз, опухоли спинного мозга и последствия инсульта, эндокринопатии (например: гипогонадизм, дисфункция щитовидной железы [проявляющаяся как гипотиреозом, так гипертиреозом], дисфункция надпочечников, гиперпролактинемия) [13; 16; 20; 25; 27; 33; 34; 36; 39].

Также в качестве причин оргастической дисфункции называют вульвовагинальную атрофию, которая характеризуется такими симптомами, как сухость влагалища, зуд и боль; хроническую тазовую боль, например обусловленную эндометриозом; инфекции и нарушения кровообращения в тазовой области [13; 20; 34; 39].

Причинами расстройств оргазма также могут быть «конституциональная слабость оргастической способности» [39] и слабость у женщин лобково-копчиковой мышцы [22]. Следует помнить о том, что переживание оргазма во многом связано с головным мозгом, поэтому его поражение может быть значимым фактором в генезе расстройств оргазма. Также необходимо отметить, что быстро наступающий оргазм у женщин может быть следствием синдрома парацентальных долек [1].

Среди органических причин расстройств оргазма, которые обусловлены операциями и травмами, называют травмы и послеоперационные рубцы в тазовой области, повреждение тазового нерва при радикальной гистерэктомии, травмы спинного мозга [13; 20; 27]. С аноргазмией также связывают заболевания сердца и почек [24].

Вопрос сексуальной жизни после гистерэктомии стал предметом обсуждения в одной публикации, представленной в интернете [2]. Отмечается, что существуют оптимисты, которые уверены в отсутствии влияния удаление матки и ее шейки на сексуальность. Пессимисты же, напротив, считают, что у большинства женщин, которые перенесли гистерэктомию, развивается послеоперационный синдром, сопровождающийся депрессией и полной потерей сексуального влечения. Согласно опросам, только 4% женщин заявили, что их самочувствие после операции ухудшилось, но в большинстве таких случаев речь шла о тех, у кого и раньше наблюдалось подобное. Отмечается, что настрой на операцию и собственная установка женщины во многом определяют то, какой будет ее половая жизнь после удаления шейки или тела матки. Если существует уверенность и боязнь, что в результате операции она утратит свою женственность и сексуальное влечение, а партнер потеряет к ней интерес, то, скорее всего, после операции количество сексуальных проблем у нее возрастет. Однако если принять во внимание тот факт, что до операции у этих женщин имели место кровотечения, болезненность при половом акте, недержание мочи, которые ликвидируются после операции, то вырисовывается совершенно иная картина.

Практически 100% женщин, у которых сексуальная активность была до гистерэктомии, сохраняют ее и после операции. В соответствии с опросами, 80% из них в течение двух месяцев после операции восстанавливают свои сексуальные отношения. В первое время ощущается определенный дискомфорт. Вопрос о возможности возобновления женщиной половой активности решается после обследования, которое проводится гинекологом через месяц после операции. Визуальный осмотр должен подтвердить, что по-

вреждения на задней стенке влагалища уже полностью зажили и ее сексуальная жизнь может возобновиться. Естественно, что при первых попытках болезненные явления еще могут присутствовать. Проблема «сухого влагалища» после удаления матки обычно психологически детерминирована. Если гистерэктомия сочеталась с удалением яичников, которые продуцируют эстрогены, то сухость влагалища может объясняться и этим фактором. «Более 75% женщин, перенесших операцию по удалению матки, утверждают, что интенсивность их сексуального влечения осталась прежней, секс после операции остался на том же качественном уровне. 20% отмечают, что почувствовали значительное усиление либидо. Скорее всего, это связано с общим улучшением здоровья после устранения оперативным путем причины дискомфорта, а также с отменой необходимости применения контрацепции. Остальные 5% почувствовали, что половая жизнь стала интересовать их гораздо меньше. Практически все эти женщины перенесли операцию по удалению шейки матки, самой матки и яичников. Причина в том, что тестостерон^{*}, один из самых активных андрогенов, у женщин образуется именно в яичниках. Резкое падение уровня тестостерона после удаления яичников снижает половое влечение» [2].

В цитируемой публикации отмечается, что многим женщинам после гистерэктомии половой акт начинает приносить даже больше удовольствия, чем до нее, что чаще всего связано с тем, что в период до операции сексуальные отношения сопровождались дискомфортом и болезненными ощущениями. Подавляющее большинство пациенток продолжает испытывать как «клиторальный», так и «вагинальный» оргазм. Только 4% женщин заявляют о том, что характер оргазма изменился, и получение удовольствия стало проблемой. Это связывают с особенностями получения оргазма некоторыми женщинами, которые нуждаются в стиму-

* У женщин тестостерон образуется в яичниках и надпочечниках, а также во многих периферических тканях, в частности в костной и жировой.

лировании шейки матки при глубоком проникновении полового члена [2].

В данной публикации приводятся интересные статистические данные. В одной из Европейских стран обследовали более 1000 женщин в возрасте от 35 до 50 лет, перенесших гистерэктомию. Результаты получились неожиданными. Так, «число активно занимающихся сексом среди них выросло на 10%. До операции оргазм испытывали 63% пациенток, а после удаления матки их число выросло до 72%. Количество женщин, которые утверждали, что испытывают сильный оргазм или мультиоргазм, выросло с 45% до 56%. До операции на болезненные ощущения во время секса жаловались 40% женщин, после операции – лишь 15%» [2].

Медикаментозные препараты и наркотические средства

Расстройства оргазма могут быть следствием приема нейролептиков (антипсихотиков) из группы фенотиазинов (трифторперазин [стелазин]); антидепрессантов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (флуоксетин [прозак], пароксетин [рахил], сертралин [zoloft], тразодон [триттико], который также относится к атипичным антидепрессантам, и др.); трициклических антидепрессантов (таких, как доксепин [sinequan], протриптилин [вивактил] и кломипрамин); антидепрессивного препарата фенелзин, который является мощным ингибитором моноаминоксидазы; транквилизаторов; гипотензивного препарата метилдопа (альдомет); тиазидных диуретиков; калийсберегающего диуретика спиронолактон (альдактон); бета-блокаторов (таких, как пропранолол [анаприлин]), а также развиваться в результате злоупотребления алкоголем и наркотиками (амфетамины, кокаин и др.) [13; 16; 20; 23; 26; 27; 30; 32; 33; 36; 37; 39]. Считается, что амфетамины в небольших дозах усиливают сексуальную реактивность, а в высоких дозах или при длительном употреблении оказывают противоположное действие.

Следует отметить, что тразодон (триттико) применяется при снижении либидо и ослаблении эрекции.

В книге «Клиническая психиатрия» [5, с. 213] приводится таблица, в которой отражены психотропные препараты, подавляющие оргазм у женщин.

Таблица 1

Психотропные препараты, подавляющие оргазм у женщин

Трициклические антидепрессанты

имипрамин

кломипрамин

нортриптилин

Ингибиторы моноаминоксидазы

транилципромин

фенелзин

изокарбоксазид

Антагонисты дофаминовых рецепторов

тиоридазин

трифлуоперазин

Ингибиторы обратного захвата серотонина

флуоксетин

пароксетин

сертралин

М. А. Ярхауз и Э. С. Тэн [16] обращают внимание на тот факт, что существенное влияние на сексуальное функционирование оказывают некоторые нейролептики (антипсихотики, способные вызвать паркинсонизм как побочный эффект), в частности из класса фенотиазинов (хлорпромазин, флуфеназин и тиоридазин). Новые антипсихотики, такие как клозапин, оланзапин и рисперидон, напротив, оказывают слабое или умеренное воздействие на половую функцию. Также они сообщают, что атипичные антидепрессанты, такие как бупропион, тразодон, нефазодон оказывают меньшее влияние на сексуальное функционирование, чем трициклические антидепрессанты и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, влияние которых существенно.

Расстройства оргазма у мужчин, связанные с расстройствами эякуляции

Расстройства оргазма у мужчин могут быть связаны с нарушениями эякуляции (ретардированная эякуляция, анэякуляция). Причины, обуславливающие эти нарушения, подробно представлены в нашей монографии «Расстройства эякуляции и их лечение» [10]. Так, в ней сообщается, что вызывать названные эякуляторные нарушения могут биогенные факторы, такие, как лекарственная терапия, инфекционно-воспалительные процессы в простате и примыкающих половых железах. Также в этой монографии называются такие факторы, как повреждение нервов полового члена, а в качестве фармакологических препаратов, приводящих к данным сексуальным расстройствам, – психотропные средства (например, нейролептики и антидепрессанты) и антигипертензивные лекарства. Сообщается, что антигипертензивные средства октадин (guanethidine monosulfate) и метилдопа, а также фенотиазины, относящиеся к нейролептикам, играют роль в задержке эякуляции [4].

Соматическими причинами истинной анэякуляции, согласно Рекомендациям Европейской ассоциации урологов (2001 г.) [14], могут быть (табл. 2) нарушения в центральной нервной системе или токсическое влияние лекарственных препаратов и алкоголя. Среди причин, приводящих к нейрогенной анэякуляции, называют повреждение спинного мозга и конского хвоста, ретроперитонеальную лимфаденэктомию, оперативные вмешательства на подвздошных артериях и толстом кишечнике, рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, вегетативную нейропатию, сахарный диабет.

А. П. Журавель [3] отмечает, что при исследовании больных с поражением спинного мозга, помимо прекоксэякуляторного варианта, также диагностировали анэякуляторный и реже тардэякуляторный варианты расстройств эякуляции. Первый из названных вариантов выявляли реже двух остальных [6; 15]. У 72% больных, у которых имел место проводниковый синдром, эякуляция отсутствовала. При полном нарушении проводимости спинного мозга в основном наблюдался анэякуляторный вариант, а при частичном

нарастали тардэякуляторные расстройства. Последние чаще выявлялись при поражении передних отделов спинного мозга [15].

Таблица 2

Этиология соматогенной анэякуляции

Нейрогенная анэякуляция	Медикаментозная анэякуляция
Повреждение спинного мозга и конского хвоста	Антигипертензивные средства
Ретроперитонеальная Лимфаденэктомия	Антипсихотические средства
Оперативные вмешательства на подвздошных артериях и толстом кишечнике	Антидепрессанты
Рассеянный склероз	Алкоголь
Болезнь Паркинсона	
Вегетативная нейропатия	
Сахарный диабет	

В заключение следует отметить, что перечисленные в данной главе факторы могут участвовать в формировании расстройств оргазма как изолированно, так и в различных сочетаниях. При этом речь может идти не только о вовлечении факторов одной модальности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ботнева И. Л. 6.1. Семиотика расстройств генитосегментарной составляющей // Частная сексопатология: Руководство для врачей / Под ред. Г. С. Васильченко. – М.: Медицина, 1983. – Т. 2. – С. 281–286.

2. Есть ли сексуальная жизнь после удаления матки? – URL: <http://netmiome.ru/drugie/seksualnaya-zhizn-posle-udaleniya-matki> (дата обращения: 15.05.2017).
3. Журавель А. П. 5.2.3. Поражение эякуляторной составляющей при патологии спинного мозга // Частная сексопатология (Руководство для врачей) / Под ред. Г. С. Васильченко. – Т. 2. – М.: Медицина, 1983. – С. 278–280.
4. Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. (Kaplan H. I., Sadock B. J.) Клиническая психиатрия. В 2 т. Т. 1. / Пер. с англ. – М.: Медицина, 1994. – 672 с.
5. Клиническая психиатрия / пер. с англ. доп // гл. ред. Дмитриева. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998. – ISBN 5-88816-010-5. Pocket Handbook of Clinical Psychiatry // Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock // Baltimore, Williams & Wilkins. – ISBN 0-683-04583-0. – 505 с.
6. Коган О. Г., Васильченко Г. С., Юнеман И. Я. Классификация и лечение половых расстройств при травмах и заболеваниях спинного мозга. Методические рекомендации для врачей-курсантов. – Новокузнецк, 1975. – 27 с.
7. Кочарян Г. С. Сексуальные дисфункции и трансформации поведения. – Х.: Академия сексологических исследований, 2000. – 81 с.
8. Кочарян Г. С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и его лечение. – Х.: Основа, 1995. – 279 с.
9. Кочарян Г. С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин // Здоровье мужчины. – 2013. – №3 (46). – С. 76–80.
10. Кочарян Г. С. Расстройства эякуляции и их лечение. – Х.: Вид-во Віровець А. П. «Апостроф», 2012. – 328 с.
11. Кочарян Г. С. Формирование расстройств оргазма // Здоровье мужчины. – 2017. – №3 (62). – С. 71–74.
12. Крукс Р., Баур К. (Kruks R., Baur K.) Сексуальность. – СПб: прайм–ЕВРОЗНАК, 2005. – 480 с.
13. Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р. (Masters W., Johnson V., Kolodny R.) Основы сексологии / Пер. с англ. – М.: Мир, 1998. – 692 с.

14. Нарушение эякуляции. – URL: <http://norm-urolog.narod.ru/nar.html> (дата обращения: 11.05.2011).
15. Юнеман И. А. Клиника половых расстройств и сексуальная реабилитация мужчин при поражениях спинного мозга. – Автореф. ... канд. мед. наук. – М., 1977. – 20 с.
16. Ярхауз М. А., Тэн Э. С. Н. (Yarhouse M. A., Tan E. S. N.) Сексуальность и психотерапия сексуальных расстройств: Пер. с англ. – Черкассы: Коллоквиум, 2016. – 371 с.
17. Basson R., Althof S., Davis S., Fugl-Meyer K., Goldstein I., Leiblum S., Meston C., Rosen R., Wagner G. Summary of recommendations on sexual dysfunction in women // *Journal of Sexual Medicine*. – 2004. – 1 (1). – P. 24–34.
18. Clayton A. H., McGarvey E. L., Clavet G. J., Piazza L. Comparison of sexual functioning in clinical and nonclinical population using the Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ) // *Psychopharmacology Bulletin*. – 1997. – 33 (4). – P. 747–753.
19. Cyranowski J. M., Frank E., Cherry C., Houck P., Kupfer D. J. Prospective assessment of sexual function in women treated for recurrent major depression // *Journal of Psychiatric Research*. – 2004. – 38 (3). – P. 267–273.
20. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition*. – United States: American Psychiatric Association, 2013. – 947 p.
21. Fisher S. *The Female Orgasm: Psychology, Physiology, Fantasy*. – New York: Basic Books, 1973. – 533 p.
22. Gore P. A. Anorgasmia. – URL: <http://www.anorgasmia.com/anorgasmia.htm> (date of the reference: 09.05.2015).
23. Herman J. B., Brotman A. W., Pollack M. H., Falk W. E., Biederman J., Rosenbaum J. F. Fluoxetine-induced sexual dysfunction // *J Clin Psychiatry*. – 1990. – 51 (1). – P. 25–27.
24. IsHak W. W., Bokarius A., Jeffrey J. K., Davis M. C., Bakhta Y. Disorders of orgasm in women: A literature review of etiology and current treatments // *Journal of Sexual Medicine*. – 2010. – 7 (10). – P. 3254–3268.
25. Kolodny R. C. Sexual dysfunction in diabetic females // *Diabetes*. – 1971. – 20 (8) – P. 557–559.
26. Komisaruk B. R., Beyer-Flores C., Whipple B. *The science of orgasm*. – Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2006. – 358 p.

27. Male orgasmic disorder. – URL: <http://www.minddisorders.com/Kau-Nu/Male-orgasmic-disorder.html> (date of the reference: 15.01.2017).
28. McCabe M. P. Anorgasmia in Women // *Journal of Family Psychotherapy*. – 2009. – 20 (2-3): Systemic Sex Therapy. – P. 177–197.
29. McCabe M. P. Anorgasmia in women // K. M. Hertlein, G. R. Weeks, N. Gambescia (Eds.). *Systemic sex therapy*. – New York: Routledge, 2009. – P. 212–235.
30. Montiero W. O., Noshiryani H. F., Marks I. M., Lelliott P. T. Anorgasmia from clomipramine in obsessive-compulsive disorder. A controlled trial // *Br J Psychiatry*. – 1987. – 151 (1). – P. 107–112.
31. Morokoff P. J., Gilliland R. Stress, sexual functioning and marital satisfaction // *Journal of Sex Research*. – 1993. – 30 (1). – P. 43–53.
32. Mosher J. S. Anorgasmia with the use of fluoxetine // *Am J Psychiatry*. – 1990. – 147. – P. 949.
33. Orgasmic dysfunction. – URL: <http://www.healthline.com/health/orgasmic-dysfunction#Overview1> (date of the reference: 15.01.2017).
34. Orgasmic dysfunction. – URL: <https://medlineplus.gov/ency/article/001953.htm> (date of the reference: 15.01.2017).
35. Penner J. J., Penner C. L. *Counseling for sexual disorders* (2nd ed.). – Dallas: Word Publishing, 2005. – 334 p.
36. Phillips N. A. Female Sexual Dysfunction: Evaluation and Treatment // *Am Fam Physician*. – 2000. – 62 (1). – P. 127–136.
37. Walker P. W., Cole J. O., Gardner E. A., Hughes A. R., Johnston J. A., Batey S. R., Lineberry C. G. Improvement in fluoxetine-associated sexual dysfunction in patients switched to bupropion // *J Clin Psychiatry*. – 1993. – 54 (12). – P. 459–465.
38. Westerlund E. *Women's Sexuality After Childhood Incest*. – New York: W. W. Norton Company, 1992. – 241 p.
39. Williams N., Leiblum S. *Glob. libr. women's med.* (ISSN: 1756-2228). 2008; DOI 10.3843/GLOWM.10432

ГЛАВА 9

ПРЕОДОЛЕНИЕ ТРУДНОСТЕЙ В ДОСТИЖЕНИИ ОРГАЗМА И ПСИХОТЕРАПИЯ ЕГО РАССТРОЙСТВ

Для достижения оргазма и преодоления его расстройств используются различные рекомендации, методы и техники. Остановимся на описании некоторых рекомендаций, техник и психотерапии этих расстройств, которые были представлены нами ранее в специализированном журнале [21].

Для достижения оргазма следует обеспечить достаточный уровень сексуального возбуждения, что достигается за счет воздействия различных эрогенных стимулов: визуальных, тактильных, аудиальных, обонятельных, феромонных, интрапсихических (сексуальные фантазии) и предполагает необходимую откликаемость организма. Подробная характеристика этих стимулов представлена в нашей книге «Эрогенные стимулы и сексуальность» [23]. Необходимо обеспечить адекватность данных стимулов в каждом конкретном случае, так как определенные стимулы могут быть адекватными для одних людей и абсолютно неадекватными для других. В некоторых случаях эти стимулы редуцированы или практически отсутствуют, что может явиться причиной аноргазмии. Приведу пример из нашей клинической практики, когда обратившийся к нам много лет назад за сексологической помощью мужчина на вопрос о наличии предварительного периода с недоумением ответил: «Мы же женатые люди». Хотя в настоящее время такие случаи встречаются довольно редко, вместе с тем время, отведенное для предварительного периода, может быть недостаточным для достижения необходимого уровня сексуального возбуждения у женщин. Я уже не говорю о том, что может иметь место воздействие на неадекватные эрогенные зоны или неадекватное воздействие на адекватные. Если же говорить о самом коитусе, то нужно помнить о том, что различные позы в различной степени могут возбуждать или не возбуждать женщину. Это необходимо обязательно учитывать. Существуют следующие рекомендации для стимуля-

ции внешней части клитора партнером во время полового акта, когда женщина руководит им. Мужчине рекомендуют развернуть свою руку так, чтобы использовать для стимуляции большой палец руки. Также отмечается, что позиции для полового акта «лежа на боку» или когда партнер находится сзади тоже беспрепятственно позволяют прикасаться к наружной части клитора [27].

В тех случаях, когда чувствительной является эта часть клитора, и воздействие на нее ведет к оргазму, а вагинальная стимуляция не приводит к такому результату, как отмечалось во 2-й главе, следует рекомендовать стимуляцию данной части клитора рукой партнера совместно с совершением им внутривлагалищных фрикций, сочетание этих фрикций с воздействием на клитор самой женщиной, давление при половом акте на лобок сверху вниз для приближения наружной части клитора к половому члену, позу наездницы, позу, когда после введения члена во влагалище при разведенных ногах женщина при интравагинальном коитусе сводит несогнутые ноги.

С целью достижения оргазма, занимаясь сексом в миссионерской позиции, как отмечалось нами во 2-й главе, рекомендуют **«технику коитального выравнивания»**. Согласно данным, представленным в Journal of Sex and Marital Therapy (Журнал сексуальной и семейной терапии), это помогает женщине достичь оргазма в 56% случаев, в то время как во время обычного коитуса в такой позе оргазма достигает не более 30% представительниц женского пола. При осуществлении этой техники сношение проводится в миссионерской позиции, но в данном случае речь идет об использовании определенной ее модификации, которая дает возможность максимальной стимуляции головки клитора во время полового акта. Суть данной техники состоит в следующем. После введения члена во влагалище мужчине предоставляется возможность сделать с десяток фрикций в позе «грудь к груди», а затем партнер, не вынимая член из влагалища, подтягивается на несколько сантиметров вверх – так, чтобы его подбородок находился на уровне лба партнерши. Это приведет к тому, что член мужчины будет в по-

стоянном тесном контакте с головкой клитора. Затем партнер продолжает фрикции, а женщина, встречая движения его члена, синхронно подается тазом вверх, что создает возможность стимуляции головки клитора [22; 34; 43].

Существуют различные рекомендации и техники, выполнение которых позволяет женщинам достигнуть оргазма. Так, **Сьюзан Крейн Бейкос разработала технику «огненного оргазма»**, благодаря которой многие женщины резко повысили качество своей сексуальной жизни. Суть этой техники состоит в следующем [29]:

1. *Важно сосредоточиться на собственном удовольствии, а не на удовольствии партнера.* Мужчине приятно, что ему уделяют столько внимания, но при этом ему гораздо приятнее смотреть на женщину, получающую истинное удовольствие от близости с ним, чем на партнершу, усердно и уныло исполняющую свой долг. Поэтому на первое место следует поставить собственное удовольствие, но при этом не обделять лаской мужчину.

2. *Регулярно занимайтесь аутотренингом.*

Во время мастурбации представляйте оргазм в виде какого-то приятного образа: любимого цветка, запаха любимых духов, какого-то другого приятного символа. Не следует включать в «образ оргазма» своего мужчину, так как этот образ не должен зависеть от каких-либо внешних обстоятельств, чтобы, например, ссора с любимым не могла повлиять на вашу внутреннюю работу с символом.

3. *Во время секса вызовите в воображении наработанный образ оргазма.* Сексологи знают, что оргазм женщины в ее голове. Женщину чаще возбуждает не какое-то конкретное действие, а фантазии, игра воображения.

4. *Закройте глаза.* Так будет легче сосредоточиться на своих внутренних процессах.

5. *Запустите «огненное дыхание».* Представьте, что вдыхаете огонь через нос, а выдыхаете через влагалище. При этом сокращайте лонно-копчиковую мышцу. И обратите свое внимание, чтобы этим «внутренним огнем» согревались 2 важнейшие для получения сексуального наслаждения точки: чуть ниже пупка и у основания позвоночника.

6. Двигайтесь!

Движение – это энергия. Чтобы прокачать энергию до уровня «огненного оргазма», нужно активно двигаться навстречу фрикциям партнера, менять позы, двигаться всем телом, подобно змее. Пусть ваши движения тела будут похожи на таинственный танец. Включите в свое ежедневное расписание 5-минутную тренировку плавных, волнообразных движений всем телом под приятную музыку. Тело, приученное к такому спонтанному танцу, будет запускать его по вашей команде, при этом ритм и темп будут задаваться уже не музыкой, а игрой ваших тел.

7. *Сосредоточьтесь не на достижении оргазма, а на получении удовольствия от близости.* Практика показывает, что чем больше мы чего-то хотим, тем труднее это получить. «Огненный оргазм» придет тогда, когда вы научитесь получать такое удовольствие от самого процесса, что совсем забудете о результате.

Существует **техника «огненное дыхание»** [37]. «Огненное дыхание» – это так называется техника достижения энергетического оргазма, разработанная индейским племенем Чероки. Племена североамериканских индейцев издревле практиковали этот метод как важную часть сексуального воспитания девочек, а также в целительной практике. Данная техника помогает исцелить старые душевные раны, освободиться от психологических барьеров и играет большую роль в развитии женской сексуальности. Особенно она поможет тем женщинам, которым еще не довелось испытать оргазм, и подготовит их тело к восприятию сексуального экстаза. Для женщин, которым оргазм не в новинку, эта техника принесет более полное, глубокое и частое наслаждение.

Как же достичь энергетического оргазма?

Лягте спиной на твердую поверхность, жесткую кровать или пол. Согните ноги в коленях. Сделайте несколько глубоких расслабляющих вдохов и выдохов. Постарайтесь сбросить напряжение. Почувствуйте себя легким облачком и забудьте обо всех заботах и тревогах. Затем начните делать более глубокие вдохи. Энергично вдыхайте через нос, а вы-

дышайте через рот, как будто хотите задуть сразу много свечей. Пусть вдох плавно переходит в выдох и обратно, постарайтесь не делать пауз. Выполняйте это упражнение в течение 3-5 минут или дольше, пока не поймете, что успокоились и «очистили» свои мысли.

Теперь переходите к следующему этапу. Покачивая бедрами, сделайте глубокий медленный вдох, прогибая поясницу; на выдохе выпрямите спину, сжимая мышцы деликатного места. Это упражнение стимулирует клитор и эрогенную зону, расположенную во влагалище под лобковой костью. Оно заряжает тело положительной энергией. Когда сделаете эту часть упражнения, измените его следующим образом. Начав с покачивания бедер, переходите к плавным движениям коленями, сводите и разводите их. Представьте в это время, будто мужчина двигается внутри вас. Когда почувствуете, что в достаточной мере «разогрелись», вообразите, как энергия земли и неба начинает проникать в область промежности (в точку, расположенную между анусом и влагалищем). Представьте себе, что струя циркулирует между промежностью и лобком. Когда эта область достаточно «разогреется», представьте, что струя огня продвигается дальше и циркулирует теперь между лобком и солнечным сплетением. Затем поднимитесь еще выше, пусть энергия соединит живот и область сердца. Далее сердце и горло. Когда горло будет достаточно «разогрето», вы можете начать невольно издавать звуки. Если нет, делайте это сознательно: вскрикивайте и стоните. Это поможет «раскрыть гортань для потока энергии». Продолжайте воображать, что энергия движется «по кругу» от сердца к горлу, пока она не начнет «выплескиваться» в область «третьего глаза», расположенную между бровями. Теперь направьте этот поток от горла ко лбу. И, наконец, «продвиньте» энергию от «третьего глаза» к макушке. Продолжайте на выходе сжимать мышцы влагалища.

Если вы будете заниматься этой техникой регулярно, то вскоре научитесь как «оседлать волну» и сделать оргазм более продолжительным, чем при обычном половом акте.

Также существует *техника оргастической медитации* [31; 32; 42] и *техника достижения оргазма у женщин без стимуляции эрогенных зон тела и гениталий* [48; 58], представленные нами ранее в журнале «Здоровье мужчины» [16].

Для достижения оргазма следует создать обстановку «без помех» – исключить влияние неблагоприятных ситуационных факторов (проведение половых актов в помещении без детей и родителей, в условиях, исключающих опасения, что кто-то может зайти и помешать, и т. п.).

С целью достижения оргазма следует оставить за пределами партнерского ложе переживания, связанные с работой, неблагоприятно сложившимися отношениями с начальством, бытовыми факторами и т. д.

При работе с пациентами следует выявлять деструктивные установки относительно сексуальной жизни, что является предметом **когнитивно ориентированных воздействий**. С этой целью изменяют негативные мысли о сексе [40], взгляды и мысли, усугубляющие тревожность. Важно сформировать у женщины позитивное отношение к сексу, настаивая на получение удовольствия от него [38]. М. А. Ярхауз, Э. С. Н. Тэн (M. A. Yarhouse, E. S. N. Tan) [38] отмечают: «Джойс и Клифф Пеннеры [55; 56], в частности, говорят о необходимости «взять на себя ответственность за удовлетворение своих сексуальных потребностей и влечений. Это означает, что вы позволяете себе быть сексуальной. Вы принимаете решение удовлетворять свои сексуальные потребности, свободно выражая их. Вы позволяете своему телу откликаться и наслаждаться этим откликом» [56, p. 252].

В нашей книге «Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов» [11] отмечается следующее. При работе с женщинами нередко встречается сверхценная установка на обязательное получение оргазма во всех случаях. Это наблюдается и тогда, когда пациентка до возникновения этой установки не страдала и, более того, получала удовлетворение без наступления оргазма («satisfactio sine orgasmo»). В указанных случаях врач, убедившись в отсутствии дисгармонии, исключающей наступление оргазма, дол-

жен направить свои усилия на коррекцию сверхценной идеи. Это не отменяет необходимости лечебных воздействий, целью которых является приобретение женщиной способности к переживанию оргазма (в тех случаях, где это возможно). Для уменьшения остроты указанной сверхценной идеи, полезно сообщать пациенткам следующие данные:

1. Стремление испытать оргазм во что бы то ни стало следует рассматривать как тенденцию последнего времени, обусловленную ростом сексуальной грамотности и эмансипацией женщины. Так, еще на заре нашего столетия в моде были холодные красавицы, а проявление чувственности рассматривалось как нечто неприличное. В начале века существовало убеждение, что женщины не подвержены сексуальному возбуждению и не могут и не должны достигать оргазма. При этом некоторые авторы (Elson, 1933) даже пытались объяснить неспособность женщины к переживанию оргазма аргументами филогенетически-этнологического характера.

2. Несмотря на то что часть женщин приобретает способность к переживанию оргазма лишь с течением времени после начала регулярной половой жизни, они и до этого способны наслаждаться возникающими у них приятными ощущениями при ласках и поцелуях (возможно, и фрикциях), а также испытывать чувство удовлетворения от доставляемого партнеру наслаждения.

3. Кроме того, в разговоре с такими пациентками полезно отметить, что чрезмерное стремление к достижению оргазма само по себе может тормозить его возникновение.

В других публикациях тоже рекомендуют постараться переосмыслить свои ожидания, сосредоточиться на взаимном удовольствии, а не на оргазме. При этом женщины могут обнаружить, что устойчивое удовольствие в фазе плато также удовлетворяет, как и оргазм [39].

Лечение расстройств оргазма предусматривает **сексуальное просвещение, изучение анатомии половых органов**. С этой целью женщина осматривает свое обнаженное тело с помощью зеркала и изучает диаграммы / схемы анатомии женских половых органов. На следующем этапе она исследует свои гениталии тактильно, а также визуально с

акцентом на поиске чувствительных областей, которые генерируют чувство удовольствия [58]. Знание собственной анатомии может привести к большему сексуальному удовлетворению [40].

Ярхауз М. А., Тэн Э. С. Н. [38] предлагают женщинам изучать собственное обнаженное тело с использованием зеркала и при этом обращать внимание на свои чувства и мысли, особенно в тех случаях, когда они содержат в себе критику. Такие мысли и чувства можно фиксировать в дневнике, а потом обсуждать их на встречах с консультантом. Также авторы предлагают женщинам провести генитальное исследование и ознакомить их с изображением женских гениталий (часто это страница из учебника). Дома они самостоятельно должны продолжить изучение своих гениталий, пользуясь ручным зеркалом (найти клитор, большие половые губы, малые половые губы и т. д.). Это упражнение позволяет женщине больше узнать себя и поэтому является весьма полезным. Цитируемые авторы указывают, что также как и в случае рассматривания своего тела в зеркале, при исследовании своих гениталий следует обращать внимание на собственные ощущения и мысли, которые можно записывать в дневник, а затем обсуждать их или переосмыслить свои реакции на сеансе у специалиста. Отмечается, что генитальное исследование может привести к кинестетическому знанию, так как дает возможность женщине, по-разному прикасаясь к различным частям тела, переосмыслить свою реакцию на разные стимулы. Это является основой для последующего обучения партнера тому, как он должен действовать в обстановке интимной близости.

Большую роль в терапии расстройств оргазма отводят **мастурбации**. При этом в зарубежной литературе повсеместно используется термин «*направленная мастурбация*» (*directed masturbation; DM*). Полагают, что она может быть полезной женщинам с оргастическими трудностями по ряду причин: мастурбационные упражнения могут помочь им направить свое внимание на сексуально приятные физические ощущения; так как мастурбация может выполняться самостоятельно, устраняется беспокойство, которое может быть

связано с оценками партнера; количество и интенсивность сексуальной стимуляции находится непосредственно под контролем женщины, и она не зависит от осведомленности партнера или ее способности к общению с ним [59].

Первый шаг DM подразумевает, что женщина осматривает свое обнаженное тело с помощью зеркала и изучает его, используя диаграммы/схемы анатомии женских половых органов. **На следующем этапе** она исследует свои гениталии тактильно и визуально с акцентом на поиске чувствительных областей, воздействие на которые доставляет удовольствие. После этого женщина должна сосредоточиться на их ручной стимуляции, усиливая ее интенсивность и продолжительность до тех пор, пока «что-то не происходит» («something happens»), или до тех пор, пока возникнет дискомфорт. При этом часто местно используются смазочные материалы, вибраторы и эротические видеокассеты. После того как женщина способна достичь оргазма самостоятельно, ее партнер, как правило, включается в сессии для того, чтобы уменьшить ее чувствительность к показу своего возбуждения и оргазма в его присутствии, а также для обучения мужчины обеспечивать ее эффективное стимулирование. DM используется для терапии расстройств женского оргазма в сочетании с различными методами лечения, включая индивидуальную, парную и групповую терапию, а также библиотерапию [59].

Чтобы помочь в первый раз испытать оргазм женщинам, страдающим аноргазмией, иногда используются вибраторы, которые менее утомительны при применении и стимулируют сильнее, чем пальцы. После того как женщина испытала несколько оргазмов с вибратором, следует вернуть ее к мануальной стимуляции с целью выработки такой же оргазмической реакции. Этот шаг особенно важен, так как партнеру легче воспроизвести мануальную стимуляцию, а не воздействие вибратора [27].

J. Lo Piccolo, W. C. Lobitz (1972) предложили **технику терапевтической мастурбации** для лечения аноргазмии. Программа, предложенная ими, включает 9 последователь-

ных этапов, каждый продолжительностью в 1 нед [по 15, с. 95–96].

«*На первом этапе* проводилось тщательное ознакомление со своим телом (прикосновения, рассматривание в зеркале), формирование «естественной» установки в отношении своего тела, тренировка мышц влагалища. *На втором* пациентка прикасалась к половым органам, но не обязательно с целью вызвать сексуальное возбуждение. *Третий этап* включал пальпацию половых органов для определения эрогенных зон, стимуляция которых вызывает приятные ощущения. *На четвертом этапе* пациентка концентрировалась на ощущениях, испытываемых при стимуляции половых органов и участков тела, раздражение которых вызывает максимальное сексуальное возбуждение и оргазм. Если на этом этапе не удавалось достигнуть оргазма, то *на пятом этапе* рекомендовалось продолжить (до 45 мин) и интенсифицировать мастурбацию до момента переживания «чего-то еще не испытанного ранее» или выраженной усталости. В том случае, если на рассматриваемом этапе оргазм не был достигнут, то *на шестом этапе* рекомендовалась стимуляция вибратором, а также имитация переживания оргазма с помощью неартикулированных криков и т. п. в случае возникновения подозрения, что женщина стыдится или боится «непристойной» утраты самоконтроля. *На седьмом этапе* женщина, пережившая оргазм, вызывает его с помощью мастурбации в присутствии мужа, что снижает торможение, препятствующее возникновению сексуального возбуждения и оргазма в его присутствии. *На восьмом этапе* супруг определяет наиболее эффективный способ стимуляции жены и вызывает у нее оргазм. *На девятом этапе* половое сношение сочетается с дополнительной мануальной стимуляцией, что обеспечивает наступление оргазма у женщины». Сообщается, что оргазм появился у всех лечившихся женщин.

М. Р. McCabe (М. Р. МакКейб) [54] указывает на эффективность DM при лечении женщин с первичной аноргазмией [47], которая достигает у них от 80 до 90% [52], в то время

как ее эффективность при вторичной аноргазмии составляет от 10 до 75% [51].

D. F. Hurlbert, C. Apt [49] сравнили эффективность DM и техники коитального выравнивания при лечении женщин с вторичной аноргазмией. При этом выявилась большая эффективность данной техники, обусловленная тем, что благодаря клиторальному и, возможно, парауретральному контакту стимуляция была максимальной.

Для улучшения способности к переживанию оргазма и усиления оргастических ощущений используют упражнения Кегеля. В конце 1940-х гг. американский гинеколог Арнольд Кегель разработал программу упражнений по укреплению мышц промежности, предназначенную для лечения женщин с недержанием мочи. Он проводил свои исследования в Институте исследования тазового дна при UCLA (университет в Лос-Анджелесе, США). Однако затем оказалось, что эти упражнения эффективны и при аноргазмии у женщин [24]. Отмечается, что в терапии первичной аноргазмии они считаются полезными. Это обусловлено тем, что данные упражнения помогают женщине прочувствовать свое тело, в частности генитальные мышцы (к примеру, лобково-копчиковую мышцу), контролировать напряжение и расслабление мышц [38; 57].

Женщина может идентифицировать эти мышцы следующим образом. Необходимо сесть на унитаз и раздвинуть ноги. Затем следует попытаться остановить струю мочи, не двигая ногами. Мышцы, которые вовлекаются при этом, и есть искомые. Существуют различные рекомендации по выполнению упражнений Кегеля. Отмечается, что они состоят из трех частей: медленных сжатий, сокращений и выталкиваний. Для выполнения медленных сжатий следует напрячь те мышцы, которые были идентифицированы как останавливающие мочеиспускание, медленно сосчитать до трех, а потом расслабить их. Сокращения предполагают быстрое напряжение и расслабление этих мышц. Выталкивания осуществляется следующим образом. Женщине рекомендуют натужиться как при дефекации или родах. Сообщается, что эти упражнения, кроме промежностных мышц, вызывают

напряжение и некоторых брюшных мышц. Также можно ощутить напряжение и расслабление мышц в области ануса. Рекомендуется начать тренировки с десяти медленных сжатий, десяти сокращений и десяти выталкиваний по пять раз в день, а через неделю добавить по пять упражнений к медленным сжатиям, сокращениям и выталкиваниям, продолжая выполнять их по пять раз в день. Такое же увеличение числа упражнений осуществляется через каждую неделю, пока каждое из них не достигнет тридцати. Затем, для того чтобы оставаться в форме, интенсивность упражнений остается на достигнутом уровне. Таким образом, ежедневно выполняется 150 упражнений Кегеля [35].

Для уменьшения тревожности и страхов, в частности обусловленных опасением невозможности в очередной раз пережить оргазм (исполнительская тревожность), можно использовать технику остановки мысли [19; 41], гипносуггестивную терапию (гипносуггестивное программирование, моделирование в гипнотическом состоянии, гипнокатарсис) [7; 8; 12], аутогенную тренировку (АТ) [6; 13], самовнушение, систему Джейкобсона (J. Jacobson) [30; 33; 50], систематическую десенсибилизацию по Вольпе (J. Wolpe) [14; 60; 61], разработанный нами способ коррекции поведенческих программ [17; 25], адаптированные и модифицированные нами для лечения сексуальных расстройств метод взрыва навязчивости [1; 17; 19] и метод взмаха [3; 17; 18], технику «десенсибилизации и переработки движениями глаз» [20; 36].

При использовании **гипносуггестивного программирования** применяются формулы, направленные на культивирование (усиление) сладострастных ощущений в предварительном и основном периодах полового акта, а также на неуклонное нарастание полового возбуждения при коитусе, завершающееся разрядкой. **Гипносуггестивное моделирование** заключается в вызывании у пациентов тех психофизиологических реакций, которые обычно возникают при полноценном естественном протекании полового акта. Эта техника более сложна, чем гипносуггестивное программирование, требует знаний о психофизиологии полового акта и

подробного ознакомления с особенностями реакций конкретного человека во время полового сношения до и после возникновения расстройства. Лечение проводится в виде индивидуальных сеансов, более продолжительных, чем при гипносуггестивном программировании. Помимо этого, при моделировании в клинической сексологии врачи сталкиваются и с трудностями этического порядка. Приведем ряд описаний успешного применения гипносуггестивного моделирования при сексуальных расстройствах у женщин [9; 12].

Richardson (1964) сообщает о выздоровлении 72 из 76 женщин, которых лечили гипнозом по поводу «сексуальной недостаточности». В случаях аноргазмии пациентке внушались соответствующие галлюцинации: она видела своего мужа, совершала с ним половое сношение. При этом отмечались различные реакции женщин на сексуальную стимуляцию. С помощью суггестии они контролировались вплоть до наступления оргазма [по 12].

Интересные данные приводит S. Kratochvíl (1969), который рассматривает возможности применения гипнотерапии при лечении женщин, страдающих снижением либидо и аноргазмией. Основываясь на опыте лечения 5 женщин, автор делает вывод, что сношение и оргазм в гипнозе могут представлять собой либо галлюцинации, либо разыгрывание роли. Поведение при этом может быть различным. Иногда оно напоминает поведение перед сношением и во время него: пациентка разговаривает с мужем, совершает соответствующие движения руками и телом, в том числе раздвигает бедра, двигает тазом. В других случаях женщина остается неподвижной и только слова, обращенные к супругу, свидетельствуют о ее сексуальных переживаниях. В ряде случаев не отмечалось никаких физиологических реакций, но переживания, обусловленные внушением, все же имели место, что подтверждалось ретроспективно. Глубина гипнотического состояния пациенток была различной. Одна из них находилась в сомнамбулической стадии и амнезировала свои переживания. Другая описывала сношение, пережитое в гипнозе, как приятный сон. Три остальные женщины вполне осознавали то, что с ними происходило. Автор указывает,

что для проведения этого вида терапии сомнамбулическая стадия является предпочтительной, хотя, по его мнению, и средняя глубина гипноза может давать хорошие результаты. Он отмечает, что потребность в суггестии была у пациенток различной. Если в одних случаях достаточными были обобщенные внушения, то в других возникала необходимость описывать подробности ситуации и нарастание сексуального возбуждения [по 12].

Нами [9; 12] для лечения аноргазмии, расстройств сексуального возбуждения и ослабленного полового влечения у женщин, наряду с гипносуггестивным программированием, применяется и гипносуггестивное моделирование. В ряде случаев возможности обоих методов сочетаются, что дает лучший эффект. Сеансы моделирования или его сочетания с программированием обычно предваряются тщательным расспросом с целью получения сведений об индивидуально-специфических эrogenных зонах пациентки, характеристики адекватных ласк (интенсивность, ритм и последовательность воздействий), диапазоне приемлемости, темпе нарастания сексуального возбуждения в предварительном и основном периодах полового акта и т. п. Все это делается для того, чтобы вербальные воздействия, заменяющие реальные сексуальные побудительные стимулы, в наибольшей мере соответствовали потребностям женщины. Лечебный сеанс при проведении сочетанной методики (программирование + моделирование) имеет следующую структуру: гипнотизация – гипносуггестивное программирование – гипносуггестивное моделирование – дегипнотизация. С начала моделирования пациентке внушают, что она находится в обстановке интимной близости, видит партнера, а его голос, ласки, поцелуи, весь внешний облик доставляют ей большое удовольствие. Затем указывают, что возникает выраженная потребность слиться с партнером в единое целое, чему предшествует суггестия lubricации и нарастания возбуждения. После перехода к основному периоду внушается возникновение свойственных данной пациентке реакций. В ряде случаев мы наблюдали покраснение кожи, учащение ритма дыхания, а также ритмичные тазовые движения, что является объек-

тивным свидетельством вовлеченности женщины в процесс моделируемого полового акта. С целью контроля уровня полового возбуждения использовалась индикация с помощью указательных пальцев обеих рук пациентки. При готовности женщины к переживанию оргазма она по просьбе врача поднимала указательный палец правой руки, а при необходимости интенсификации возбуждения – левой. Опрос больной о пережитом во время моделирования, в том числе об адекватности суггестивной стимуляции, позволял вносить коррективы в сценарий последующих гипнотических сеансов и достигать при их проведении более полной реализации внушений, вплоть до оргастических переживаний. При использовании описанной техники, включенной в систему лечебных (в том числе психотерапевтических) мероприятий, у страдающих психогенной формой аноргазмии пациенток с хорошей гипнабельностью были получены положительные результаты. В основе терапевтического действия гипносуггестивного моделирования, по нашему мнению, лежит функциональный тренинг многоуровневого аппарата сексуального обеспечения, связанный с восстановлением стершихся энграмм и устранением психогенных задержек [9; 12].

В случае применения *гипнокатарсиса* речь идет об «откачке» неотреагированной после психотравмы патогенной энергии, питающей невротические симптомы. Пациента в гипнотическом состоянии проводят через ранее пережитую им травмирующую ситуацию. Такой психотравмой может быть изнасилование, результатом чего может стать аноргазмия и другие сексуальные дисфункции [8; 12; 18].

И. А. Копылова [5] применяла **АТ** для лечения «психогенной фригидности» у женщин. Как и Г. С. Беляев [2], она высказывается против создания специализированных групп, состоящих только из сексологических больных. Автор отмечает, что в лечении женщин с указанным расстройством ведущую роль играют классические приемы первой степени АТ по И. Шульцу. Овладевая ими, больные учатся не только подавлять неприятные ощущения и связанные с ними отрицательные эмоции, но и вызывают у себя необходимые приятные ощущения. Из комплекса упражнения первой степени

АТ наиболее важными являются те, которые вызывают мышечное расслабление и тепло в определенных участках тела. При лечении «фригидности» больные должны научиться вызывать у себя локальное тепло в органах малого таза и половых органах. Автор не рекомендует предварительно фиксировать внимание женщин на специфическом действии упражнений. Задача состоит в том, чтобы пациентки «самостоятельно» обнаружили терапевтическое действие упражнений, связанных с вызыванием локального тепла, и сделали нужные выводы. «Самостоятельное» открытие имеет, по мнению И. А. Копыловой, большое реабилитирующее значение [по 13].

А. М. Свядоц [33] рекомендует «фригидным» женщинам после овладения первыми двумя стандартными упражнениями АТ («тяжесть» и «тепло» в конечностях) внушать себе желание интимной близости и ее приятность, ощущение тепла в половых органах (предварительно положив на них руку), а также обострение чувствительности гениталий, в частности к фрикциям. С. Кратохвил (S. Kratochvíl) [26] также применял АТ для лечения «половой холодности» у женщин. С этой целью он предлагал им обучаться сосредоточению на определенной мысли, что облегчало концентрацию внимания на сексуальных ощущениях во время полового акта и, следовательно, обеспечивало большую эффективность стимуляции. К стандартной формуле «в животе ощущается тепло» добавлялись формулы: «тепло ощущается в нижней части живота» и «промежность теплая и влажная», что облегчало регулирование ощущений в области гениталий, увеличивало приток крови и повышало чувствительность половых органов. Исходя из специфики нарушений применялись также следующие формулы: «половая жизнь мне нравится», «достичь возбуждения легко», «мое возбуждение постепенно достигает пика», «я дойду до полного погружения в сексуальные переживания». С. С. Либих рекомендует при «половой холодности» применять следующую ауто-суггестию: «Приятная истома разливается по всему телу... Половой акт желателен... Половой акт необходим...

Тепло охватывает влагалище... Мысли и заботы уходят далеко... Я довольна и счастлива...» [по 13].

В случаях аноргазмии у женщин и мужчин мы рекомендуем с помощью лечебных самовнушений программировать неуклонный рост интенсивности полового возбуждения при фрикциях вплоть до наступления разрядки (оргазма), доставляющей чувство глубокого удовлетворения. При проведении предложенного нами ускоренного варианта АТ для лечения сексуальных расстройств подобные самовнушения можно делать после выполнения каждого из трех упражнений АТ («расслабление», «тепло в области солнечного сплетения, струящееся в низ живота и достигающее половых органов и промежности», «тепло в половых органах и промежности») [6; 13]. Более выраженную их эффективность можно ожидать после усвоения 3-го упражнения АТ. При проведении подобных самовнушений, также как и при осуществлении гетеросуггестии при гипносуггестивной терапии, очень важны внушения, культивирующие приятные сладострастные ощущения в предварительном и основном периодах полового акта с целью удержания пациентов в «кинестетическом потоке», отграничивающем их от каких-либо отвлекающих внутренних и внешних стимулов. С этой целью мы рекомендуем внушения, направленные на погружение и растворение в приятных ощущениях.

Для устранения расстройств оргазма также рекомендуют использование реципрокного (взаимного) торможения, относящегося к **поведенческой терапии**. Одну из частных методик реципрокного торможения разработал Вольпе (J. Wolpe) [14; 60; 61], назвавший ее **систематической десенсибилизацией**. Обычно этот вид терапии применяют для борьбы с фобиями. Сначала составляют иерархию ситуаций по выраженности сопровождающего их эмоционального напряжения. Пациент, предварительно обученный приемам релаксации по методике Джейкобсона (J. Jacobson) [30; 33; 50], сначала вызывает в своем воображении ситуацию, обладающую минимальным фобическим потенциалом (15–40 сек). Затем он переключает себя на представления успокаивающего или приятного содержания и расслабляет-

ся. Это повторяется несколько раз. После этого больной переходит к представлению ситуации, находящейся на следующей ступеньке иерархической лестницы по степени выраженности сопровождающего ее эмоционального напряжения. При монофобиях «иерархическая шкала» включает 20 ситуаций. Для контроля ситуации психотерапевтом используется следующая индикация: если пациент уже не испытывает страха и волнений в данной ситуации, то поднимает палец правой руки, а если испытывает – левой. Продолжительность каждого сеанса 20–30 мин. Указанная терапия может проводиться и в гипнотическом состоянии. Больной погружается в состояние глубокой релаксации, а затем вызывает у себя представление волнующих сцен, начиная с менее значимых. Если воображаемая ситуация вызывает у него значительную отрицательную эмоциональную реакцию, то пациент поднятием пальца сигнализирует об этом. Тогда врач либо углубляет релаксацию и сеанс заканчивается, либо больной вновь вызывает у себя менее волнующую ситуацию [по 14].

С целью решения проблем, связанных с оргазмическим расстройством, также применяется **психоаналитический подход**. Так, R. Greenson [46] описывает случай психогенной аноргазмии, причину которой он вскрыл при психоанализе. Речь идет о пациентке, которая не смогла пережить оргазм при половом акте с мужем, несмотря на выраженное сексуальное возбуждение и безупречную технику супруга. С течением времени возбуждение просто исчезло. Пациентка ни в чем не винила мужа и отметила, что он даже гладко выбрит (!). Когда она сказала это, слезы потекли по ее лицу (!). Так как позиция обычного слушателя не позволила вскрыть истоков аноргазмии, то исследователь перешел на позицию сопереживания. Он представил, что какая-то его часть стала пациенткой и решил в этом новом качестве пережить те события, о которых она рассказывала, а также аналитический сеанс. Это удалось, так как Р. Гринсон работал с ней несколько лет. Он построил рабочую модель пациентки, состоящую из ее физической внешности, поведения, манеры двигаться, желаний, чувств, защит, ценностей, отношений и

т. д. Эта модель «Я» была перемещена на передний план, а «Я» аналитика на время оказалось изолированным. По мере того, как «глазами пациентки» просматривались описанные ею события, всплыло несколько новых идей. Ее муж, как отметила женщина, осыпал ее поцелуями (англ. to shower – осыпать, принимать душ). В связи с этим вспоминалась сцена из детства, когда она принимала душ вместе с отцом. Это было одно из самых приятных воспоминаний о ее обычно сердитом отце. Обращал на себя внимание следующий момент из воспоминаний: ее отец был очень волосат. С одной стороны, это делало его чувственным, а с другой – пугало. В поцелуях отца она наиболее живо вспомнила его усы. В связи с этим на ум пришло замечание пациентки, касающееся мужа: «Он был даже гладко выбрит». Это вернуло исследователя к прежнему состоянию аналитика. Если раньше он думал, что данное высказывание связано с ее матерью, то теперь понял, что гладко выбритый, любящий и внимательный муж вызвал контрастную картину ее репрессированных сексуальных желаний к сердитому и садистскому отцу. Вследствие этого она не смогла достичь оргазма и оплакивала гладкое лицо супруга [по 10].

Для лечения расстройств оргазма используется **секс-терапия** [53]. При сравнении секс-терапии с различными методами психотерапии можно отметить определенную ее близость с бихевиоральной (поведенческой) терапией. Это, в частности, наглядно выступает при секс-терапевтическом лечении преждевременного семяизвержения, которое заключается в разрушении неадекватного и формировании приспособленного к ситуации эякуляторного рефлекса, что, несомненно, является разновидностью аверсионной терапии. Вместо аверсии медикаментозной (рвотные средства) или с помощью электрических разрядов в качестве неприятного стимула при этой методике используются ощущения, возникающие при сдавлении головки члена у венечной борозды или его корня [14].

В секс-терапии широко используется техника **«чувственное фокусирование»**, которая эффективна и в терапии

расстройств оргазма. Она, в частности, представлена в книге «Основы сексологии» [27, с. 540–542]:

«В начале лечения каждой паре предлагают воздержаться от прямых половых сношений, связанных с контактом гениталий. Такой подход помогает устранить давление, возникающее из-за страха неудачи при половом акте, и создает условия для разрушения порочного круга «страх – самонаблюдение – неудача – страх», который во многих случаях глубоко укоренился. Обучение более эффективным способам половых взаимодействий основано на идее фокусирования ощущений.

На первой стадии обучения фокусированию ощущений паре предлагают провести два сеанса, во время которых каждый из ее членов прикасается к телу другого, причем грудь и гениталии объявляются «запретными зонами». Цель прикосновений состоит не в том, чтобы вызвать сексуальное возбуждение, а в том, чтобы открыть для себя ощущения, вызываемые прикосновениями партнера. Партнеров предупреждают, что каждый из них должен действовать в соответствии с собственными желаниями, а не стараться угадать, что нравится или не нравится другому. Подчеркивается, что прикосновение не должно превращаться в массаж или в попытку вызвать половое возбуждение.

В начальный период упражнения по фокусированию чувственности должны проходить по возможности в молчании, так как слова могут отвлечь от физических ощущений. Однако тот из партнеров, к которому прикасаются, должен дать понять другому либо без слов (языком тела), либо словами, если то или иное прикосновение ему неприятно. Хотя многие люди говорят: «О, мы уже раньше прикасались друг к другу множество раз: нельзя ли обойтись без этого и перейти на более высокий уровень?», эта первая стадия имеет важное значение во многих отношениях. Она позволяет врачу получить дополнительное представление о взаимодействиях между партнерами. Кроме того, эта стадия имеет чисто лечебное воздействие: об этом свидетельствует тот факт, что многие мужчины, которые на протяжении долгих лет при попытке совершить половой акт не могли достигнуть

эрекции, вдруг обнаруживали у себя необычайно сильную эрекцию; возможно, это было связано с устранением давления, создаваемого ощущением необходимости совершить половой акт. Ведь им было сказано, что от них не ожидают возникновения полового возбуждения, а если даже оно и возникнет, то его не следует реализовывать. И, наконец, такие прикосновения – прекрасное средство для снижения чувства тревоги и обучения общению без слов.

На следующей стадии упражнений по фокусированию ощущений область прикосновений расширяется и в нее включают грудь и гениталии... Партнеру, совершающему прикосновения, объясняют, что начинать следует не с гениталий, а с каких-нибудь других участков тела. И снова главная цель должна заключаться в физическом ощущении прикосновений, а не в ожидании какой-то особенной сексуальной реакции. На этой стадии партнерам обычно предлагают испробовать метод «рука на руку» как более непосредственный способ коммуникации без слов. Партнеры проделывают это упражнение по очереди. Положив руку на руку своего партнера в то время, когда другой рукой он прикасается к ее телу, женщина может дать ему почувствовать, хочется ли ей, чтобы он надавливал сильнее или слабее, гладил быстрее или медленнее или же перешел бы на другой участок тела. Затем все это повторяется с мужчиной, который в свою очередь сигнализирует о своих предпочтениях. Смысл всей этой процедуры состоит в интеграции молчаливых посланий таким образом, чтобы партнер, к которому прикасается другой партнер, не превращался в «регулирующего уличного движения», а просто вносил некоторый дополнительный вклад в процесс прикосновений, производимый в первую очередь исходя из интересов «прикасающегося» партнера.

На следующей стадии обучения фокусированию ощущений мужчине и женщине предлагают прикасаться друг к другу не по очереди, а одновременно. Это имеет две цели: во-первых, создается естественная форма физического взаимодействия («в жизни» люди обычно не прикасаются друг к другу по очереди); во-вторых, это удваивает потенци-

альные источники чувственного вклада. Эта стадия имеет очень важное значение для преодоления стремления к самонаблюдению, поскольку единственное, что может сделать наблюдатель, это переключить внимание на какую-то часть тела своего партнера (погрузиться в прикосновение) и совершенно отвлечься от наблюдения за собственной реакцией. Партнерам напоминают, что какого бы сильного возбуждения они не достигли, половой акт все еще остается под запретом.

При последующих упражнениях по фокусированию ощущений продолжают те же действия, но в какой-то момент партнеры переходят в положение «женщина сверху» без попыток введения полового члена во влагалище. В этом положении женщина может играть с половым членом, потереть его о клитор, вульву или отверстие влагалища, независимо от того, находится ли он в эрегированном состоянии или нет. Если возникнет эрекция и если ей захочется, она может ввести кончик члена во влагалище, но при этом все ее мысли должны быть сосредоточены на физических ощущениях, с тем чтобы сразу прекратить свои действия или вернуться к простым прикосновениям или объятиям, не затрагивающим гениталии, если у нее или у ее партнера проявится стремление к половому акту или какое-то беспокойство. После того как партнеры начинают чувствовать себя достаточно уверенно на этом уровне, настоящее половое сношение обычно не вызывает трудностей.

Все подобные приемы могут показаться очень простыми, однако важно понять, что все это лишь составные элементы тщательно разработанной программы психотерапии, а не просто набор каких-то трюков или фокусов. Самое главное их достоинство состоит в быстром и эффективном действии даже в тяжелых и запущенных случаях».

Х. С. Каплан (H. S. Kaplan) [4] в своем руководстве по сексуальной терапии описывает стратегию лечения расстройств оргазма, которая включает следующие этапы: 1) оргазм при мастурбации; 2) оргазм в присутствии партнера посредством стимуляции клитора; 3) оргазм в ходе сно-

шения; 4) при невозможности оргазма в ходе сношения используется прием «мост».

Итак, все начинается с *мастурбации, которая проводится женщиной в отсутствие партнера*. Этим обеспечивается отсутствие психологического давления с его стороны. На этом этапе женщине помогают преодолеть чувство вины и стыда по поводу мастурбации, что осуществляется в ходе сеансов терапии. У женщин, которые ранее никогда не испытывали оргазма, могут иметь место различные опасения в связи с тем, что они могут испытать (например, чувство боли). Также это могут быть различные другие страхи: «Я потеряю контроль над собой», «Я с ума сойду», «Мне это причинит вред, я заболею раком, ... умру», «Мне это понравится и я стану совершенно неразборчивой», «Мне сначала нужно влюбиться, а уже затем иметь оргазм». В ходе сеансов эти опасения/страхи и фантазии анализируются и обсуждаются с учетом их динамики. Большинство подобных страхов, отмечает автор, «связаны с подавлением и запретами инфантильной сексуальности». Сны и ассоциации становятся очень полезным средством понимания этих неосознанных преград на пути к «выходу» оргазма. Тщательному обсуждению и анализу должны быть подвергнуты эротические фантазии [4].

Стимуляция клитора пальцем при мастурбации, продолжает автор, в сочетании с отвлекающими фантазиями довольно быстро (как правило, за несколько недель) приводит к оргазму. Если эффект недостаточен, предлагается воспользоваться вибратором. Во время стимуляции необходимо привлекать собственные фантазии, чтобы «отвлечь себя от того, что обычно отвлекает от оргазма», т. е. от привычки самоконтроля в ходе стимуляции и оргазма. В некоторых случаях во время стимуляции пациентке рекомендуется рассматривать эротические картины и смотреть эротические фильмы. Чтобы достигнуть оргазма, некоторым пациенткам приходится стимулировать себя долгое время, иногда около одного часа [4].

Существуют приемы, облегчающие наступление оргазма у женщины: попеременное сжатие и расслабление мускула-

туры влагалища, движения таза и глубокое дыхание на высоте сексуального возбуждения. При подавленном оргастическом рефлексе интенсивная стимуляция нередко приводит к появлению напряженного состояния. В этих случаях следует на несколько секунд приостановить стимуляцию, а затем вновь возобновить ее. Несколько повторений этого приема «стоп-старт» нередко может быть эффективным в достижении оргазма [4].

Оргазм в присутствии партнера как этап лечения начинается после того, как женщина освоилась с ощущениями от оргазма, вызванного мастурбацией в одиночку. Этот этап является более сложным, так как присутствие партнера провоцирует тревожное состояние женщины. «Возникает страх неудачи: «Смогу ли я достичь оргазма? А если ему надоест однообразное возбуждение? А, может быть, другие женщины делают это быстрее?» С целью достижения цели на этом этапе Х. С. Каплан рекомендует несколько приемов. Один из них заключается в том, что после того, как мужчина кончит, он вызывает оргазм партнерши мануально. Она же получает установку на переживание в это время тех же фантазий, которые ранее сопутствовали ее самостимуляции, сокращает мышцы промежности и глубоко дышит. Нередко выполнение такой инструкции приводит к тому, что женщина достигает оргазма. В некоторых случаях следует рекомендовать женщине самой проводить мастурбацию в присутствии партнера. Такое предписание делается, когда ее возбуждение по темпу нарастания значительно отстает от такового у мужчины, а также в том случае, когда женщина стесняется попросить его доставить ей удовольствие. Некоторые пары достаточно свободны от предрассудков, чтобы принять такое предложение терапевта. Но наиболее частым проявлением оказывается состояние смятения и стыда женщины, а также страх быть отвергнутой мужем, если мастурбация будет проходить в его присутствии [4].

Оргазм в ходе сношения, отмечает Х. С. Каплан, без дополнительной стимуляции клитора далеко не всегда легко достижим. Для подтверждения этой мысли она ссылается на исследования, проведенные доктором Фишером, соглас-

но которым число женщин в США, предпочитающих достигать оргазма только в ходе регулярных сношений, составляет лишь порядка 1/3–1/2. Вряд ли можно предположить, что всю другую часть составляют только сексуально подавленные женщины. В этих случаях речь идет о необходимости более интенсивной стимуляции клитора, чем та, которая имеет место во время коитуса. Определенную часть этой группы, по всей видимости, действительно составляют женщины с функциональными расстройствами оргастической реакции, которые, вероятно, вызваны психологическими запретами и подавленной сексуальностью [4].

Прием «мост» (предложен Х. С. Каплан). Этот прием показан женщинам, испытывающим возбуждение и оргазм при стимуляции клитора, но не достигающим оргазма во время сношения. «Сущность приема «мост» заключается в том, чтобы продолжать стимуляцию клитора до момента, предваряющего оргазм, после чего рефлекс оргазма должен быть «запущен» фрикционными движениями в ходе полового сношения. Замечу, что речь идет именно о моменте, предваряющем оргазм, а не о том, который становится «пусковой точкой» самого оргазма. Таким образом, между стимуляцией клитора и собственно коитусом образуется своего рода связующий мост» [4, с. 83].

Стимуляция клитора может осуществляться как мужчиной, так и самой женщиной. В тех случаях, когда специфические психологические преграды отсутствуют, по крайней мере во время начальных попыток осуществления приема «мост», целесообразно предложить женщине самой заняться стимуляцией. Это мужчину не утомляет, его возбуждение нарастает, а женщина при этом имеет больше возможностей для релаксации и осознания получаемого наслаждения, так как она сама контролирует стимуляцию. Ей не приходится беспокоиться о том, что «у него устала рука», и она не испытывает опасения быть отвергнутой [4].

Цитируемый автор отмечает, что существует несколько сексуальных поз, удобных для совмещения стимуляции клитора и фрикций: мужчина и женщина лежат на боку, женщина находится сверху, мужчина сидит. Поощряется экспери-

ментирование партнеров в поиске соответствующих этой цели поз, которые им удобны. Главным условием для данного поиска при выполнении приема «мост» является обеспечение свободного доступа руки к области клитора. Описываемый прием используется уже после того, как женщина испытала интенсивные вагинальные ощущения, что достигается предварительной мануальной стимуляцией предвагинальной области и ранее выполняемыми упражнениями необязывающего коитуса [4].

Х. С. Каплан [4], отмечая высокую возбудимость клитора, также сообщает, что вход во влагалище и еще 1/3 его поверхности особо чувствительны к тактильным воздействиям, и их нежная стимуляция может привести сексуально чувствительную женщину к оргазму.

Следует отметить, что у мужчин аноргазмия, обусловленная анэякуляцией, может быть, в частности, следствием сформированного патологического сексуального стереотипа, обусловленного мастурбацией. Чаще всего речь идет о таких стимулах (физических, психических), имевших место при мастурбации, которые не могут быть воссозданы при половом акте. В этих случаях весьма эффективен прием «мост». Рекомендации, которые мы даем своим пациентам, следующие. Сочетать мастурбацию и фрикции следует, разделив все время стимуляции, например на 10 временных интервалов. Первые девять интервалов занимает мастурбация, а последний десятый стимуляция члена при влагалищных фрикциях. При этом фрикции начинаются непосредственно в преддверии наступления периода эякуляторной неизбежности. Если удалось испытать оргазм, то постепенно уменьшается время мастурбации (8–7–6 ... интервалов) и соответственно постепенно увеличивается время осуществления фрикций (2–3–4 ... интервала). В финальной стадии мужчина уже способен достигнуть оргазма при одних только фрикциях. В одном нашем клиническом наблюдении молодой мужчина, который не эякулировал и не испытывал оргазма при половом акте, что было обусловлено сформированным патологическим сексуальным стереотипом в результате мастурбации, сочетаемой с интернет-порно, уже

после однократного применения этой техники избавился от данной сексуальной проблемы.

Следует отметить, что в таких случаях нам удавалось достичь эффекта при гипнотических внушениях, когда в их рецептуру включалась следующая суггестия: «Влагалище плотно, как кулак, охватывает член, но при этом вы испытываете гораздо более приятные ощущения, чем при мастурбации». Также эта рецептура содержала внушения, направленные на непрерывный рост интенсивности сексуального возбуждения при фрикциях вплоть до достижения оргазма. Гипнотические воздействия в этих случаях сочетались с назначением медикаментозных препаратов, облегчающих наступление эякуляции. Такую же суггестию можно рекомендовать и при увеличении продолжительности полового акта у мужчин с добавлением указаний на быстрое нарастание интенсивности полового возбуждения [8; 12].

Мастер У., Джонсон В., Колодни Р. (W. Masters, V. Johnson, R. Kolodny) [28, с. 544–545] в подобных случаях рекомендуют терапию, состоящую из следующих этапов: «1) эякуляция, вызываемая мастурбацией в одиночестве; 2) эякуляция, вызываемая мастурбацией в присутствии партнерши; 3) эякуляция, вызываемая мануальной стимуляцией со стороны партнерши; 4) энергичная стимуляция полового члена партнершей, проводимая до состояния неизбежности эякуляции, а затем быстрое введение члена во влагалище. В большинстве случаев после того, как мужчина эякулировал во влагалище один или два раза, подавление этого акта или связанный с ним страх совершенно исчезают. В некоторых случаях, если эти процедуры не дали результатов, может помочь эякуляция (вызванная мануальной стимуляцией) на вульву женщины. После того как мужчина привыкнет к виду своей спермы на вульве партнерши, он гораздо легче может совершить интровагинальную эякуляцию».

Х. С. Каплан [4; 24] рекомендует следующий подход при лечении задержанной эякуляции. Основной целью при кратком секс-терапевтическом вмешательстве является отвлечь мужчину от контроля над эякуляцией для высвобождения заторможенных рефлексорных проявлений.

Если речь идет о пациентах, которые могут добиться нормальной эякуляции при определенных условиях, то основная терапевтическая стратегия состоит в адаптации эякуляторного рефлекса к условиям коитуса. Например, пациент способен к эякуляции при мастурбации, когда использует определенные фантазии, а при половом акте – нет, хотя при этом у него имеет место хорошая эрекция полового члена, и он получает удовольствие и удовлетворяет жену. После открытого обсуждения данной ситуации с партнерами, им рекомендуют соблюдать следующую стадиюность лечебного процесса:

1) мужчина мастурбирует один за закрытыми дверями, переживая привычные для него фантазии, а жена находится в самой удаленной комнате;

2) если мужчина добивается оргазма, то через несколько дней процедура повторяется, однако на этот раз жена уже находится в соседней комнате;

3) затем все повторяется снова, но жена при этом находится с мужем в одной комнате;

4) супруги совершают половой акт, а затем муж отправляется в ванную комнату, чтобы мастурбировать до наступления оргазма; такая последовательность событий позволяет установить связь между гетеросексуальным актом и оргазмом;

5) жена пациента мануально (рекомендуется использовать вазелин) возбуждает мужа до наступления у него оргазма; ему предлагается переживать в этот момент привычные для него фантазии; их можно не открывать жене или, напротив, открыто обсуждать их с ней во время сексуальных действий (использование фантазий позволяет больному отвлечься от навязчивого контроля и самонаблюдения во время стимуляции);

6) если мужчина испытал оргазм от стимуляции пениса женой, дальнейшая мастурбация в одиночку запрещается; теперь он может эякулировать только в присутствии жены или при ее участии;

7) следующим этапом терапии является достижение эякуляции во влагалище; после того как мужчина достигает устойчивого оргазма в результате мануальной стимуляции пениса женой, переходят к использованию приема «мужской мост»: женщина, используя вазелин, стимулирует пенис мужа мануально до момента, когда у него вот-вот наступит оргазм, затем мужчина вводит половой член во влагалище и совершает копулятивные движения, а женщина при этом стимулирует его пенис рукой; во время коитуса супруг обязательно сообщает о моменте приближения оргазма, чтобы жена могла убрать руку, а он сделать несколько движений, приводящих к оргазму; поза женщины во время полового акта, когда она держит ноги плотно сжатыми, усиливает стимуляцию пениса при фрикциях, что может оказаться полезным на данном этапе лечения.

Во время генитальной стимуляции для «растормаживания» эякуляторного рефлекса пациентам рекомендуется читать эротическую литературу или рассматривать эротические картины.

Недостаток общения между партнерами по поводу их сексуальных отношений, по-видимому, является фактором, связанным с аноргазмией у женщин [59]. М. Р. McCabe [54] сформулировала вопросы для решения как сексуальных, так и несексуальных аспектов отношений: «Что мне больше всего нравится в нас как в партнерах, и как это вызывает у меня чувства?», «Как я чувствую различия между нами в желании сексуального контакта?», «Что я чувствую, когда ты ласкаешь меня? Какие телесные ощущения возникают?»

W. Everaerd, J. Dekker [44] провели сравнительное исследование эффективности сексуальной терапии и **обучения коммуникативным навыкам** при вторичной аноргазмии. В данном исследовании сексуальная терапия состояла из чувственного фокусирования и сексуально стимулирующих упражнений при запрете на проведение полового акта, а коммуникативный тренинг включал упражнения для активного и пассивного слушания, вербализации и отражения

чувств, продуктивное управление конфликтами и асертивное поведение. У 48 пар, где речь шла о вторичной аноргазмии у женщин, применялась либо секс-терапия, либо «коммуникационная терапия». В лечении каждой пары принимали участие терапевт мужского и женского пола. Исследование выявило, что женская сексуальная удовлетворенность возрастала при использовании обоих видов лечения, но быстрее улучшение произошло при секс-терапии. Сексуальная удовлетворенность мужчин усилилась при сексуальной терапии, но уменьшилась при коммуникационной. Опыт сексуального взаимодействия и оргазмического опыта улучшился у мужчин и женщин при секс-терапии, а у женщин – при коммуникационной терапии. Мужской опыт сексуального взаимодействия ухудшался при коммуникационной терапии, в то время как мужской оргазмический опыт сначала увеличился, а затем снова уменьшился. Удовлетворенность общими отношениями повышалась у мужчин при коммуникационной терапии, а у женщин при секс-терапии.

В арсенал средств, направленных на достижение оргазма, входит *оптимизация/гармонизация межличностных отношений в сексуальной паре (парная психотерапия)*, а также *работа по выявлению и погашению неблагоприятных психогенных влияний, находящихся за пределами пары: родительские влияния (семейная терапия)*, влияния со стороны значимых других. Также существует опыт использования **групповой терапии**. Так проводилось сравнение эффективности лечения в формате пары и в формате группы, состоящей из нескольких пар. Стандартизованная терапия включала половое воспитание, реструктуризацию отношений и конкретные предложения по приобретению эякуляторного контроля мужчинами и увеличению диапазона оргазмического ответа женщинами. Формат группы первоначально показал тенденцию к более быстрому прогрессу, чем формат пары, но по результатам двухмесячного периода существенных различий выявлено не было. Это исследование, отмечают авторы, демонстрирует, что лечение в формате пары является экономически эффективным средством для лечения общих сексуальных проблем у мужчин и женщин [45].

В заключение следует отметить, что использование приведенных выше рекомендаций, методов и техник может быть полезно для устранения оргастических проблем.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андреас К., Андреас С. (Andreas K., Andreas S.) Измените свое мышление и воспользуйтесь результатами. Новейшие субмодальные вмешательства НЛП: Пер. с англ. – СПб.: Ювента, 1994. – 240 с.
2. Беляев Г. С. Значение аутогенной тренировки в комплексном лечении психогенного гипозрекссионного синдрома // Вопр. сексопатологии (матер. науч.-практ. конф.): Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. – М, 1969. – Т. 58. – С. 29–31.
3. Бэндлер Р. (Bandler R.) Используйте свой мозг для изменения. Нейролингвистическое программирование / Под ред. К. Андреас и С. Андреаса: Пер. с англ. – СПб.: Ювента, 1994. – 168 с.
4. Каплан Х. С. (Kaplan H. S.) Сексуальная терапия. Иллюстрированное руководство / Пер. с англ. – М.: Независимая фирма «Класс», 1994. – 160 с.
5. Копылова И. А. Аутогенная тренировка при лечении сексуальных нарушений у женщин // Вопросы сексопатологии (матер. науч.-практ. конф.): Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. – М., 1969. – Т. 58. – С. 124–125.
6. Кочарян Г. С. Аутогенная тренировка (лекция) // Здоровье мужчины. – 2011. – №4 (39). – С. 32–39.
7. Кочарян Г. С. Гипносуггестивная терапия психогенного расстройства lubricации, ассоциированного с психогенным расстройством оргазма // Вісник Харківського державного університету. Серія «Психологія, політологія». – 1999. – №439. – С. 226–229.
8. Кочарян Г. С. Гипносуггестивная терапия в сексологической практике: модели интервенций // Здоровье мужчины. – 2013. – №2 (45). – С. 84–91.

9. Кочарян Г. С. Гипносуггестивное моделирование в терапии женской половой холодности // Социально-психологические и медицинские аспекты брака и семьи. Тезисы докладов областной научно-практической конференции сексопатологов (15 мая 1987 г.). – Харьков, 1987. – С. 426–427.
10. Кочарян Г. С. Глава 10. Психоанализ // Кочарян Г. С., Кочарян А. С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. – М.: Медицина, 1994. – С. 97–102.
11. Кочарян Г. С. Глава 3. Разъяснительная и рациональная психотерапия // Кочарян Г. С., Кочарян А. С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. – М.: Медицина, 1994. – С. 23–39.
12. Кочарян Г. С. Глава 5. Гипносуггестивная терапия // Кочарян Г. С., Кочарян А. С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. – М.: Медицина, 1994. – С. 47–66.
13. Кочарян Г. С. Глава 7. Аутогенная тренировка // Кочарян Г. С., Кочарян А. С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. – М.: Медицина, 1994. – С. 68–85.
14. Кочарян Г. С. Глава 8. Поведенческая психотерапия // Кочарян Г. С., Кочарян А. С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. – М.: Медицина, 1994. – С. 85–90.
15. Кочарян Г. С. Глава 9. Секс-терапия // Кочарян Г. С., Кочарян А. С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. – М.: Медицина, 1994. – С. 90–97.
16. Кочарян Г. С. Классификации оргазма и пути его достижения // Здоровье мужчины. – 2016. – №4 (59). – С. 52–60.
17. Кочарян Г. С. НЛП: терапевтические техники. 2-е изд., испр. и доп. – М.: Эксмо, 2009. – 176 с.
18. Кочарян Г. С. Сексуальная аверсия: современный анализ проблемы // Сексология и сексопатология. – 2003. – №9. – С. 7–14.
19. Кочарян Г. С. Современная сексология. – К.: Ника-Центр, 2007. – 400 с.
20. Кочарян Г. С. Техника «десенсибилизации и переработки движениями глаз» в лечении больных с синдромом тревожного

- ожидания сексуальной неудачи // Здоровье мужчины. – 2007. – №3 (22). – С. 67–69.
21. Кочарян Г. С. Преодоление трудностей в достижении оргазма и психотерапия его расстройств // Здоровье мужчины. – 2017. – №3 (62). – С. 21–29.
 22. Кочарян Г. С. Эрогенные зоны: современные представления // Здоровье мужчины. – 2016. – №3 (58). – С. 29–36.
 23. Кочарян Г. С. Эрогенные стимулы и сексуальность. – Харьков: Изд. Рожко С. Г., 2017. – 152 с.
 24. Кочарян Г. С. Расстройства эякуляции и их лечение. – Х.: Вид-во Віровець А. П. «Апостроф», 2012. – 328 с.
 25. Кочарян Г. С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и его лечение. – Харьков: Основа, 1995. – 279 с.
 26. Кратохвил С. (Kratochvíl S.) Терапия функциональных сексуальных расстройств: Пер. с чешск. – М.: Медицина, 1985. – 159 с.
 27. Крукс Р., Баур К. (Crooks R., Baur K.) Сексуальность / Пер. с англ. – СПб.: Прайм–ЕВРОЗНАК, 2005. – 480 с.
 28. Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р. (Masters W., Johnson V., Kolodny R.) Основы сексологии / Пер. с англ. – М.: Мир, 1998. – 692 с.
 29. Михеева Н. Техника «огненного оргазма» от всемирно известного сексолога. – URL: <http://www.b17.ru/article/32904/> (дата обращения: 15.08.2015).
 30. Нельсон – Джоунс Р. (Nelson – Jones R.) Теория и практика консультирования / Пер. с англ. – СПб: Издательство «Питер», 2000. – 464 с.
 31. О сексе, женский оргазм, техника секса. Опубликовал badassadmin, сентябрь 12th 2012. – URL: <http://sexbutik.by/o-sekse/orgazm-meditatsiya.html> (дата обращения: 25.09.2016).
 32. Оргазмическая медитация: новая сексуальная мода. – URL: <http://www.marieclaire.ru/psychology/orgazm-na-lyudyah-chto-eto-i-gde-emu-uchat/> (дата обращения: 08.10.2016).
 33. Свядош. А. М. Неврозы. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1982. – 368 с.
 34. Улучшаем секс в миссионерской позиции: техника коитального выравнивания. – URL: <http://womans-w.com/post/10213> (дата обращения: 13.06.2015).

35. Упражнения Кегеля (Kegel). – URL: http://www.med-lib.ru/encik/dom_dokt/kegel.php (дата обращения: 31.07.2017).
36. Шапиро Ф. (Shapiro F.) Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз / Основные принципы, протоколы и процедуры: Пер. с англ. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998. – 496 с.
37. Энергетический оргазм – «Огненное дыхание». – URL: <http://womenswhim.ru/node/4236> (дата обращения: 15.08.2015).
38. Ярхауз М. А., Тэн Э. С. Н. (Yarhouse M. A., Tan E. S. N.) Сексуальность и психотерапия сексуальных расстройств: Пер. с англ. – Черкассы: Коллоквиум, 2016. – 371 с.
39. Anorgasmia in women Coping and support By Mayo Clinic Staff. – URL: <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/anorgasmia/basics/coping-support/con-20033544> (date of the reference: 08.05.2015).
40. Anorgasmia in women Treatments and drugs By Mayo Clinic Staff. – URL: <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/anorgasmia/basics/treatment/con-20033544> (date of the reference: 08.05.2015).
41. Bain J. A. Thought control in everyday life. – New York: Funk & Wagnalls, 1928.
42. Daedone N. Slow sex: The art and craft of the female orgasm. – New York: Grand Central Publishing, 2011.
43. Eichel E. W., Eichel J. D., Kule S. The technique of coital alignment and its relation to female orgasmic response and simultaneous orgasm // J Sex Marital Ther. – 1988. – 14 (2). – P. 129–141.
44. Everaerd W., Dekker J. A comparison of sex therapy and communication therapy: couples complaining of orgasmic dysfunction // J Sex Marital Ther. – 1981. – 7 (4). – 278–289.
45. Golden J. S., Price S., Heinrich A. G., Lobitz W. C. Group vs. couple treatment of sexual dysfunctions // Arch Sex Behav. – 1978. – 7 (6). – P. 593–602.
46. Greenson R. The technique and practice of psychoanalysis. – Vol. I. – New York, NY: International Universities Press, 1986. – 411 p. L. XXV.
47. Heiman J. R., Meston M. Empirically validated treatment for sexual dysfunction. Annual Review of Sex Research. – 1997. – 8. – P. 148–194.

48. How do you «think off»? – URL: <https://answers.yahoo.com/question/index?qid=20100719151635AAmU2O8> (date of the reference: 21.11.2016).
49. Hurlbert D. F., Apt C. The coital alignment technique and directed masturbation: a comparative study on female orgasm // *J Sex Marital Ther.* – 1995 – 21 (1). – P. 21–29.
50. Jacobson E. *Progressive Relaxation.* – Chicago: IL: University of Chicago Press, 1929.
51. Kilmann P. R., Boland J. P., Sjartus S. P., Davision E., Caird C. Perspectives of sex therapy outcome: A survey of AASECT providers // *Journal of Sex and Marital Therapy.* – 1986. – 12 (2). – P. 116–138.
52. LoPiccolo J., Stock W. E. Treatment of sexual dysfunction // *J Consult Clin Psychol.* – 1986. – 54 (2). – P. 158–167.
53. Masters W. H., Johnson V. E. *Human sexual inadequacy.* – Boston: Little, Brown and Co., 1970. – 467 p.
54. McCabe M. P. Anorgasmia in Women // *Journal of Family Psychotherapy.* – 2009. – 20 (2–3). – P. 177–197.
55. Penner J. J., Penner C. L. *Counseling for sexual disorders* (2nd ed.). Dallas: Word, 2005.
56. Penner J. J., Penner C. L. *Restoring the pleasure.* Dallas: Word, 1993.
57. ter Kuile M. M., Both S., Lankveld J. J. D. M. Cognitive behavioral therapy for sexual dysfunctions in women // *Psychiatric Clinics of North America.* – 2010. – 33. – P. 595–610.
58. «Thinking Off» or How to Have a Breath and Energy Orgasm. – URL: <http://barbaracarrellas.com/thinking-off-learning-channel-strange-sex/> (date of the reference: 21.11.2016).
59. Treatment of female orgasmic disorder. – URL: <http://fx.damagate.com/treatment-of-female-orgasmic-disorder/> (date of the reference: 09.05.2015).
60. Wolpe J. *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition.* – Stanford University Press, 1958.
61. Wolpe J. *The Practice of Behaviour Therapy* (3rd ed.). – Oxford: Pergamon Press, 1982.

ГЛАВА 10

БИОЛОГИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ РАССТРОЙСТВ ОРГАЗМА

В терапии расстройств оргазма используются различные биологически ориентированные методы, что ранее было подробно описано нами в специализированном журнале [1]. Следует отметить, что любые вещества (лекарства, биологически активные пищевые добавки), которые усиливают сексуальное влечение и возбуждение, могут положительно влиять на способность достигать оргазм. Это могут быть и адаптогены (**женьшень, пантокрин, аралия маньчжурская, родиола розовая [золотой корень], элеутерококк, китайский лимонник** и др.), и **трибестан (салютриб)**, и мн. др. средства.

Для лечения расстройств оргазма используется атипичный антидепрессант **бупропион** (зибан, велбутрин, воксра, будеприон, аплензин), который применяется для лечения никотиновой зависимости. Его основным фармакологическим эффектом является селективное ингибирование обратного захвата норадреналина и дофамина. J. G. Modell и соавт. [21] изучали влияние этого препарата в дозе 150 и 300 мг/день на сексуальную сферу лиц обоего пола. Речь шла о 20 женщинах и 10 мужчинах без признаков депрессии с задержкой или торможением оргазма, которые не были физиологически детерминированы. Последовательно назначали плацебо, затем бупропион-SR в дозе 150 мг/день, а после этого бупропион в дозе 300 мг/день (каждый этап был продолжительностью в 3 недели). У женщин наблюдалось значительное улучшение по сравнению с исходным уровнем ($p < 0,01$) при использовании обеих доз бупропиона-SR во всех измеренных аспектах сексуальной функции и значительное улучшение по сравнению с плацебо ($p < 0,05$) в общей сексуальной удовлетворенности при использовании обеих доз и удовлетворенности интенсивностью оргазма при использовании бупропиона в дозе 150 мг/день. У мужчин наблюдалось значительное улучшение по сравнению с

исходным уровнем ($p < 0,01$) при применении обеих доз в общей сексуальной удовлетворенности, способности достигать эрекции и по отношению к замедлению в достижении оргазма/эякуляции. Значительное улучшение по сравнению с плацебо ($p < 0,05$) наблюдалось в общей сексуальной удовлетворенности при использовании обеих доз, способности достигать эрекции при употреблении 150 мг/день и задержке оргазма/эякуляции при приеме 150 мг/день. Семьдесят процентов пациентов при использовании бупропиона сообщили об усилении либидо, сексуального возбуждения или оргазмической функции.

А. В. Hollander и соавт. [11] провели экспериментальное исследование эффективности **каберголина**^{*}, принимаемого по 0,5 мг два раза в неделю, в лечении мужчин с отсроченным оргазмом или аноргазмией (delayed orgasm or anorgasmia). Из 131 пациента 87 (66,4%) сообщили о субъективном улучшении оргазма (subjective improvement in orgasm), а у 44 (33,6%) такой эффект отсутствовал. Авторы пришли к заключению, что каберголин эффективен в лечении мужского оргазмического расстройства, а его эффективность, по-видимому, не зависит от возраста пациента или этиологии этого расстройства. Все же, по их мнению, необходимы проспективные рандомизированные исследования для определения истинной роли каберголина в лечении данного расстройства.

М. Akbarzadeh и соавт. [8] провели рандомизированное клиническое обследование 125 женщин в возрасте 18-40 лет с оргастическим расстройством. Они были разделены на три группы. Первая группа употребляла 4,5 г **экстракта E. angustifolia** в двух разделенных дозах в течение 35 дней, вторая – таблетки **силденафила цитрата** по 50 мг в день в течение 4 нед за один час до сексуальных отношений, а третья – плацебо. Частота оргазмического расстройства до вмешательства составляла 41,5%, 40,5% и 57,1% в

* (Каберголин [достинекс, агалатес, берголак] является агонистом дофаминовых рецепторов пролонгированного действия и обладает гипопролактинемическим действием.

первой, второй и третьей группе соответственно, а после вмешательства – 29,3%, 16,7% и 50%. Следовательно, во второй группе женщин (принимавших цитрат силденафила) отмечалось большее снижение частоты расстройств оргазма по сравнению с первой группой, в то время как в контрольной группе оно было незначимым. На основании проведенных исследований авторы пришли к выводу, что экстракт *E. angustifolia* и силденафил цитрат эффективны в снижении частоты оргазмического расстройства у женщин.

Однако отмечается, что эффективность **силденафила, тадалафила и варденафила** в терапии расстройств оргазма все же пока не подтверждена, несмотря на положительные результаты некоторых исследований [16]. То же относится к **гранисетрону** – серотонергическому противорвотному средству, использование которого имело положительные результаты [18].

Хотя **тестостерон (Т)** может дать какие-то положительные результаты для женщин в период после менопаузы, его использование сопряжено с риском [16]. Для предотвращения неблагоприятного влияния Т на уровни липопротеинов рекомендуют его совместное применение с эстрогенами [22]. Т играет важную роль для женской сексуальной функции и может помочь увеличить половое возбуждение. Тем не менее он не одобрен Управлением по контролю за продуктами и лекарствами (the Food and Drug Administration) США для применения при сексуальной дисфункции у женщин. Кроме того, Т может вызвать негативные побочные эффекты, в том числе акне (угревую сыпь), избыток волос на теле (гирсутизм) и облысение по мужскому типу. Т является наиболее эффективным для лечения женщин с его низким уровнем, ставшим результатом хирургического удаления яичников (овариэктомии) [10].

А. М. Свядоц [6] отмечает, что мужские половые гормоны (андрогены) усиливают половое влечение женщин и их способность к переживанию оргазма, что может быть обусловлено возможным их стимулирующим действием на половые центры в коре головного мозга и в подкорковых областях (лимбической системе). Эти гормоны показаны при

ретардационной и конституциональной аноргазмии, а также аноргазмии, обусловленной уменьшением количества этих гормонов в крови. «Назначают их фригидным женщинам с хорошо развитыми вторичными половыми признаками, очень женственным, с нежной кожей, у которых можно предположить избыток женских и недостаток мужских половых гормонов. Некоторые авторы рекомендуют назначать тестостерон в дозе не более 70 мг в неделю и применять его не дольше 5 недель (Габелов А. А., 1972). Другие считают возможным кратковременное назначение его до 300 мг в неделю. Мы рекомендуем принимать метилтестостерон в дозе 0,005 г 2–3 раза в день под язык в течение одного цикла, начиная с первого дня после окончания месячных и до наступления следующих, или 5 раз в день в течение 4–6 дней. Можно также назначать тестостерон-пропионат по 50 мг внутримышечно через день – всего 4 раза (Sol. Testosteroni propionici oleosae 5% – 1 ml). Для повышения эротической активности клитора рекомендуется в течение 1–2 циклов втирать в эту область мазь, содержащую небольшое количество андрогена (Sol. Testosteroni propionici ollosae 1% – 6,0 Vaselini, Lanolini aa – 15,0), и при этом стараться вызвать у себя эротическую реакцию. Мужские половые гормоны назначаются при условии достаточной насыщенности женскими. Если она недостаточна, то в первую половину цикла назначаются эстрогены и на их фоне – мужские половые гормоны. Не следует назначать андрогены свыше 300 мг на курс, даже если курс растянут на несколько менструальных циклов. Например, возможно назначение метилтестостерона по 0,005 г 2–3 раза в день под язык в течение одного цикла, либо по 0,005 мг 2 раза в день лишь во вторую половину цикла в течение 2–3 циклов, либо назначение 10%-ного тестената по 1 мл внутримышечно в первый день окончания менструации в течение трех циклов. Инъекцию можно производить и в первый день второй половины цикла. При назначении в первую половину цикла препарат несколько слабее влияет на силу полового влечения, чем при введении его во вторую, но менее вероятна возможность побочного действия. ... Мужские половые гормоны противопоказаны

женщинам, имеющим малейшие признаки вирилизма (растительность на лице по мужскому типу в сочетании с мужским тембром голоса)» [6, с. 145-146].

Было показано, что заместительная терапия **эстрогенами** положительно коррелирует с сексуальной активностью, наслаждением и фантазиями. Эффект влияния эстрогена на половое влечение является косвенным и связан с уменьшением уrogenитальной атрофии, вазомоторных симптомов и климактерических расстройств настроения (например, депрессии). Эта связь помогает предсказать, какие пациенты могут положительно реагировать на эстрогензаместительную терапию, и может объяснить, почему некоторые исследования не выявляют эстроген-опосредованное улучшение сексуального функционирования [22]. В некоторых случаях врач может назначить комбинацию эстрогена и **прогестерона** [10].

А. М. Свядош [6] присоединяется к мнению тех, кто полагает, что женские половые гормоны могут играть роль в поддержании полового чувства у женщины. Он считает возможным их недлительное применение (до одного месяца) лишь в тех случаях, когда при «фригидности» обнаруживаются явления гипооваризма. Для лечения рекомендует 0,1%-ный раствор эстрадиол-дипропионата по 1 мл через каждые трое суток во время первой половины менструального цикла (5 инъекций). С этой же целью может быть назначен фолликулин по 1 мл 0,1%-ного раствора через день (7–8 инъекций) или синэстрол (0,1%-ный раствор или таблетки). С такой же целью возможно использование октоэстрола или стильбэстрола по 1 мг один раз в день в первую половину цикла.

А. М. Свядош [6] отмечает, что при ретардационной и конституциональной фригидности (см. ниже) могут быть применены гормональные препараты, включающие одновременно как женские, так и мужские половые гормоны: венгерский препарат амбосекс (ambosex), содержащий в 1 мл 5 мг эстрадиола и 100 мг тестостерона (вводится 1 мл в масляном растворе внутримышечно раз в месяц; на курс 1–2 инъекции); порошок, содержащий 0,005 г метилтестосте-

рона, 0,002 г синэстрола, 0,3 г глюконата кальция (принимают по одному порошку 3 раза в день в течение первой половины менструального цикла).

При расстройствах оргазма у женщин рекомендуют употребление **L-аргинина** [9] и пищевых добавок, которые его содержат. L-аргинин – **условно незаменимая аминокислота**, т. е. он может синтезироваться в организме, однако с возрастом эта способность уменьшается, а значение этого вещества для организма настолько велико, что ученые относят его к условно незаменимым. L-аргинин называют **«веществом молодости»**, так как эта аминокислота участвует в синтезе многих гормонов у человека. Он также является строительным материалом, из которого **синтезируются белки и ферменты**. При недостаточности аргинина организм быстро стареет. Он способен увеличить силу и продолжительность кровенаполнения половых органов (как у мужчин, так и у женщин), продлевает время полового акта, усиливает приятные ощущения при сексе и делает оргазм более продолжительным и глубоким. L-аргинин **улучшает эрекцию, в частности за счет** повышения продукции NO, и **усиливает сперматогенез**, что используется для лечения бесплодия у мужчин. Семенная жидкость очень богата L-аргинином. Низкое содержание аргинина в организме у мужчин может приводить к «импотенции», у женщин – снижать либидо, а у детей замедлять половое созревание [7].

Т. Y. Ito и соавт. [13] провели исследование, в котором участвовало 77 женщин в возрасте старше 21 года, желающих улучшить свою сексуальную функцию. Они были разделены на 2 группы. Первая группа (34 чел.) принимала ArginMax для женщин – пищевую добавку, которая, помимо L-аргинина, содержит экстракт женьшеня, гинкго билоба, дамиану, поливитамины и минералы. Вторая группа (контрольная), которая получала плацебо, состояла из 43 чел. Спустя 4 нед у 73,5% лиц основной группы имело место достоверное улучшение удовлетворенности во всех аспектах их половой жизни по сравнению с 37,2% лиц контрольной группы ($p < 0,01$). Заметное улучшение было отмечено в отношении полового влечения, уменьшения вагинальной су-

хости, частоты половых актов и оргазма, а также чувствительности. Существенных побочных эффектов выявлено не было.

Т. У. Ito и соавт. [12] продолжили исследование эффективности этой пищевой добавки. Речь уже шла о 108 женщинах в возрасте от 22 до 73 лет. Из них 55 составили основную группу, а 53 плацебо-группу. Результаты данного исследования также свидетельствовали об активирующем влиянии ArginMax на сексуальную сферу женщин. Авторы отмечают, что поскольку пищевая добавка ArginMax для женщин не проявляет активности эстрогенов, она может быть желательной альтернативой гормональной терапии сексуальных проблем.

Для облегчения достижения оргазма у женщин А. М. Свядоц [6] рекомендует физиотерапию, которая выполняет лишь вспомогательную роль и должна включаться в комплексное лечение расстройств оргазма. Целью физиотерапевтических процедур в этом случае является усиление кровообращения в генитальной области, что способствует эротизации. К ним относятся «горячие влагалищные души (температура 42–45 °С) или орошение минеральными водами, особенно нарзаном, нарзанные ванны, горячие тазовые ванны, грязелечение («трусички» + влагалищные тампоны), а также диатермия половых органов (диатермия вагинальная – 12 сеансов по 20 минут ежедневно в первые 12 дней после окончания менструации), дарсонвализация наружных половых органов – 12 сеансов через день. Гипертрофия матки – абсолютное противопоказание для тепловых процедур» [6 с. 146-147].

В подавляющем числе случаев оргазм у мужчин связан с эякуляцией. Поэтому устранение анэякуляции может привести к его появлению. В обзоре А. Kamischke, E. Nieschlag [14], который представлен в нашей книге «Расстройства эякуляции и их лечение» [2], где приведены данные 36 исследований, касающихся пациентов с ретроградной эякуляцией (РЭ), и 40 исследований, в которых речь шла о больных с анэякуляцией (АЭ), медикаментозное лечение АЭ проводили следующим образом. Для пациентов, страдающих АЭ, у

которых отсутствовали повреждения спинного мозга, лекарственная терапия велась почти исключительно альфа-агонистами (имипрамин, эфедрин, псевдоэфедрин). Только один автор проводил лечение одного спинального больного, причем безуспешно, при помощи альфа-агонистов (Levine&Fakouri, 1998).

По контрасту, парасимпатомиметики (антагонисты ацетилхолина), такие как физостигмин и неостигмин, почти эксклюзивно использовались у пациентов с АЭ, последовавшей после травмы спинного мозга. Только один пациент с идиопатической АЭ был пролечен физостигмином (Vanderschueren et al., 1998). Частые побочные эффекты после приема альфа-агонистов были сравнимы с таковыми при лечении РЭ. Для лечения АЭ, вызванной спинномозговой травмой, на ранних стадиях использовались интратекальные (под оболочки спинного мозга) введения неостигмина. В стандартных дозах физостигмин имеет потенцирующий эффект для возникновения ряда вегетативных дисрефлексий у мужчин с повреждениями выше T_{VI} (Linsenmeyer&Perkash, 1991), включающих тошноту, рвоту, абдоминальный дискомфорт, диарею, ортостатическую гипотензию в течение часа после эякуляции. Превентивное назначение N-бутилгиоцин бромида, ингибитора периферической парасимпатической нервной системы, метоклопрамида или атропина за 10–30 мин до лечения парасимпатомиметиками уменьшает эти неблагоприятные эффекты, благоприятствуя центральному действию физостигмина, и поэтому может быть рекомендовано (Jesionovska&Hemmings, 1991). Также сообщается (Brackett, 1999; Kamischke&Nieschlag, 1999), что физостигмин и неостигмин с равным эффектом использовались для лечения больных с АЭ, у которых имели место повреждения спинного мозга как выше, так и ниже T_{11} , вызванные его травмами. Тем не менее отмечается, что неостигмин должен выйти из употребления вследствие ряда побочных эффектов. Другие авторы (Linsenmeyer&Perkash, 1991) также сообщают, что физостигмин имеет серьезные побочные эффекты. Для их ослабления перед его применением (1–2 мг) рекомендуют

превентивно назначать 20–40 мг бутилгиоцина бромиды и осуществлять мониторинг симптомов вегетативной дисрефлексии у пациентов с повреждениями спинного мозга [14].

При мета-анализе проведенных исследований мидодрин (гутрон) показал существенно лучшие результаты, чем имипрамин, псевдоэфедрин и эфедрин. Не было существенных различий в эффективности физостигмина и неостигмина, а также между ответом на альфа-агонисты в зависимости от диагноза. У спинальных больных, пролеченных парасимпатомиметиками, не было различий в ответе на лечение при сравнении пациентов, имеющих повреждение от T₁₁ и выше, а также ниже T₁₁ [14].

Характеризуя далее лечение больных с АЭ, A. Kamischke и E. Nieschlag [14] сообщают, что оно отличается в зависимости от вызывающих ее причин. У пациентов без повреждений спинного мозга альфа-агонисты могут использоваться в качестве средств первого выбора, так как только они могут быть предложены как шанс для получения эякулята естественным путем. Имипрамин не является препаратом выбора для устранения АЭ, так как значительно уступает мидодрину. Поэтому мидодрин следует считать препаратом первого выбора у пациентов с АЭ без спинальных повреждений. Хотя в целом результаты лечения являются удовлетворительными, пропорция пациентов с антеградной (нормальной) эякуляцией после применения мидодрина остается низкой (18%). Если нет антеградной или ретроградной эякуляции после лечения мидодрином у пациентов без повреждений спинного мозга, эякуляция может быть достигнута массажем простаты, EVS (электровибростимуляцией) и EE (электроэякуляцией). В качестве последнего средства может быть предложено хирургическое вмешательство.

В последние годы массаж простаты предлагался как альтернатива таким уже упрочившимся методам, как EVS и EE. Хотя общие результаты остаются ниже, чем при EVS или EE (Brackett, 1999; Kamischke&Nieschlag, 1999), простота метода, низкий уровень побочных эффектов и низкая стоимость оправдывают эти терапевтические попытки [14].

Вследствие возможных побочных эффектов медикаментозное лечение АЭ у спинальных больных не может быть рекомендовано как терапия первого выбора. В противовес вышеизложенному сообщается, что хотя массаж простаты и предлагался как альтернатива EVS и EE, от него отказались, так как пока только один спинальный больной был пролечен этим методом (Marina и соавт., 1999). Более того, массаж простаты может вызвать симптомы дисрефлексии, требующие медикаментозного прикрытия у пациентов с повреждением спинного мозга выше T_{VI}. Поэтому в настоящее время пенильную EVS следует использовать в качестве первого выбора для лечения АЭ у спинальных больных. Вместе с тем отмечается, что при применении EE качество спермы лучше, а побочные эффекты меньше (Brackett, 1999; Kamischke&Nieschlag, 1999). Однако наступление беременности при использовании вспомогательных репродуктивных технологий чаще наблюдается у пациентов при использовании EVS, а не EE (Kamischke&Mieschlag, 1999). Так как EE более результативна для получения эякулята, то она может быть использована в тех случаях, когда пенильная EVS оказывается безуспешной (Lochner-Ernst и соавт., 1997; Souksen и соавт., 1997; Kamischke&Nieschlag, 1999). Если эти и другие методы получения спермы оказываются неэффективными, следует прибегнуть к хирургическому ее получению вместе с инъекцией сперматозоида в яйцеклетку (ИКСИ) (Hovata&von Smitten, 1983; Lochner-Ernst и соавт., 1997; Kamischke&Nieschlag, 1999) [14].

В рекомендациях Европейской ассоциации урологов [4] отмечается, что медикаментозное лечение и психотерапия АЭ, вызванной нейропатией или предшествующим оперативным вмешательством (лимфаденэктомия), не всегда эффективны. В этих случаях, а также у пациентов с повреждением спинного мозга, методом выбора является вибрационная стимуляция полового члена. В случае АЭ вибрационная стимуляция полового члена активирует эякуляторный рефлекс. Для проведения вибрационной стимуляции обязательным условием является отсутствие повреждения на уровне люмбосакрального участка спинного мозга. Если по-

вреждение локализовано выше сегмента T₁₀, шансы на успех достаточно высокие. Следует отметить, что при тотальной АЭ Н. J. Vogt (1978) с успехом использовал вибратор. По его данным, из 43 мужчин, у которых эякуляция отсутствовала, при первой стимуляции вибратором она восстановилась примерно у половины пациентов, а у остальных – через несколько сеансов. Стимуляция сначала продолжается 10–15 мин (максимально 30), в дальнейшем ее сокращают до 5 мин [по 3].

Снижение или отсутствие болевой и температурной чувствительности кожи полового члена и мошонки при сохранных сухожильных и бульбокавернозных рефлексах позволяет надеяться на получение эффекта от вибростимуляции. Неблагоприятен прогноз при повреждении ниже T₁₀ в сочетании с периферическими параличами. Пациентам с признаками вегетативной дисфункции необходимо проводить премедикацию 10–20 мг нифедипина сублингвально. Мочевой пузырь должен быть опорожнен перед манипуляцией. Вибратор располагается вокруг головки полового члена, вибрация проводится с амплитудой 1–3 мм и частотой 80–100 Гц. Эякуляция обычно происходит на 10 минуте и сопровождается спастическими сокращениями мышц ног и передней брюшной стенки. Процедура проста и безопасна, и после обучения пациент может продолжать лечение на дому. В дальнейшем сперма может использоваться для внутриматочной инсеминации или ИКСИ [4].

Если вибростимуляция оказывается неэффективной, то методом выбора является электростимуляция эякуляции. Под электростимуляцией эякуляции подразумевается раздражение электрическим током перипростатических нервов посредством зонда, введенного через прямую кишку. Для проведения этой манипуляции требуется достаточная подготовка специалиста. Осложнениями использования данной методики могут быть вегетативная гиперрефлексия и проктиты. Требуется проведение анестезии, за исключением случаев полного пересечения спинного мозга. Во время процедуры пациенту постоянно измеряют давление, мочевой пузырь опорожняется через катетер, а его стенки обра-

батываются раствором Na^m-10. Предварительно проводится аноскопия для оценки состояния слизистой оболочки прямой кишки. Вводится зонд и располагается непосредственно над предстательной железой. Зонд должен находиться в постоянном контакте с термодатчиком и металлическими электродами. Стимуляция продолжается 5–7 минут и в 90% случаев завершается эякуляцией, которая бывает ретроградной у трети пациентов. Если электростимуляция эякуляции оказывается неэффективной или не может быть произведена, применяется аспирация спермы из семявыносящих протоков, смыв из семявыносящего тракта. В случае эпидидимальной обструкции или секреторного бесплодия методом выбора является проведение TESE (testicular sperm extraction; извлечение сперматозоидов из яичка) [4].

Следует подчеркнуть, что при кортикальной дисфункции с торможением эякуляторного центра рекомендуют галантамин, а при торможении спинального центра эякуляции – диатермию поясничной области [5].

В тех случаях, когда анэякуляция или ослабление оргазма у мужчин обусловлены гипогонадизмом (недостаточной выработкой тестостерона), возникает необходимость в назначении андрогенов.

Необходимо отметить, что в настоящее время существует опыт использования ряда фармакологических средств для терапии заторможенного оргазма, обусловленного приемом антидепрессантов, относящихся к селективным ингибиторам обратного захвата серотонина (СИОЗС). Однако в подавляющем большинстве контролируемых исследований положительные эффекты не превышали таковые в контрольных группах. Так, D. Michelson и соавт. [19] оценили эффективность **буспирона** и **амантадина** в лечении сексуальной дисфункции (нарушение оргазма или сексуального возбуждения), связанной с назначением флуоксетина. Женщины, которые успешно лечились флуоксетином в течение по крайней мере 8 нед, сообщили об ухудшении сексуальной функции. После оценки их состояния в течение 4 нед, они были случайным образом распределены в 3 группы, где в течение 8 нед им соответственно назначали

буспирон (N = 19), амантадин (N = 18) или плацебо (N = 20). Суточная доза буспирона составила 20 мг, а амантадина 50 мг. Результаты оценивались с использованием ежедневно заполняемого испытуемыми дневника и структурированного интервью, проводимого клиницистом. В то время как женщины, получавшие амантадин, сообщали о значительном улучшении «уровней энергии» («energy levels») по сравнению с женщинами в группе плацебо, во всех группах отмечалось улучшение сексуальной функции как в целом, так и по большинству ее отдельных критериев. Статистически значимых различий между тремя группами выявлено не было. Таким образом, буспирон и амантадин не были более эффективны, чем плацебо, в уменьшении сексуальной дисфункции, связанной с приемом антидепрессанта. Во время лечения женщины во всех группах испытывали заметное неспецифическое улучшение, что, по мнению авторов, свидетельствует о важности плацебо-контролируемых исследований. Однако при использовании буспирона в более высоких дозах отмечалось минимально значимое по сравнению с плацебо ослабление сексуальных побочных эффектов у женщин, принимающих антидепрессанты циталопрам или пароксетин, которые относятся к группе СИОЗС [23].

В рандомизированном двойном слепом параллельном плацебо-контролируемом исследовании **миртазапина** (15 мг/день), **йохимбина** (5,4 мг/день), **оланзапина** (0,25 мг/день) или плацебо при флуоксетин-индуцированной сексуальной дисфункции D. Michelson и соавт. [20] не обнаружили значительного улучшения в оргастической способности от применяемых лекарств по сравнению с плацебо у 107 женщин с нарушением оргазма или вагинальной lubricации. В. J. Kang и соавт. [15] не выявили статистически значимого отличия в воздействии в группе, получавшей **Ginkgo biloba** (N = 19), по сравнению с плацебо-группой (N = 18) у женщин с СИОЗС-индуцированной сексуальной дисфункцией. Положительные эффекты, которые наблюдались в отношении сексуальной функции в обеих группах, свидетельствовали о важности плацебо-эффекта.

С. М. Meston [17] провел исследование, цель которого состояла в том, чтобы определить, действительно ли **эфедрин** (агонист альфа- и бета-адреноблокаторов, который, как ранее было выявлено, демонстрировал усиление генитального кровотока у женщин) оказывает благотворное влияние на сексуальные дисфункции, вызванные приемом антидепрессантов. Девятнадцать сексуально дисфункциональных женщин, получавших флуоксетин, сертралин или пароксетин, участвовали в восьминедельном двойном слепом плацебо-контролируемом перекрестном исследовании влияния эфедрина (50 мг) на восстановление сексуального желания, возбуждения, оргазма и сексуального удовлетворения. Хотя значительное улучшение сексуального желания и интенсивности оргазма/удовольствия отмечалось при приеме 50 мг эфедрина за 1 ч до сексуальной активности по сравнению с исходным уровнем, значительное улучшение этих показателей, а также сексуального возбуждения и оргазмической способности имело место и в плацебо-группе. В связи с этим автор подчеркивает важность проведения плацебо-контролируемых исследований.

Следует подчеркнуть, что в ряде случаев даже при высокой квалификации врача и адекватном лечении около 5% женщин с первичной аноргазмией не могут быть вылечены, так как у некоторых из них, вероятно, имеет место конституционально обусловленная неспособность к переживанию оргазма [24].

Необходимо отметить, что на постсоветском пространстве широко распространена классификация расстройств женского оргазма, предложенная А. М. Свядоцем [6], который выделяет ретардационную (обусловленную задержкой сексуального развития), психогенную (детерминированную влиянием неблагоприятных психогенных факторов), симптоматическую (являющуюся одним из проявлений существующих других патологий) и конституциональную (врожденная недостаточность психосексуальных функций) аноргазмию («фигидность»). Естественно, что лечение при этих формах будет различаться. Вместе с тем необходимо учитывать возможность существования различных смешанных

вариантов расстройств оргазма, что диктует необходимость адекватно составленной в каждом конкретном случае терапевтической программы.

В заключение следует отметить, что для лечения расстройств оргазма и преодоления трудностей в его достижении используются различные техники, психотерапевтические методы и биологические средства, которые позволяют при правильно выбранной стратегии и тактике в значительном числе случаев достигнуть положительных результатов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кочарян Г. С. Биологическая терапия расстройств оргазма // Здоровье мужчины. – 2017. – №3 (62). – С. 61–65.
2. Кочарян Г. С. Расстройства эякуляции и их лечение. – Х.: Вид-во Віровець А. П. «Апостроф», 2012. – 328 с.
3. Кратохвил С. (Kratochvíl S.) Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний / Пер. с чешск. – М.: Медицина, 1991. – 336 с.
4. Нарушение эякуляции. – URL: <http://norm-urolog.narod.ru/nar.html> (дата обращения: 10.08.2017).
5. Преждевременное семяизвержение. – URL: http://diagnos.ru/diseases/masculina/quick_eaculatio (дата обращения: 11.03.2011).
6. Свядоц А. М. Женская сексопатология. 5 изд., перераб. и допол. – Кишинев: Штиинца, 1991. – 184 с.
7. Функциональное действие L-Аргинина. – URL: <https://goodhealth.kiev.ua/l-arginine-500-mg-100/> (дата обращения: 08.08.2017).
8. Akbarzadeh M., Zeinalzadeh S., Zolghadri J., Mohagheghzadeh A., Faridi P., Sayadi M. Comparison of *Elaeagnus angustifolia* Extract and Sildenafil Citrate on Female Orgasmic Disorders: A Randomized Clinical Trial // J Reprod Infertil. – 2014. – 15 (4). – P. 190–198.
9. Anorgasmia in women Alternative medicine By Mayo Clinic Staff. – URL: <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/>

- anorgasmia/basics/alternative-medicine/con-20033544 (date of the reference: 08.05.2015).
10. Anorgasmia in women. Treatments and drugs By Mayo Clinic Staff. – URL: <http://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/anorgasmia/basics/treatment/con-20033544> (date of the reference: 08.05.2015).
 11. Hollander A. B., Pastuszak A. W., Hsieh T. C., Johnson W. G., Scovell J. M., Mai C. K., Lipshultz L. I. Cabergoline in the Treatment of Male Orgasmic Disorder – A Retrospective Pilot Analysis // *Sex Med.* – 2016. – 4 (1). – P. 28–33.
 12. Ito T. Y., Polan M. L., Whipple B., Trant A. S. The enhancement of female sexual function with ArginMax, a nutritional supplement, among women differing in menopausal status // *J Sex Marital Ther.* – 2006. – 32 (5). – P. 369–378.
 13. Ito T. Y., Trant A. S., Polan M. L. A double-blind placebo-controlled study of ArginMax, a nutritional supplement for enhancement of female sexual function // *J Sex Marital Ther.* – 2001. – 27 (5). – P. 541–549.
 14. Kamischke A., Nieschlag E. Update on medical treatment of ejaculatory disorders // *International Journal of Andrology.* – 2002. – 25 (6). – P. 333–344.
 15. Kang B. J., Lee S. J., Kim M. D., Cho M. J. A placebo-controlled, double-blind trial of Ginkgo biloba for antidepressant-induced sexual dysfunction // 2002. – 17 (6). – P. 279–284.
 16. Meana M. Sexual dysfunction in women. – Cambridge, MA: Hogrefe, 2012.
 17. Meston C. M. A randomized, placebo-controlled, crossover study of ephedrine for SSRI-induced female sexual dysfunction // *J Sex Marital Ther.* – 2004. – 30 (2). – P. 57–68.
 18. Meston C. M., Hull E., Levin R. J., Sipski M. Disorders of orgasm in women // *J Sex Med.* – 2004 – 1 (1). – P. 66–68.
 19. Michelson D., Bancroft J., Targum S., Kim Y., Tepner R. Female sexual dysfunction associated with antidepressant administration: a randomized, placebo-controlled study of pharmacologic intervention // *Am J Psychiatry.* – 2000. – 157 (2). – P. 239–243.
 20. Michelson D., Kociban K., Tamura R., Morrison M. F. Mirtazapine, yohimbine or olanzapine augmentation therapy for

- serotonin reuptake-associated female sexual dysfunction: a randomized, placebo controlled trial // *J Psychiatr Res.* – 2002. – 36 (3). – P. 147–152.
21. Modell J. G., May R. S., Katholi C. R. Effect of bupropion-SR on orgasmic dysfunction in nondepressed subjects: a pilot study // *J Sex Marital Ther.* – 2000. – 26 (3). – P. 231–240.
 22. Phillips N. A. Female Sexual Dysfunction: Evaluation and Treatment // *Am Fam Physician.* – 2000. – 62 (1). – P. 127–136.
 23. Treatment of female orgasmic disorder. – URL: <http://fx.damagate.com/treatment-of-female-orgasmic-disorder/> (date of the reference: 09.05.2015).
 24. Williams N., Leiblum S. *Glob. libr. Women's med.*, (ISSN: 1756-2228) 2008; DOI 10.3843/GLOWM.10432

Глава 11

ИМИТАЦИЯ ОРГАЗМА

Как известно, оргазм может быть как истинным, так и ложным (имитируемым, симулируемым, фальсифицируемым). Мы поставили перед собой цель разобраться в проблеме имитируемого оргазма, проанализировав ее с различных сторон [21]. Статистика утверждает, что от 63 до 92 процентов всех женщин хотя бы однажды прибегали к имитации оргазма [2]. Более того, оказалось, что 26% женщин подделывают оргазм каждый раз, когда они занимаются сексом [48], что превышает 25% женщин, которые регулярно сообщают об истинном оргазме во время полового акта [41]. Однако выяснилось, что оргазм симулируют не только женщины, но и мужчины. Хотя делают это они гораздо реже. Вполне естественно, что существуют различные данные о частоте симуляции оргазма, что зависит от конкретного исследования.

Частота имитации

Опрос 1501 американцев показал, что 48% женщин и 11% мужчин имитируют оргазм [57]. В другом исследовании американские ученые, опросив 280 студентов, пришли к шокирующим выводам: 68% женщин и 28% мужчин симулируют оргазм. При этом только 10% мужчин и 3% женщин думают, что их партнеры иногда делают это [33]. Согласно опросу, проведенному в США в 2000 г., 74% женщин и 27% мужчин когда-либо прибегали к имитации оргазма [15].

Опросы AskMen 2012 и AskWomen, проведенные на сайте AskMen.com и сайте женского образа жизни TresSugar, выявили частоту имитации оргазма. В опросе, в котором приняли участие 49000 мужчин и 1000 женщин, по данным представителя AskMen.com, 54% женщин сообщили о том, что они симулируют оргазм, а 26% заявили, что они делают это каждый раз, когда занимаются сексом. 34% мужчин сказали, что они хотя бы однажды имитировали оргазм. Согласно исследованию, опубликованному в ноябре 2010 года

в Journal of Sex Research (Журнал сексуальных исследований), 50% женщин и 25% мужчин сообщили об имитации оргазма во время сексуальной активности [52].

Как свидетельствуют данные, также нашедшие отражение в Journal of Sex Research, при опросе 281 студента Канзасского университета было выявлено, что 67% женщин и 28% мужчин имитировали оргазм [44]. Американский журнал New York Magazine, Science of Us сообщил об одном исследовании, согласно результатам которого среди опрошенных студентов 76% лиц женского пола и 41% лиц мужского пола свидетельствовали о том, что они хотя бы однажды подделывали оргазм [53].

Charlene L. Muehlenhard и Sheena K. Shippee [49] сообщают, что ими было опрошено 180 мужчин и 101 женщина – учащиеся колледжа. Из них у 85% мужчин и у 68% женщин имели место интравагинальные сношения (ИВС). Как мужчины (25%), так и женщины (50%) сообщили об имитации оргазма (28% и 67% соответственно среди лиц с опытом ИВС). Большинство лиц имитировали оргазм во время ИВС, но некоторые притворялись во время орального секса, стимуляции рукой и телефонного секса.

Vanessa Howe (Ванесса Хау), основатель и генеральный директор компании Howe Brand, утверждает, что более 80% женщин в своей жизни фальсифицировали оргазм [42]. В исследовании, результаты которого были опубликованы в журнале Archives of Sexual Behavior (Архив сексуального поведения) в 2011 г., было установлено, что 80% женщин подделывают оргазм. Более 25% заявили, что использовали для подделки «вокализацию» (издавали различные звуки), а 90% заявили, что они делали это только тогда, когда понимали, что не смогут достичь оргазма [60]. В другой публикации отмечается, что в зависимости от того, с результатами какого исследования вы знакомитесь, от 50 до 80% женщин подделывают оргазм [45].

В 2010 г. в университете штата Канзас (США) при опросе студентов мужского и женского пола 10% мужчин признались, что симулируют оргазм, а половина из них заявили, что они делали это потому, что не хотели причинять вред

чувствам своего партнера [48]. Результаты другого опроса (2010 Men's Health Survey), проведенного в 2010 г. среди 2000 мужчин и женщин, выявили, что 17% мужчин притворяются. Британская газета The Sun сообщает, что каждый пятый мужчина в постели имитирует оргазм. Эти выводы сделаны на основе опроса, который проводился ежедневным шоу This Morning, выходящим на британском телевидении. Обычно, отмечается в газете, в симуляции оргазма обвиняют женщин, однако исследование, в котором участвовали 1750 мужчин и женщин, выявило, что 19% мужчин имитируют оргазм с партнершей [25]. Одной из известных компаний – производителей презервативов было проведено исследование, которое показало, что 20% мужчин имитируют оргазм [31]. Другое исследование выявило, что поддельный оргазм имеет место у 25% мужчин [47].

Канадские ученые провели исследование, которое шокировало общественность: 43% опрошенных мужчин сознались, что систематически имитируют оргазм [3]. Согласно исследованиям, опубликованным в журнале Sexual and Relationship Therapy, у женщин нет монополии на поддельные оргазмы. Было опрошено 458 мужчин в возрасте от 18 до 29 лет. Примерно 50% мужчин признались, что за последние 4 мес притворялись хотя бы один раз [39].

Интерес представляют данные, свидетельствующие о том, что подчас имитируемые оргазмы принимаются за «чистую монету». Так, отмечается, что в ходе одного национального исследования 85% мужчин заявили, что их партнерша испытывает оргазм при половом акте, в то время, как только 64% женщин сообщили о его возникновении [13].

Р. Крукс и К. Баур (R. Crooks, K. Baur) [24] сообщают, что проведенный в ходе одного исследования опрос показал, что 75% женщин, когда-либо симулировавших оргазм, делали это до 50 раз в течение своей жизни, а около 10% симулировали оргазм постоянно (Ellison, 2000). Также они приводят таблицу, где отражены данные о частоте имитации оргазма студентами колледжа в зависимости от пола и сексуальной ориентации, полученные в ходе другого исследования (Elliott & Brantley, 1997).

Ответы студентов колледжей на вопрос: «Симулировали ли вы когда-либо оргазм?»

	Гетеросексуальные женщины, %	Лесбиянки или бисексуальные женщины, %	Гетеросексуальные мужчины, %	Гомосексуалы или бисексуальные мужчины, %
Да	60	71	17	27
Нет	40	29	83	73

Частота имитации оргазма зависит от возраста, образования и др. факторов. Отмечается, что, так как сексуальность мужчин выше в молодости, а у женщин достигает пика в среднем возрасте, то чем моложе мужчина, тем реже он имитирует удовольствие в постели. Соответственно, женщины реже всего имитируют наслаждение в среднем возрасте [5]. Также обнаружено, что при прочих равных условиях образованные мужчины и женщины имитируют наслаждение чаще (и это статистически значимо), чем необразованные [5]. Помимо этого, сообщается, что одинокие женщины чаще имитируют оргазм [54].

В одном исследовании была проверена гипотеза, согласно которой имитация оргазма женщинами является частью более широкой стратегии удерживания ими супругов/партнеров. Данные опроса 453 гетеросексуальных женщин (средний возраст 21,8 г.), находящихся в долгосрочных отношениях (средняя продолжительность 32,8 мес), полученные в юго-восточной части США, свидетельствовали, что женщины, у которых был более высокий риск неверности партнера, чаще сообщали о ложном оргазме, а также отмечали, что у них имеют место и другие поведенческие проявления, направленные на удерживание супругов/партнеров. Таким образом, имитируемый оргазм может быть частью более широкой стратегии удерживания супругов/партнеров, осуществляемой женщинами, которые ощущают больший риск неверности со стороны партнера [46].

Charlene L. Muehlenhard отмечает, что притворный оргазм, по-видимому, менее вероятен при однополых отношениях, потому что большая часть «пробела» в оргазмах связана с интравагинальным половым актом (ИПА), особенно при недостаточной стимуляции клитора. Поэтому некоторые женщины, не испытывая истинного оргазма при ИПА, прибегают к его имитации. По словам этого автора, у многих людей существуют нереалистичные завышенные ожидания относительно возможности ИПА вызывать оргазм у женщин [44].

Причины, побуждающие женщин к имитации

Среди этих причин у женщин называют следующие:

1. Трудности с получением оргазма или его отсутствие при интравагинальном коитусе. Обычно оргазм имитирует женщина, у которой есть систематические трудности с получением оргазма. Если оргазм приходит легко и естественно, то его не нужно имитировать [34; 38].

2. Усталость женщины (может исключить возможность испытать оргазм при половом акте) [12; 27; 30; 32; 50; 54].

3. Эмоциональное напряжение и озабоченность в связи с какой-то стрессовой ситуацией (могут препятствовать достижению оргазма при половом акте).

4. Временные сбои в состоянии здоровья (головная боль и т. п.), что может исключить возможность наступления оргазма при коитусе.

5. Нежелание разочаровывать или обижать своих партнеров (Darling & Davidsonm, 1986; Ellison, 2000). К этому может побуждать реальное или воображаемое давление, заставляющее женщин «демонстрировать свой уровень» [24]. О причине имитации оргазма женщиной из-за боязни оскорбить своих партнеров сообщается и в другой публикации [52]. Давление со стороны партнера может быть обусловлено его представлением, что у женщины должен обязательно наступить оргазм [38].

6. Желание сделать своего партнера счастливым. Это может быть способом, повышающим его самооценку, так как многие мужчины оценивают свою способность довести

женщину до оргазма как свидетельство собственной мужественности [53].

7. Нежелание показать незаинтересованность в сексе [61].

8. Желание поскорее закончить половой акт [12; 24; 36; 62].

9. Неэффективная коммуникация или недостаточная осведомленность о сексуальных техниках [24].

10. Потребность в одобрении со стороны партнера [24].

11. Желание таким способом скрыть факт ухудшения отношений (Ellison, 2000; Lauersen & Graves, 1984) [24].

12. Стремление спровоцировать партнера завершить половой акт, который дискомфортен для женщины, и при этом исключить возникновение у мужчины тревожных мыслей, что он не может ее удовлетворить [35]. Исследование 2016 г. показало, что женщины могут подделывать оргазм, чтобы ускорить наступление оргазма у своего партнера и завершить половой акт, который для нее неприемлем и нежелателен [53].

13. Чтобы не портить общую картину: мужчина вот-вот закончит, а женщине до оргазма еще далеко [16].

14. Установка на «счастливый» конец. В таком подходе женщина, так же как и мужчина, считает, что половой акт должен увенчаться оргазмом [54].

15. Разочарование мужчиной (мужчина настолько разочаровал женщину, что она решает, что этот половой акт будет финальным аккордом в их взаимоотношениях, а партнер, как назло, настроен на длительный марафон) [16].

16. Страх потерять любовника [16].

17. Страх показаться фригидной [12; 36].

18. Боязнь обидеть мужчину отказом при отсутствии желания совершить половой акт, что может исключить наступление у женщины истинного оргазма. «Типичная ситуация: мужчина устроил замечательный романтический ужин или сделал приятный подарок, а у женщины просто нет настроения. «Он же не виноват, он так старался» – думает женщина и награждает мужчину сексом. Но, поскольку изначально

желания интимной близости у нее не было, она симулирует оргазм» [8].

19. Желание произвести неизгладимое впечатление в постели на нового партнера. Во время первого интимного свидания не всегда можно полностью расслабиться, влюбленные не слишком хорошо знают, как доставить друг другу удовольствие, или же новый партнер вообще разочаровывает своими действиями [27].

20. Боязнь, что мужчина начнет изменять [32].

21. Желание вознаградить партнера («Он ведь действительно старается, значит, надо его вознаградить») [9; 49].

22. Вера, что это укрепит отношения [9].

23. Чтобы быть «как все». «Не все знают, что если ты не получаешь оргазма от секса с проникновением, то ты и есть «как все». Только 30% женщин удается кончить во время вагинального секса. Остальным требуется стимуляция клитора» [9].

24. По привычке. «Бывает, что трудно остановиться. Ты оказываешься в ловушке: если перестать симулировать, он решит, что что-то случилось. А честно сказать, что ты врала все это время, – совсем глупо. Вот и приходится продолжать, пока все не запутается окончательно» [9].

25. Боязнь негативной реакции партнера, если он узнает, что женщина не испытывает оргазм [9].

26. Страх быть отвергнутой и непонятой [11].

27. Затруднение в получении оргазма партнером (он не включен, находится в состоянии стресса, чувствует усталость. В этих случаях фальшивый оргазм помогает быстрее прекратить секс, не заставляя партнера чувствовать себя плохо [62].

28. Боязнь ущемить самолюбие мужчины [49].

29. Боязнь женщины, что если она будет испытывать оргазм с мужчиной и благодаря ему, то станет от него зависимой. «Это некая сдача: сейчас она контролирует ситуацию, а потом контроль придется отдать, потому что это очень большое доверие, и ей очень-очень страшно. Но это значит, что она пришла к тому моменту жизни, к тому моменту развития, когда надо эту задачу решать, ведь именно там, в до-

верии и во всём, что следует за ним, самое счастье, развитие и удовольствие для женщины» [34].

30. Повышение самооценки партнера [14].

31. Симуляция оргазма для достижения истинного оргазма. Женщин это настолько возбуждает, что следом за имитируемым оргазмом следует реальный [12].

32. Поддельный оргазм также может быть методом удержания супруга/партнера. Исследование показало, что женщины, которые чувствуют большой риск неверности со стороны своего партнера, сообщают о большем количестве имитируемых оргазмов [46]. Отмечается, что такое поведение было бы полезно женщине для сохранения долгосрочного партнерства, поскольку партнеры женщин, у которых имеют место частые оргазмы, сообщают о более высоком уровне удовлетворенности отношениями по сравнению с теми случаями, когда у женщин оргазм часто отсутствует [46].

33. Одной из причин, которая может побудить женщин к симуляции оргазма, может быть его отсутствие психогенного или органического происхождения [23], что требует обращения за медицинской помощью. Также известно, что не менее, чем в 5% случаев (иногда указывают и более высокий процент), речь идет о женщинах, которые никогда и ни при каких обстоятельствах (вагинальный половой акт, стимуляция половых органов мужчиной с помощью рук и языка, мастурбация, эротические сновидения) не способны достичь оргазма, а проводимое лечение не может решить эту проблему. Если дело обстоит именно так, то, по нашему мнению, имитация оргазма может быть оправдана. К нам по поводу невротического расстройства обратилась 39-летняя женщина с такой патологией, мать двоих детей, которая в течение всей своей половой жизни постоянно имитирует оргазм.

34. С эволюционной точки зрения женщины могут имитировать оргазмы, чтобы сигнализировать о верности партнеру-мужчине, особенно если он обладает низким генетическим потенциалом (low-genetic quality) [40]. Если женщина имеет половые контакты со многими партнерами, применяя полигамную стратегию спаривания, ее целью может быть обеспечение преимуществ от контактов с несколькими муж-

чинами (ресурсы). В то же время эта стратегия направлена на то, чтобы иметь детей только от мужчин с высоким генетическим потенциалом (high-genetic quality). Подделка оргазма с женщиной, обладающим низким генетическим потенциалом, привела бы к тому, что он бы стал полагать, что может быть отцом ребенка, рожденного этой матерью, и что женщина ему верна, так как оказывается удовлетворенной [58].

Причины, побуждающие мужчин к имитации

Называют следующие причины, обуславливающие имитацию оргазма у мужчин:

1. Чтобы не показаться сексуально несостоятельным [19; 31].

2. Чтобы не обидеть фактом отсутствия оргазма свою партнершу [31]. Имитация оргазма у молодого человека может быть ожидаемым ответом на то, что оргазм у девушки уже наступил, и данная имитация – предсказуемый ответ на существующие ожидания, гарантирующий наилучшую реализацию сценария [62]. В таких случаях говорят, что «мужчины чувствуют давление на оргазм, так как именно им заканчивается секс» [52].

3. Чтобы не ущемить самолюбие партнерши, которая может принять на себя ответственность за неспособность мужчины испытать оргазм и почувствовать себя недостаточно любимой, сексуальной и умелой [19]. Если у мужчины нет оргазма, то женщина может заподозрить его в потере интереса к ней или в наличии у него любовницы. Для женщины отсутствие оргазма у мужчины может означать ее непривлекательность для него.

4. Чтобы удовлетворить потребность партнерши в синхронном оргазме, что повышает ее самооценку [15].

5. Из-за усталости, которая исключает возможность наступления истинного оргазма [19; 29; 47].

6. Озабоченность чем-либо, стресс, например проблемы на работе, от которых мужчина не может отвлечься даже во время интимной близости. [47].

7. Короткая прелюдия или ее отсутствие. Мужчины в возрасте нуждаются в прелюдии, при ее отсутствии оргазм может не наступить [3; 19; 31]. «Со временем мужчине требуется больше времени, чтобы возбудиться. Это касается и достижения наивысшего пика наслаждения» [29].

8. «Некоторые мужчины имитируют оргазм, чтобы продемонстрировать женщине большую чувственность и сексуальность, чем у них имеется на самом деле, тем самым производя впечатление» [17].

9. Прием значительных количеств алкоголя, что затрудняет наступление оргазма [29].

10. «Часто мужчина, желая в первую очередь порадовать оргазмом партнершу, затягивает с собственным. Иногда случается так, что самому порадоваться уже не представляется возможным» [29]. Мужчина может несколько раз «перетерпеть», пытаясь удовлетворить партнершу, и потом уже сам не сможет достигнуть оргазма [31]. «Женщины часто говорят: «Делай это дольше!» Каково услышать такое, когда ты уже на грани оргазма? На помощь приходят «спасительные» мысли о футболе или посадке картошки на даче. В итоге партнерша бьется в оргазме, а мужчине не остается делать ничего другого, как продолжать грустно размышлять о финальном матче Лиги чемпионов, – ведь момент эякуляции безвозвратно упущен» [28]. В этих случаях для создания видимости благополучия мужчина может прибегнуть к имитации оргазма.

11. Из-за давления партнерши [33].

12. Отсутствие интереса к женщине [1].

13. Однообразие и скука при занятии сексом [1].

14. Следует отметить, что побудительным мотивом к имитации оргазма у мужчин может быть отсутствие эякуляции при половом акте, обусловленное патологией, имеющей психогенное или соматогенное происхождение [22; 23]. В этих случаях непременно следует обратиться за медицинской помощью.

Р. Крукс, К. Баур [24] среди причин имитации оргазма называют неэффективную коммуникацию или недостаточную осведомленность о сексуальных техниках, попытки та-

ким способом скрыть факт ухудшения отношений (Ellison, 2000; Lauersen & Graves, 1984).



Рисунок. Причины имитации оргазма (% респондентов) [по 41]

Charlene L. Muehlenhard и Sheena K. Shippee [49], проведя опрос студентов колледжа (180 мужчин и 101 женщина), в своей статье называют ряд причин, приводящих к имитации оргазма. Среди них желание, чтобы секс закончился, так как возникновение оргазма было маловероятным, стремление избежать негативных последствий (например, ущемить чувства своего партнера) и иметь позитивные последствия (например, угодить своему партнеру). Также среди этих причин авторы называют желание следовать сексуальному сценарию, согласно которому женщины должны получать оргазм от мужчин, а те несут ответственность за наступление оргазма у женщин.

В англоязычной версии Википедии приводятся данные 2004 г. о причинах имитации оргазма и их частоте, которые были получены при сексологическом опросе, проведенном в США [41] (см. рис.).

Рекомендации по имитации оргазма женщинами

Существует много вариантов симуляции женского оргазма. Главным правилом при построении программы имитации является максимальное соответствие копии оригиналу. В частности, рекомендуется следующая программа [30]:

1. Стоните. Чем громче – тем лучше. Как почувствуете желание поскорее закончить процесс, начинайте часто-часто дышать, затем задержите дыхание на секунду и резко выдохните, не забывая издать протяжный стон. На многих мужчин это действует как сигнал о том, что вы – все.

2. Сжимайте кавалера в объятиях покрепче. Можете начать кусаться и царапаться. Только не увлекитесь, а то можно перекусить сонную артерию.

3. Начните движения бедрами навстречу партнеру в учащенном ритме. Затем замрите, напрягитесь и резко расслабьтесь, обязательно сокращая мышцы влагалища. Чем чаще будут сокращения – тем лучше, мужчина нынче пошел образованный и знает, что именно непроизвольные сокращения мышц влагалища являются первейшим признаком того, что партнерша получила удовольствие в полном объеме.

4. Некоторые особо подкованные в деле имитации оргазма женщины рекомендуют напрячь ноги, растопырить пальцы, вытянуться в струну и с протяжным стоном (кстати, можно и простонать что-нибудь осмысленное, например: «Ми-и-и-лы-ы-ы-й... Ах... Как же хорошо-о-о-о-о-о!!!») расслабиться.

5. Если в силе своих вагинальных мышц вы не уверены, прижимайтесь к партнеру покрепче, делайте резкое движение бедрами навстречу, кричите погромче, чтобы его дезориентировать, и совершайте маленькие, но частые-частые толчки бедрами навстречу. Если повезет – он примет их за сокращение мышц».

Некоторые проявления оргазма можно легко симитировать (стоны, крики, учащенное дыхание и мн. другие), а некоторые – нет. Есть признаки, которые вообще не поддаются имитации (усиленное потоотделение, учащенное сердцебиение, эрекция сосков грудных желез) [35]. При имитации оргазма обязательно следует сокращать мышцы влагалища,

которые можно укрепить упражнениями Кегеля и занятиями в системах «Имбилдинг» и «Вумбилдинг».

Специально изучался вопрос вокализации сексуального возбуждения и оргазма [56]. Английские ученые Гейл Брюэр (Gayle Brewer) из Университета Центрального Ланкашира (the University of Central Lancashire) и Колин Хендри (Colin Hendrie) из Университета Лидса (the University of Leeds) опросили 71 сексуально активную гетеросексуальную женщину в возрасте от 18 до 48 лет (средний возраст $21,68 \pm 0,52$ года). Они разбивали вокализации на категории, включающие «тишину», «стон / тяжелый вздох», «крик / вопль / визг», «слова» (например, «Да!» или имя партнера) и «инструктивные команды» типа «больше». Другие вопросы касались того, почему женщины осуществляли вокализацию и в какой момент у них был оргазм, если у них вообще он был, а если нет, то почему они это делали. Оказалось, что «женщины прибегают к вокализациям сознательно, чтобы влиять на своего партнера, и они не были прямым выражением сексуального возбуждения», – сказал Брюэр. Он сообщил, что вокализации использовались для ускорения наступления эякуляции у партнера. В статье, посвященной данной проблеме [37], указанные авторы сообщают, что проведенные ими исследования свидетельствовали о более частом возникновении оргазма у женщин при самостимуляции клитора, манипуляции со стороны партнера, куннилингусе и гораздо более редком его возникновении при влагалищном проникновении. Более подробное исследование ответов во время полового акта показало, что, хотя женские оргазмы чаще всего имели место во время эротического стимулирования / любовной игры (foreplay), вокализации чаще всего отмечаются при интравагинальном коитусе перед мужской эякуляцией и одновременно с ней. Это указывает, что в ряде случаев речь идет о вокализации, находящейся под сознательным контролем. Она предоставляет женщинам возможность манипулировать поведением мужчин в своих интересах. 92% женщин отметили, что эти вокализации повышали самооценку их партнеров, а 87% использовали их с этой целью. Около 80% женщин фальсифицировали вокализацию

примерно в половине тех случаев, когда у них не было оргазма. Мужчины также имитировали оргазмы, но гораздо реже, чем женщины.

При имитации оргазма женщинам рекомендуют учитывать следующие моменты [18]:

«1. Женщина не может получить оргазм, хотя бы на мгновение не закрыв глаза.

2. При оргазме у женщин происходит ритмичное сокращение мышц влагалища, матки, тазового дна и даже мышц брюшного пресса с интервалом примерно в 0,8 сек по типу пульсации, и не заметить этого невозможно. Симулировать ритмичные сокращения влагалищных мышц, которые возникают при оргазме, может далеко не каждая женщина, поэтому если мужчина своим половым членом не ощутил этой пульсации влагалища (а только «дерганье» женского тела) – то это имитация.

3. Пока оргазм не закончится, женщина никогда не разрывает контакт эрогенной зоны с раздражителем (член, язык, пальцы, вибратор). Только после окончания оргазма некоторые женщины убирают руку партнера с клитора, если продолжение стимуляции становится болезненным.

4. Если секс заканчивается оргазмом, организм расслабляется, и женщина хочет тихо лежать, почти спать. А если женщина возбуждалась, но не разрядилась, то, как правило, она еще некоторое время активна, потому что ничего в итоге не получила и пытается дополучить – теребит партнера (поцелуи, разговоры и пр.).

5. Лицо женщины, испытывающей оргазм, искажается произвольной гримасой. Это не говорит о ее неудовольствии, просто она не может управлять своими лицевыми мышцами. А если на лице женщины выражение неземного наслаждения, то это тоже симуляция. Благодарная улыбка и выражение удовольствия появятся на лице женщины потом, когда она придет в себя и расслабится, а во время оргазма сохранять на лице выражение блаженства невозможно.

6. Во время оргазма сердце женщины начинает сильно и часто биться; во время имитации сердцебиение практически не меняется».

Следует отметить, что женские оргазмы могут отличаться друг от друга. Иногда они могут разительно отличаться от типичных вариантов. «Одна девушка испытывала оргазм столь странным способом, что симитировать его повторно было очень сложно. Дело в том, что во время достижения точки наибольшего наслаждения от секса она откатывалась от партнера на другую половину кровати, начинала плакать и забиваться в угол, не давая к себе прикоснуться. Без хорошей подготовки такое не сыграть. Другая представительница прекрасного пола во время оргазма начинает смеяться заливистым детским смехом и минут 10 не может вымолвить ни слова. Искренний смех, как и внезапные слезы, сыграть очень сложно, кто пробовал – знает. В общем, сколько людей – столько и индивидуальных оргазмов» [30].

Можно встретиться со следующими сведениями, которые помогут женщине избежать разоблачения имитируемого оргазма. Это рекомендации мужчинам для выявления обмана:

1. «Прислушайтесь к телу женщины. Когда вы в ней, а она испытывает оргазм, вы никогда этого не пропустите. Вы обязательно почувствуете мимолетное сокращение стенок влагалища, а в самых успешных случаях оргазм может сопровождаться судорогами рук и ног. Но если вы так ничего и не заметили, значит, что ваша подруга опять обвела вас вокруг пальца» [43].

2. «Понаблюдайте за подругой после секса. Обычно после качественного оргазма женщине нужно еще отдышаться. Соответственно она сразу не побежит в ванную комнату или на балкон затянуться сигаретой, а полежит несколько минут спокойно. Но если ваша подруга пулей выскочила в уборную, знайте, что это может быть обман ...» [43].

3. В другой публикации отмечается, что в 99% случаев женщина сразу же после оргазма благодушна, расслаблена и даже сонлива. Если же имеет место критика, насмешки, проявления бодрости и робкое (а может и не робкое) желание все начать сначала, то это свидетельствует, что все крики, стоны, конвульсии, горячее дыхание могли быть обычным надувательством [8]. Одна женщина рассказала: «После оргазма я обычно не могу говорить или двигаться Мое ды-

хание другое. Мне очень приятно с тобой, и все очень чувствительно (например, «не трогай этого» чувствительного). Все женщины разные, но это называется «фазой разрешения». Если она скажет, что она пришла, но не выглядит, как будто она находится в измененной реальности в течение минуты или двух, она, возможно, подделала его [оргазм]» [38].

Однако не следует забывать о возможности множественного оргазма, когда за одним оргазмом через очень короткий промежуток времени наступает другой, а потом следующий и т.д.

Рекомендации мужчинам по имитации оргазма

Для имитации оргазма мужчине недостаточно изображать судорожные подергивания и стоны. Обычно (в подавляющем числе случаев) оргазм у мужчин сопряжен с эякуляцией. Поэтому женщина должна чувствовать, как что-то в нее изливается (ощущать пульсации), и что-то остается в ее влагалище, а потом вытекает. Поэтому рекомендуется проводить половой акт с использованием мужского презерватива в условиях плохой видимости (неполное освещение или его отсутствие). После завершения полового акта мужчина сразу же должен отправляться в душ. Если женщина не потребует предъявить презерватив к осмотру, то мужской обман может остаться нераскрытым [4].

Также мужчине, чтобы не быть изобличенным в имитации, рекомендуют активно двигаться, шумно вздыхать и во время издать «предсмертный» стон, однако это не поможет, если половой акт проводится без презерватива. Исключение может быть только в случаях, когда женщина абсолютно неопытная и не знает, что часть спермы после акта вытекает из ее половых путей [26]. Отмечается, что «презерватив, быстро снятый после полового акта и завернутый в бумажку (или выброшенный по старинному русскому обычаю в окно), также надежно скроет все «улики» [28]. Один мужчина-симулянт на вопрос женщины о том, где же его сперма, ответил, что она впиталась в простынь.

Доктор Dawn говорит, что один из ее клиентов принимал антидепрессанты, которые повлияли на его способность к

оргазму. Ему все еще нравилось заниматься сексом, но это занимало столько времени, что его девушка испытывала боль. Тогда он прибегнул к презервативу, который снял и выбросил, притворившись, что эякулировал [60].

С целью фальсификации оргазма мужчине после его имитации рекомендуют сразу же переходить к куннилингусу, и если он будет доставлять удовольствие женщине, то она может быть вообще сбита с толку и из ее внимания будет исключен период, сопряженный с проникающим сексом. Также с этой целью советуют после полового акта спрятать презерватив. Рекомендуют и использование клея. «Единственное, что мне кажется выглядит как сперма – это клей. Если твоя рука быстрее, чем ее глаза, или если ты можешь повернуться спиной и перегнуться через край кровати, в то время как снимаешь с себя презерватив, то можешь украдкой вылить несколько капель клея в резинку, выбросить ее в мусорное ведро и расслабиться» [6].

Последствия имитации оргазма

1. Одним из негативных последствий имитации оргазма женщиной может стать возникающее к ней недоверие. Распознав, что она его обманывает, мужчина перестает доверять ей и в других вопросах, что вызывает сложности во взаимоотношениях вне спальни и значительно повышает возможность развода [10]. Если мужчина узнает, что его партнерша имитирует оргазм, то у него могут сформироваться серьезные комплексы и недоверие по отношению к женщине. Даже если она начнет испытывать истинный оргазм, то не исключено, что мужчина будет насторожен и продолжать подозревать ее в обмане [27].

Приведем пример разоблачения мужчиной имитации оргазма женщиной и ее болезненной реакции на это разоблачение: «Я думала, что я мастер искусственного оргазма. Мои выступления соответствовали уровню Мерил Стрип

* Мэри Луиз [Мэрил] Стрип [англ. Mary Louise «Meryl» Streep] – американская актриса театра, кино, телевидения и озвучивания, кинопродюсер. Киноведами и критиками считается одной из величайших актрис современности.

(Meryl Streep). Или так я думала. Самая недавняя встреча с тем, о ком я искренне забочусь, заставила меня почувствовать себя ужасно, когда он посмотрел на меня и спросил: «Ты просто подделала это?» Я не могла солгать ему. У него было такое выражение лица, о котором я никогда не забуду. Тогда, конечно, это заставило меня задуматься о том, что многие другие парни знали, что я притворяюсь. В принципе, это был ужасный день для моей самооценки, и я бы хотела этого избежать. Вот почему женщины во всем мире должны убирать свои надежные сценарии стонания и преувеличенного вращения и просто рассказать проклятую правду» [51].

2. «Подделка ведет к отключению от ваших телесных ощущений и восприятий», – говорит Грейси Ландес (Gracie Landes), сексуальный и семейный терапевт из Нью-Йорка. И это разъединение может обусловить более трудное достижение оргазма, поскольку, чтобы достичь кульминации, человеку необходимо сосредоточиться и присутствовать [52].

3. Чем чаще женщина имитирует оргазм, тем более вероятно, что истинный оргазм будет возникать у нее все реже и реже. Особенно вредна опасность постоянной имитации оргазма, создающая патологический поведенческий стереотип, который прочно фиксируется [10]. «Если в первый раз имитировать оргазм, то требуются усилия, но каждый раз это будет происходить все естественнее. В двухсотый раз имитация будет происходить автоматически, а вот естественный оргазм будет требовать усилий. Таким образом женщины создают у себя привычку, которая заводит жизнь в тупик» [34].

4. Отмечается, что постоянное отсутствие оргазма может привести к хроническим заболеваниям органов малого таза, спровоцированных застойными явлениями в них [27]. Естественно, что такой сценарий возможен при выраженном сексуальном возбуждении женщины.

5. Сообщается, что при сексуальном возбуждении у женщин происходит активный выброс в кровь эстрогенов, и это вызывает прилив крови к половым органам и молочным железам. Если женщина во время секса испытала полноценный оргазм, ее организм достаточно быстро приходит в

норму. Если же его не было, то для восстановления исходного гормонального уровня потребуется значительно больше времени. Это чревато развитием мастопатии и разрастанием миометрия, что способствует образованию миомы. Согласно неутешительным статистическим данным, около 70% женщин, у которых имеет место миома матки, вели нерегулярную половую жизнь или регулярно имитировали оргазм [10].

6. Делая вид, что каждый раз мужчина доставляет женщине неземное удовольствие, хотя на самом деле этого не происходит, женщина не добьется от него никакого изменения в поведении. Он будет уверен, что все делает так, как надо, и не будет изменять свою технику, что исключит возможность достижения истинного оргазма [7]. «Кажется проблематичным создавать звуки возбуждения, когда на самом деле скучно или больно. Это, скорее всего, передаст дезинформацию вашему партнеру, который, вероятно, подумает, что эта сексуальная активность радует и должна повториться в следующий раз» [56]. Также отмечается, что не следует имитировать быстрого наступления оргазма, так как в будущем это может оказать неблагоприятное влияние на последующее прилежание и усердие партнера и исключит возможность наступления у женщины истинного оргазма [2].

Сексуальный психотерапевт Мухуми Гхос (Moushumi Ghos) говорит, что когда вы подделываете оргазм, то отправляете сообщение, суть которого заключается в том, что удовольствие для вас не важно. При этом вы не только ограждаете себя от чувства удовольствия, но лишаете своего партнера возможности угодить вам, чтобы узнать о вас больше. Вы лишаете себя близости и привязанности, которую могут принести только оргазмы [59].

Представляет интерес мнение по обсуждаемому вопросу М. Сильвер (M. Silver), консультанта по взаимоотношениям и секс-терапевта [55],: «Я постоянно говорю своим клиентам, что они несут ответственность за свои собственные оргазмы. Они не могут ожидать, что их партнер станет читателем разума; они должны показать своему партнеру, что им нужно, чтобы достичь оргазма. Самое главное – общаться-

ся и сосредоточиться на удовольствии, а также осознать, что секс не обязательно должен заканчиваться «неуловимым» оргазмом!»

7. Имитация оргазма может препятствовать наступлению настоящего оргазма. Во время полового акта, чтобы избежать подозрений, женщине все время приходится думать о том, что она должна симитировать. В таких случаях испытать истинный оргазм довольно трудно [7].

8. Существуют сообщения о том, что имитация оргазма некоторыми женщинами может привести к наступлению истинного оргазма. М. Сильвер (M. Silver) пишет: «Но, очевидно, подделка не всегда плоха для вашей сексуальной жизни». Согласно исследованию Эрин Б. Купер (Erin B. Cooper), докторанта клинической психологии в Университете Темпл (Temple University), притворство в оргазме может фактически увеличить сексуальное удовлетворение женщины. Она представила результаты своего исследования на Ежегодной конвенции Американской психологической ассоциации в Сан-Диего. Ее заключение состоит в следующем: «Некоторые женщины могут «подделывать» это, пока не сделают это», что имеет смысл. Если фальсификация оргазма заставит вашего партнера больше возбудиться, это может вызвать у вас достаточное возбуждение, чтобы добраться до «финиша» [55].

Следует обратить внимание на рекомендации J. Lo Piccolo, W. C. Lobitz (1972), которые предложили эффективную **технику терапевтической мастурбации** для лечения аноргазмии. Программа, предложенная ими, включает 9 последовательных этапов продолжительностью в 1 нед каждый [20]. На шестом этапе рекомендовалась стимуляция вибратором, а также *имитация переживания оргазма с помощью неартикулированных криков* и т. п. в случае возникновения подозрения, что женщина стыдится или боится «непристойной» утраты самоконтроля. В результате использования этой программы оргазм появился у всех лечившихся женщин. Из этого следует, что «прорыв» к оргазму при некоторых вариантах психогенной аноргазмии может

быть облегчен с помощью имитации сексуального возбуждения с использованием вокализации.

Таким образом, приведенные нами данные свидетельствуют о частой имитации оргазма женщинами и мужчинами. При этом у женщин такая имитация встречается гораздо чаще. Это, в частности, можно объяснить тем, что при интимной близости (особенно при интравагинальном коитусе) истинный оргазм у женщин наступает гораздо реже. Существуют различные причины, побуждающие мужчин и женщин к имитации ими оргазма. Даже при хорошей имитации оргазма не все его признаки можно подделать. Некоторые из них подделать трудно, а другие невозможно, что определяет вероятность разоблачения, степень которого зависит как от способности к имитации, так и от осведомленности партнера. В большинстве случаев использование данной имитации может вести к неблагоприятным последствиям. Вместе с тем, если речь идет о кратковременных случайных связях, то в ряде случаев она может быть рекомендована. Также эта имитация может быть оправдана, если в некоторых случаях эпизодически используется при длительных сексуальных отношениях. Существует возможность положительного влияния имитации оргазма женщинами за счет того, что она влияет на степень сексуального возбуждения мужчины, а это приводит к усилению возбуждения у женщины и повышает ее способность к достижению истинного оргазма. По всей видимости, имитация сексуального возбуждения женщиной с использованием вокализации может облегчить наступление у нее оргазма при некоторых вариантах психогенной аноргазмии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андреева И. Проблема имитации оргазма докатилась до мужчин. 13 апреля 2015. – URL: <https://sobesednik.ru/zdorove/20150413-problema-imitacii-orgazma-dokatilas-do-muzhchin> (дата обращения: 08.01.2018).

2. Блеф в постели или имитация оргазма. – URL: http://www.medicina72.ru/imitation_of_orgazm.shtml (дата обращения: 03.01.2018).
3. В каких случаях мужчина может имитировать оргазм. – URL: <http://udoktora.net/zachem-muzhchine-imitirovat-orgazm-30164/> (дата обращения: 08.01.2018).
4. Водовозов А. Имитация оргазма: как это сделать по-мужски. 1 июня 2005 г. – URL: <http://rus.delfi.lv/archive/imitaciya-orgazma-kak-eto-sdelat-po-muzhski.d?id=11348298> (дата обращения: 31.12.2017).
5. Дзись-Войнаровский Н. Стонать или не стонать? 26.01.2012. – URL: https://republic.ru/economics/pochemu_intelligenty_chashche_imitiruyut_orgazm_obyasnyayut_ekonomisty-734809.xhtml (дата обращения: 08.01.2018).
6. Джордж Кэт. Как имитировать оргазм (инструкция для парней). 16 мая 2013. – URL: <https://www.vice.com/ru/article/9bnpvz/how-to-fake-an-orgasm-a-guide-for-dudes> (дата обращения: 08.01.2017).
7. Дьякова Ю. Имитация оргазма: плюсы и минусы. – URL: <http://www.justlady.ru/articles-133958-imitaciya-orgazma-plyusy-i-minusy> (дата обращения: 03.01.2018).
8. Женский оргазм: как понять – имитация или правда. 12.06.2010. – URL: <https://comments.ua/life/20278-ZHenskiy-orgazm-ponyat-.html> (дата обращения: 03.01.2018).
9. И нет конца: как сказать ему, что имитируешь оргазм. 3 декабря 2017. – URL: <https://www.cosmo.ru/sex-love/sex/i-net-konca-kak-skazat-emu-chto-imitiruesh-orgazm/> (дата обращения: 03.01.2018).
10. Измайлова С. Имитация оргазма – это не смешно! – URL: <http://lady.tochka.net/11757-imitatsiya-orgazma-eto-ne-smeshno/> (дата обращения: 31.12.2017).
11. Имитация оргазма. – URL: <http://www.ladygid.ru/imitatsiya-orgazma> (дата обращения: 03.01.2018).
12. Имитация оргазма: когда это нужно. Goldfish, автор JustLady. – URL: <http://www.justlady.ru/articles-133947-imitaciya-orgazma-kogda-eto-nuzhno> (дата обращения: 03.01.2018).
13. Имитация оргазма. Как распознать «обманщицу». – URL: <https://telegraf.com.ua/zhizn/muzhchinyi/138369-imitatsiya->

- orgazma-kak-raspoznat-obmanshhitsu.html (дата обращения: 03.01.2018).
14. Имитация оргазма. Плюсы и минусы. – URL: <http://www.superbrunetka.ru/imitaciya-orgazma.html> (дата обращения: 03.01.2018).
 15. Исследование: мужчины имитируют оргазм не меньше женщин. 15 апреля 2016. – URL: http://meddaily.ru/article/15apr2016/o_immrga (дата обращения: 08.01.2018).
 16. Как имитировать оргазм? – URL: <http://womanadvice.ru/kak-imitirovat-orgazm> (дата обращения: 03.01.2018).
 17. Как понять, что твой мужчина симулирует оргазм? 23.07.2016. – URL: <http://hochu.ua/cat-sex/school/article-68129-muzhchinyi-tozhe-simuliruyut-orgazm/> (дата обращения: 03.01.2018).
 18. Как распознать имитацию оргазма женщиной? – URL: <http://freejournal.biz/article2363/index.html> (дата обращения: 03.01.2018).
 19. Когда, как и зачем мужчина имитирует оргазм. 22.06.2012. – URL: <https://www.facenews.ua/articles/2012/76363/> (дата обращения: 03.01.2018).
 20. Кочарян Г. С. Глава 9. Секс-терапия // Кочарян Г. С., Кочарян А. С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. – М.: Медицина, 1994. – С. 90–97.
 21. Кочарян Г. С. Имитация оргазма // Здоровье мужчины. – 2018. – №1 (64). – С. 64–77.
 22. Кочарян Г. С. Расстройства эякуляции и их лечение. – Х.: Вид-во Віровець А. П. «Апостроф», 2012. – 328 с.
 23. Кочарян Г. С. Формирование расстройств оргазма // Здоровье мужчины. – 2017. – №3 (62). – С. 71–74.
 24. Крукс Р., Баур К. (Crooks R., Baur K.) Сексуальность. – СПб.: прайм–ЕВРОЗНАК, 2005. – 480 с.
 25. Мужчины имитируют оргазм не хуже женщин. 17 января 2005. – URL: <https://korrespondent.net/tech/111800-muzhchiny-imitiruyut-orgazm-ne-huzhe-zhenshchin> (дата обращения: 08.01.2018).
 26. Мужская имитация оргазма. – URL: <https://uznayvse.ru/zdorove-i-seks/muzhskaya-imitatsiya-orgazma-20454.html> (дата обращения: 03.01.2018).

27. Оргазм женщины – имитация оргазма и здоровье. Sofia, автор JustLady. – URL: <http://www.justlady.ru/articles-132560-orgazm-zhenshchiny-imitaciya-orgazma-i-zdorove> (дата обращения: 03.01.2018).
28. Почему мужчина имитирует оргазм? – URL: <http://www.policlinica.ru/stati/pochemu-muzhina-imitiruet-orgazm.html> (дата обращения: 08.01.2018).
29. Почему мужчины имитируют оргазм? 30.10.2014. – URL: <http://edinstvennaya.ua/view/8928> (дата обращения: 08.01.2018).
30. Правила имитации оргазма. – URL: <http://www.wday.ru/seks-otnosheniya/seks/pravila-imitatzii-orgazma/> (дата обращения: 31.12.2017).
31. Прохорова Ю. 5 основных секретов мужского оргазма. – URL: <http://www.prelest.com/love/mir-muzhchin/5-osnovnyh-sekretov-muzhskogo-orgazma> (дата обращения: 08.01.2018).
32. Симуляция оргазма. – URL: <https://ladyplace.ru/intim/seh/simulyaciya-orgazma.html> (дата обращения: 03.01.2018).
33. Ученые: Каждый третий мужчина имитирует оргазм. 22 февраля 2013. – URL: <http://www.rosbalt.ru/style/2013/02/22/1097452.html> (дата обращения: 08.01.2018).
34. Хохлов Е. 3 февраля 2015. Почему вредно имитировать оргазм? – URL: <http://www.womanhit.ru/eksperti/660455-pochemu-vredno-imitirovat-orgazm.html> (дата обращения: 03.01.2018).
35. Царик М. «Да! Даа!! Дааа!!!» Учимся имитировать оргазм. – URL: <http://1wum.ru/seks/sovety/u4imsya-imitirovat-orgazm.html> (дата обращения: 31.12.2017)
36. Anzhelika, автор JustLady. Имитация оргазма: причины и последствия. – URL: <http://www.justlady.ru/articles-134434-imitaciya-orgazma-prichiny-i-posledstviya> (дата обращения: 03.01.2018).
37. Brewer G., Hendrie C. A. Evidence to suggest that copulatory vocalizations in women are not a reflexive consequence of orgasm // Arch Sex Behav. – 2011. – 40 (3). – P. 559–564. doi: 10.1007/s10508-010-9632-1.
38. 6 Clues That She’s Faking It. – URL: <https://www.gq.com/story/sexy-faking-it> (date of the reference: 15.01.2018).
39. Do Guys Fake Orgasms? The Surprising Results of a New Study. Researchers reveal how many men put their acting chops to use in

- bed – and how often. By Korin Miller for Women’s Health. April 22, 2016. – URL: <https://www.menshealth.com/sex-women/domen-fake-orgasms> (date of the reference: 15.01.2018).
40. Ellsworth R. M., Bailey D. H. Human female orgasm as evolved signal: a test of two hypotheses // *Archive of Sexual Behaviour*. – 2013. – 42 (8). – P. 1545–1554.
41. Fake orgasm. From Wikipedia, the free encyclopedia. – URL: https://en.wikipedia.org/wiki/Fake_orgasm (date of the reference: 10.01.2018).
42. FAKING IT: WHY WE DO IT & WHY WE NEED TO STOP. A plea for the greater good of all womankind. By Lindsay Brown. – URL: <http://coveteur.com/2016/09/22/why-women-fake-orgasms-when-to-stop/> (date of the reference: 15.01.2018).
43. Gildeeva S. Имитация оргазма. Как распознать «обманщицу». – URL: <http://ffman.ru/sex/imitatsiya-orgazma-kak-raspoznat-obmanschitsu> (дата обращения: 31.12.2017).
44. Is it OK to fake an orgasm? – URL: <https://www.theguardian.com/lifeandstyle/2015/apr/12/is-it-ok-to-fake-orgasm-spare-partners-feelings> (дата обращения: 15.01.2018).
45. Is She Faking It? How you can use a fitness tracker to expose your partner’s phony orgasms and more. By Micky Shaked. July 19, 2013. – URL: <https://www.menshealth.com/is-she-faking-it> (data of the reference: 15.01.2018).
46. Kaighobadi F., Shackelford T. K., Weekes-Shackelford V. A. Do Women Pretend Orgasm to Retain a Mate? // *Arch Sex Behav*. – 2012 – 41 (5). – P. 1121–1125.
47. Lapina A. Как часто мужчины имитируют оргазм. 14.11.2016. – URL: <http://7sisters.ru/lifestyle/23244-kak-chasto-muzhchinyi-imitiruyut-orgazm.html> (дата обращения: 08.01.2018).
48. Men Fake Orgasms HOW Often? And More From The AskMen.com 2012 Survey. – URL: https://www.huffingtonpost.com/2012/07/29/men-fake-orgasms-askmen-survey-2012_n_1711655.html (date of the reference: 10.01.2018).
49. Muehlenhard Charlene L., Shippee Sheena K. Men’s and women’s reports of pretending orgasm // *J Sex Res*. – 2010. – 47 (6). – P. 552–567. doi: 10.1080/00224490903171794

50. OHHH NO YOU DON'T. The four main reasons why women fake orgasm and what to do about them. – URL: <https://www.thesun.co.uk/living/2313534/the-four-main-reasons-why-women-fake-orgasm-and-what-to-do-about-them/> (date of the reference: 15.01.2018).
51. Reasons why she's faking it and what to do about it if you suspect she is. By Meagan Drillinger. 23.02.2017. – URL: <https://www.menshealth.com/sex-women/reasons-shes-faking-it> (date of the reference: 15.01.2018).
52. 4 Reasons You Should Never Fake an Orgasm. By Jessica Migala. Medically Reviewed by Kathryn Keegan, MD. – URL: <https://www.everydayhealth.com/sexual-health/reasons-you-should-never-fake-orgasm/> (date of the reference: 15.01.2018).
53. 6 Reasons Why Men And Women May Fake An Orgasm, According To New Research. – URL: <http://www.medicaldaily.com/6-reasons-why-men-and-women-may-fake-orgasm-according-new-research-416660> (date of the reference: 15.01.2018).
54. 7 Sad But True Reasons Women Fake Orgasms. By Anna Breslaw. Nov 13, 2013. – URL: <http://www.cosmopolitan.com/sex-love/advice/a5048/reasons-we-fake/> (date of the reference: 15.01.2018).
55. Silver M. Why do men and women fake orgasm? – URL: <http://www.smh.com.au/lifestyle/life/family-relationships-and-sex/why-do-men-and-women-fake-orgasm-20160405-gnz84r.html> (date of the reference: 15.01.2018).
56. Sorry, gues: Up to 80 percent of women admit faking it. By Brian Alexander. – URL: http://www.nbcnews.com/id/38006774/ns/health-sexual_health/t/sorry-guys-percent-women-admit-faking-it/#.Wlx7FICWTcs (date of the reference: 15.01.2018).
57. The American Sex Survey: A Peek Beneath the Sheets. ABC NEWS PRIMETIME LIVE POLL: THE AMERICAN SEX SURVEY FOR IMMEDIATE RELEASE. Thursday, Oct. 21, 2004. – URL: <http://abcnews.go.com/images/Politics/959a1AmericanSexSurvey.pdf> (date of the reference: 21.01.2018).
58. The Oxford Handbook of Sexual Conflict in Humans. Shackelford T. K., Goetz A. T. (Eds.). – Oxford: Oxford University Press, 2012. – 384 p.

59. 6 Things That Happen When You Fake An Orgasm. You're doing a disservice to yourself AND your partner. LIFESTYLE. 05.10.2017. By Brittany Wong. – URL: https://www.huffingtonpost.com/entry/dont-ever-fake-an-orgasm_us_5913586fe4b0a58297e1d0f8 (date of the reference: 15.01.2018).
60. Why Men Fake Orgasms – And What It Reveals About Your Relationship. By Kristine Fellizar. Apr 22, 2016. – URL: <https://www.bustle.com/articles/154991-why-men-fake-orgasms-and-what-it-reveals-about-your-relationship> (date of the reference: 15.01.2018).
61. Why women fake orgasms. – URL: <http://www.foxnews.com/health/2016/12/28/why-women-fake-orgasms.html> (date of the reference: 15.01.2018).
62. Why Women (and Men!) Fake Orgasm. By John M. Grohol, Psy.D. – URL: <https://psychcentral.com/blog/why-women-and-men-fake-orgasm/> (date of the reference: 10.01.2018).

ГЛАВА 12

ЖЕНСКИЙ ОРГАЗМ И ФЕРТИЛЬНОСТЬ

Вопрос о возможной роли женского оргазма в оплодотворении женщин является актуальным. В начале XX века была очень популярна «теория всасывания». Согласно этой теории шансы на зачатие во время оргазма увеличиваются, так как возникающие мышечные сокращения помогают «засосать» семя через шейку матки и таким образом быстрее доставить его к яйцеклетке. Еще во времена Гиппократы врачи считали, что оргазм не просто способствует зачатию, а является его необходимым условием [12].

Мэри Роуч (Mary Roach) [15, с. 102-103] сообщает следующее: «Врач XIX века по имени Джозеф Бек считал, что во время оргазма происходит своего рода всасывание маткой спермы, и что это и двигает сперму к яйцеклетке. Единственный способ убедиться в этом, писал он, это понаблюдать за шейкой матки «в момент сексуального оргазма». Что он и сделал. Ему помогала тридцатидвухлетняя блондинка с выпадением матки (а также, добавляет Бек несколько неупомянутых, со стойким запором и угревой сыпью). Иными словами, у этой женщины шейка матки – ворота в матку – была на виду, прямо при входе во влагалище. Удобно, что эта женщина была такая «страстная по натуре», что сама предостерегла Бека, мол, поосторожнее при осмотре. Ибо она «весьма склонна... испытывать оргазм даже от легкого прикосновения пальца». Бек обратил себе на пользу столь исключительное стечение обстоятельств. «Осторожно раздвинув ей губы левой рукой, так что шейка матки стала ясно видна в солнечном свете, я быстро три-четыре раза провел указательным пальцем правой руки между шейкой матки и лонной дугой, и почти сразу наступил оргазм, и вот что предстало моему взору... Внезапно, когда возбуждение достигло апогея, шейка матки открылась на целый дюйм, насколько я могу судить на глаз, и пять-шесть раз, будто бы судорожно вздохнула...» Подкрепляя теорию всасывания, Бек указывает, что шейка матки напомнила ему отвислую

верхнюю губу и круглый рот пресноводной рыбы под названием прилипало. Бек убедил себя, что «прохождение спермы в матку объяснено удовлетворительно, полностью и во всех отношениях, что не вызывает ни тени сомнения».

В середине прошлого столетия Уильям Мастерс и Вирджиния Джонсон (W. H. Masters и V. E. Johnson) [30] решили проверить истинность данной гипотезы. С этой целью были обследованы женщины, которым надели маточные колпачки с контрастным веществом, которое по консистенции и прочим показателям приближалось к сперме. Женщины должны были мастурбировать, а исследователи, используя рентгеновский аппарат, следили, происходит ли всасывание спермы. Однако ни в одном случае, несмотря на наличие выраженного оргазма и многократное повторение эксперимента, никакого всасывающего действия матки во время оргазма обнаружено не было. На рентгенограмме в полости матки не было зарегистрировано присутствие даже следов контрастного вещества. В другой серии наблюдений оказалось, что в момент оргазма менструальная кровь из матки толчкообразно выбрасывается наружу, что также говорит против «присасывания». Об этом же свидетельствует и то, что в момент оргазма наружное отверстие канала шейки матки отстоит от мест нахождения спермы во влагалище. Приведенные данные говорят о том, что сокращения матки при оргазме направлены не на всасывание, а на изгнание спермы. После наступления оргазма у женщины застой крови в наружной трети влагалища уменьшается очень быстро, благодаря чему прекращается сужение его наружной трети, препятствующее вытеканию спермы. Если мужчина после эякуляции продолжает совершать фрикции, то каждая из них способствует вытеканию семени. Если же оргазм у женщины не наступил, то в процессе обратного развития сужение влагалища (оргастическая манжетка) держится 20-30 минут, тем самым увеличивая вероятность оплодотворения. В связи с этим У. Мастерс и В. Джонсон рекомендуют женщинам, желающим забеременеть, не доводить себя до оргазма.

Сообщается, что занимаясь изучением мастурбации как средства самолечения менструальных спазмов и болей в

спине, У. Мастерс и В. Джонсон получили график этих выталкивающих сокращений. Пятьдесят менструирующих женщин мастурбировали с широко открытым гинекологическим зеркалом, что обеспечивало исследователям беспрепятственное наблюдение шейки матки. «В финальной стадии оргазма... было видно, как менструальная жидкость хлынула из шейки матки [открывшейся] под давлением. Во многих случаях давление было столь сильным, что первые порции менструальной жидкости буквально вылетали из вагины, даже не касаясь края зеркала» [15, с. 105-106].

Таким образом, указанные авторы категорически отвергают гипотезу аспирации семенной жидкости.

Мэри Роуч [15, с. 107] также сообщают, что Мастерс и Джонсон имели и другие причины сомневаться в том, что женский оргазм может способствовать оплодотворению: «Их киносъёмки, сделанные дома, не показали ничего подобного вдыхающей, всасывающей или по-рыбьи открывшей рот шейке матки. Зато обнаружился странный побочный продукт поздней стадии возбуждения под названием «вагинальный тент», когда шейка матки начинает отодвигаться от стенки вагины, образуя пространство («семенной резервуар») наподобие свода циркового шатра. По одной теории, такой тент возникает для повышения шансов зачатия. Создается карман, чтобы удерживать сперму в верхнем конце вагины, препятствуя тому, что одна группа исследователей назвала – словно они экономисты, а не сексологи — «потерями обратного оттока». Разумеется, если женщина не лежит на спине, резервуар опрокинется. Но Мастерс и Джонсон обратили внимание на то, что в этом случае шейка матки оттянута и не контактирует со спермой. А если шейка матки не контактирует со спермой, то вряд ли важно, совершает она всасывающие движения или нет. Соломинка даже не находится в напитке. И возможно, если цель – зачатие, то и не надо. Секс-психолог Рой Левин указывает, что сперма прямо из пениса не готова оплодотворить яйцеклетку. Сперматозоидам нужно время, чтобы дозреть. Если все сперматозоиды будут немедленно втянуты в матку, яйцеклетке достанутся пустышки. «Исходя из этого, можно утверждать, пишет Ле-

вин, что оргазм, вызванный коитусом, несовместим с репродуктивными задачами».

После исследований, проведенных W. H. Masters и V. E. Johnson [30], был предпринят ряд исследований для установления возможной связи между оргазмом женщины и ее способностью забеременеть. Полученные результаты и существующие по этому вопросу мнения можно разделить на следующие категории:

Женский оргазм способствует оплодотворению

Д. Марфунин [8] отмечает, что сокращение нижней трети влагалища и мышц тазового дна в конце полового акта формирует замкнутое пространство, что препятствует вытеканию эякулята, а выделение секрета стенками влагалища способствует его разжижению. При сокращении матки происходит выталкивание слизистой пробки из шейного канала, а потом наступает расслабление, способствующее проникновению содержимого влагалища в матку. Все это, по мнению автора, позволяет думать о том, что оргазм способствует наступлению беременности.

Аналогичную точку зрения высказывает М. Потапенко [13], которая сообщает, что женский оргазм повышает шансы на успешную беременность. Данная теория, отмечает автор, широко распространена, но научной доказательной базы не имеет. Главным аргументом считается тот факт, что при женском оргазме происходит значительное сокращение мышц матки и влагалища, а это способствует проникновению в шейку матки большего количества сперматозоидов (так называемый **«эффект пылесоса»**). Помимо этого, во время оргазма происходит выброс окситоцина – гормона, который также вызывает усиленные сокращения матки. Также в этот момент у женщины выделяется большое количество слизи, содержащей фруктозу, что может способствовать ускоренному движению сперматозоидов. Однако для положительного эффекта оргазм должен протекать у супругов одновременно или в крайнем случае женский оргазм должен предшествовать мужскому.

В двух публикациях [1; 21] отмечается, что при достижении оргазма вероятность зачатия ребенка повышается до 15%. Об этом говорят ученые из Университетского колледжа Корка (University College Cork) в Ирландии. В исследовании приняли участие шесть женщин в возрасте от 26 до 52 лет. Испытуемые должны были доставить себе удовольствие сами. При этом в одних случаях им необходимо было довести себя до оргазма, а в других – нет. Выбор осуществлялся путем подброса монетки перед исследованием. Женщины использовали специальные устройства, которые измеряли сколько семенной жидкости (точнее, ее имитатора) останется в их теле. Эксперимент длился два месяца. Согласно полученным результатам, женщины, которые испытали оргазм, «удерживали» больше имитатора семенной жидкости. Этой новостью исследователи поспешили поделиться, опубликовав отчет о проведенной работе в журнале *Socioaffective Neuroscience & Psychology* [26].

Подчеркивается, что в реальных условиях (с использованием настоящей спермы) это может значительно увеличить возможность зачатия. Отмечается, что, так как число участниц эксперимента было небольшим, ученые могут говорить только о 10-15% повышении фертильности при наступлении у женщин оргазма. Возможно, эти цифры окажутся намного больше после дополнительных исследований. Все же следует подчеркнуть, что испытуемых в исследовании было очень мало, чтобы делать глобальные выводы. Руководитель эксперимента доктор Роберт Кинг (Robert King) сказал в интервью ежедневной газете *The Irish Examiner*: «Я уверен, что нам нужно больше доказательств, но первый шаг уже сделан. Если мы получим достаточное финансирование, то сможем подтвердить нашу теорию. Тогда миллионы женщин во всем мире смогут повысить шансы забеременеть, не обращаясь к дорогостоящим медицинским методам» [1; 21].

Мэри Роуч [15, с. 108-109] приводит мнение адъюнкт-профессора акушерства и гинекологии Университета Калифорнии (Сан-Франциско) Боба Нахтигелла, который считает, что поскольку оргазм вызывает сокращения матки, можно

согласиться, что потенциально он может быть полезен для транспортировки спермы. В интервью с ним она получила ответы на ряд вопросов:

«Можно [согласиться], но вы не станете?»

– Ну, вы же знаете, как оно в науке. Думаешь, что знаешь много, пока не начинаешь задаваться базовыми вопросами – и тогда понимаешь, что не знаешь ничего. Я много знаю об искусственном оплодотворении, но понятия не имею, как ответить на ваш очень простой вопрос.

– Так почему же никто не предпринял сравнительного исследования процента зачатий у женщин вследствие секса с оргазмом и без?

– Потому что это не так просто. Надо произвести анализ спермы у каждого мужчины. Нужны физиологические доказательства того, был у женщины оргазм или не было. А поскольку мы знаем, что забеременеть можно и без оргазма, требуется опросить очень большое количество испытуемых, чтобы утверждать, что это не случайное попадание.

Существует, вероятно, и другая причина отсутствия такого сравнительного исследования. «К тому моменту, когда пара обращается к врачу – специалисту по бесплодию, – говорит Нахтигелл, – их сексуальная жизнь – это череда попыток. Близость, удовольствие, момент снятия стресса – все это осталось и далеко в прошлом. Теперь это работа. Я ни в коем случае не хочу включать оргазм в стратегический план лечения бесплодия».

Высказывается следующий довод, который может подкреплять мнение о роли женского оргазма в зачатии. Отмечается, что сам оргазм приводит к уменьшению кислотности в вагинальной среде, что, судя по всему, помогает сперматозоидам мужчины, который довел женщину до оргазма. Среда вокруг шейки матки обычно очень кислая и поэтому агрессивна по отношению к сперматозоидам. Но слабощелочная реакция семенной жидкости на какое-то время защищает их в этой среде. Однако эта защита кратковременная, большинство сперматозоидов живут во влагалище лишь несколько часов. Поэтому изменения в кислотности

могут дать преимущество сперматозоидам, «прибывшим» во время женского оргазма [13].

Существуют две основные гипотезы относительно того, как женский оргазм может помочь забеременеть. Одна из них известна как *the poleaxe hypothesis*. Согласно этой гипотезе, цель оргазма у женщин – заставить их чувствовать себя расслабленными, сонными и находиться в горизонтальном положении после секса. Идея состоит в том, что это может помочь сперматозоиду быстрее добраться до места назначения. Однако неясно, может ли лежание после секса помочь забеременеть. В одном исследовании такая зависимость выявлена не была, однако результаты другого исследования свидетельствуют об обратном [22].

Так, в рандомизированном исследовании была обследована 391 пара. При его проведении сравнивали 199 пар, где после внутриматочной инсеминации имела место пятнадцатиминутная иммобилизация, и 192 пары, где осуществлялась немедленная мобилизация. Частота беременности была значительно выше в группе, где проводилась иммобилизация, чем в контрольной группе. Авторы исследования пришли к заключению, что при лечении с использованием внутриматочной инсеминации пятнадцатиминутная иммобилизация после такой инсеминации является эффективной и должна предлагаться всем женщинам, которым она проводится [19].

Другая ранее упомянутая нами гипотеза относительно того, как женский оргазм может помочь в достижении беременности, называется *теорией всасывания (the upsuck theory)*. Эта гипотеза заключается в том, что сокращения матки помогают «всасывать» сперму, которая депонируется во влагалище около шейки матки. Затем оргазм помогает перемещать сперму через матку и фаллопиевы трубы. В одном из исследований на самом деле было измерено количество спермы «обратного потока» (сколько спермы просочилось после секса). Было обнаружено, что когда женский оргазм происходил за минуту или меньше перед мужской эякуляцией, удержание спермы было больше. Если же женский оргазм не произошел в течение минуты до мужской эя-

куляции, удержание спермы было меньше. А как обстоят дела, если оргазм произошел после мужской эякуляции? Исследователи обнаружили, что если у женщины оргазм наступает вплоть до 45 мин после эякуляции, удержание сперматозоидов было выше. Однако это исследование не учитывало, наступала ли беременность [23].

Два ученых обнаружили, что когда женщина достигает максимального апогея в любое время между минутой и до 45 минут после того, как мужчина эякулирует, она сохраняет значительно больше спермы, чем после неоргазмического секса [34]. Отмечается, что если уровень возникновения беременности выше при наличии оргазма у женщин, то неясно насколько [23].

Характеризуя процессы, происходящие в гениталиях, которые поддерживают теорию всасывания, Sheri Winston (Шери Уинстон) из Center for the Intimate Arts, USA (Центра интимных искусств, США) говорит: «В вагинальном пространстве есть небольшое отрицательное давление, создаваемое движением шейки матки и насосным действием пениса. Задняя часть влагалища образует чашу, где сперма может быть депонирована. Затем движение матки вверх и вниз, а также сокращения матки и отрицательное давление объединяются, чтобы увеличить поглощение спермы шейкой матки». Вместе с тем и без этого всасывающего движения много спермы будет «проплывать вперед», совершенно независимо от женского оргазма, но согласно этой теории движение шейки и тела матки увеличивает количество спермы, которая движется к яйцеклетке, что увеличивает шансы зачатия [31].

В качестве фактора, который может способствовать оплодотворению при оргазме у женщин, как отмечалось нами ранее, называют высвобождение окситоцина, способствующего быстрому продвижению спермы, о чем сообщается в ряде публикаций [19; 26; 35; 37].

Результаты, полученные исследователями Йельского университета, США (Yale University, USA) свидетельствуют о том, что когда женщина не менструирует, ее оргазмы во время полового акта продуцируют (вызывают) направлен-

ные волнообразные сокращения матки, которые могут всасывать в нее сперму. В противоположность этому, во время менструации оргазм производит сокращения матки, которые направлены в противоположном направлении, что имеет эффект «выталкивания мусора» из матки вместо того, чтобы всасывать его внутрь. Меняющиеся уровни гормонов в течение менструального цикла играют важную роль в воздействии на направление этих сокращений матки [по 27].

Об этом сообщает и Мэри Роуч [15, с. 106], которая отмечает, что критики взглядов У. Мастерса и В. Джонсон указывали на изменение направления маточных сокращений в зависимости от фазы менструального цикла. «Ближе к моменту овуляции, когда женщина наиболее способна к зачатию, они направлены внутрь матки, во время менструации – наружу». Репродуктивная система, отмечает автор, умнее, чем мы думаем, и чрезвычайно целенаправлена. Гормоны не только задают направление маточных сокращений, они расширяют фаллопиеву трубу, в которой содержится яйцеклетка, чтобы туда попало больше семенной жидкости. ... В период овуляции смазка шейки матки становится более обильной и приобретает тягучую консистенцию яичного белка, обеспечивая сперме нечто вроде веревочной лестницы в матку».

Известно, что мужская сперма содержит гормон простагландин, который вызывает мощные сокращения при попадании в матку. Высказывается мнение, что это может способствовать более быстрому продвижению сперматозоидов в половых путях женщины [15].

Интерес представляют сведения о том, что влиять на репродуктивный потенциал мужчин может техника интимной близости. Характеризуя проведенное исследование, его авторы сообщают следующее: «Люди осуществляют копулятивное поведение, которое прямо не способствует репродукции (например, куннилингус, длительное спаривание). Мы провели контент-анализ порнографии, чтобы исследовать, может ли такое поведение косвенно способствовать репродукции путем воздействия на объем эякулята. Мы закодировали 100 профессиональных сцен порнографии с

изображением того же самого актера—мужчины, совокупляющегося с 100 разными женщинами, и осуществляли контроль над различиями в объеме эякулята. Кодеры визуально оценивали объем эякулята и записывали время, проведенное актером, занимавшимся куннилингусом, а также проникновение во влагалище при любом физическом контакте со своей партнершей. Нами была подтверждена гипотеза, согласно которой мужчина, проводящий больше времени, выполняя куннилингус, продуцирует эякулят в большем объеме (даже после статистического контроля над возрастом и привлекательностью актрисы, а также временем физического контакта со своей партнершей). Кроме того, мы выявили, что длительное совокупление не способствует образованию большего объема эякулята». Это исследование, как утверждают авторы, является первым, которое показывает взаимосвязь между временем, проведенным с использованием куннилингуса и объемом эякулята [33].

Существуют следующие мнения о том, как наступление оргазма у женщин может косвенно влиять на увеличение их шанса забеременеть. Доктор Шахин Гадир (Dr. Shahin Ghadir), эксперт по фертильности (Южная Калифорния, США), отмечает, что с психологической точки зрения наличие оргазма у женщин может обеспечить «более приятный сексуальный опыт у женщин, что приведет к более выраженному уменьшению стресса и желанию иметь больше половых актов» [31]. Существует также идея, что женские оргазмы укрепляют отношения между супругами, обеспечивая их детям стабильную семью [22].

Женский оргазм не способствует, а скорее препятствует оплодотворению

В современной литературе широко представлено мнение о том, что женский оргазм не способствует наступлению беременности. Приводятся те же доводы, которые были получены при исследованиях W. H. Masters и V. E. Johnson [30]. Т. е. сторонники этой точки зрения считают, что сильные оргазмические сокращения матки и влагалища не втягивают сперму, а, напротив, выталкивают ее.

В результате в шейку матки попадает значительно меньшее количество сперматозоидов, а это неблагоприятно сказывается на возможности зачатия. Отмечается, что особенно негативно воздействие оргазма проявляется при одновременном его наступлении у мужчины и женщины или в случае, если оргазм у женщины наступает позже мужского, когда во влагалище уже находится сперма. Также сообщается, что женщинам с ретрофлексией матки (загибом матки кзади) многие специалисты рекомендуют исключать возможность наступления оргазма при половом контакте (в особенности, одновременно с эякуляцией супруга или непосредственно перед ней), так как во время оргазма шейка матки приподнимается, что еще больше затрудняет попадание сперматозоидов в полость матки. Вместе с тем автор приводимого сообщения отмечает, что трудно судить, насколько справедлива данная точка зрения, в особенности учитывая тот факт, что многие женщины, испытав оргазм, отмечают гораздо меньшее вытекание спермы из половых путей [13].

Чтобы проверить гипотезу о связи оргазма и фертильности, психолог из Австралии и психолог из Финляндии (from the University of Queensland in Australia and Abo Akedemi University in Finland) обследовали 8447 женщин, включая однояйцевых близнецов, разнаяйцевых близнецов и сиблингов.* Психологи, в частности, спрашивали женщин, как часто они занимались сексом, как часто у них возникал оргазм за последние четыре недели, и сколько детей у них было. Затем исследователи провели статистический анализ, чтобы найти корреляции между ответами женщин. Они обнаружили слабую положительную корреляцию между тем, как часто женщины испытывают оргазм и количеством их детей. Однако, когда исследователи более подробно проанализировали полученные данные, то обнаружилось, что корреляция была слабее у однояйцевых близнецов, чем у разнаяйцевых. Если бы существовала генетическая

* Сиблинги или сибсы – потомки одних родителей, родные братья и сестры, но не близнецы.

связь между частотой оргазма и величиной потомства, можно было бы ожидать, что корреляция будет более тесной в случае с однойяйцевыми сестрами-близнецами, чем с разнойяйцевыми. Поэтому авторы предположили наличие влияния экологических факторов на частоту оргазма и численность потомства. Но они не смогли точно идентифицировать эти факторы окружающей среды. Следует указать на некоторые недостатки данного исследования. При современной контрацепции у большинства семей мало детей. Возможно, в прошлом частота оргазма и число потомков лучше коррелировали. Будущее исследование, пишет австралийско-финская пара, должно учитывать применение женских контрацептивов [22; 23; 38].

Высказываются мнение о том, что якобы положительная роль окситоцина, вызывающего сокращения матки и таким образом способствующего более быстрому продвижению сперматозоидов к цели и облегчению наступлению беременности, на самом деле отсутствует. Сообщается, что такой сценарий игнорирует возможный вред от увеличения числа сперматозоидов, ведущий к полиспермии и высвобождению ферментов спермы. Это вызывает дегенерацию яйцеклетки и ведет к снижению фертильности [28].

R. J. Levin [29] также считает, что существующее мнение о том, что женский оргазм участвует в транспортировке сперматозоидов путем высвобождения окситоцина, который стимулирует сокращения матки и таким образом обеспечивает большее всасывание спермы с более высокой скоростью, не имеет физиологических доказательств. По его мнению, опубликованные экспериментальные исследования с использованием окситоцина не имитируют естественный коитус. Автор категорически выражает свою точку зрения, согласно которой нет никаких доказательств, что оргазм играет определенную роль в репродуктивной пригодности.

Профессор из Великобритании Роберт Уинстон (Robert Winston) говорит следующее [3; 10]: «До последнего времени считалось, что женский оргазм для зачатия не обязателен. Однако я уже 20 лет изучаю связь между удовлетворением от секса и зачатием, так что с уверенностью могу ска-

зять, что и женщинам тоже следует получать от близости удовольствие. 20 лет назад я собрал группу бесплодных женщин в Хаммерсмитовском госпитале, чтобы впервые исследовать связь женского оргазма и зачатия. ... В одной группе женщины не получали почти никакого удовольствия от секса и не испытывали оргазма. Это были совершенно здоровые пациентки, и их бесплодие ничем не объяснялось. Роль оргазма в зачатии прояснялась для нас с годами». Роберт Уинстон обращает внимание на тот факт, что в момент оргазма у женщины мышцы влагалища и матки сокращаются. Порой это происходит достаточно сильно, что помогает большому количеству сперматозоидов проникнуть внутрь. К тому же, в момент сексуального удовольствия выделяется гормон удовольствия окситоцин, который играет очень важную роль для сокращения матки. Однако свое мнение по рассматриваемой проблеме автор резюмирует следующим образом: «Роль женского оргазма при зачатии не является научным фактом, а лишь предположением, которого лично я придерживаюсь. Но опубликовать данные исследований я не стал. Множество бесплодных женщин и так испытывают чувство вины за то, что они не могут забеременеть. Публикация же такой информации может только усугубить их психологическое состояние».

В другой публикации приводятся более полные данные об этом исследовании [24]. Роберт Уинстон так характеризует его: «Несколько лет назад я впервые прочитал, что не только частота полового акта улучшает шансы женщины на зачатие, но также и то, как часто у нее возникает оргазм. ... Но ранее женский оргазм, хотя и очень приятный, часто считался биологически бесполезным. ... С некоторым трепетом я впервые исследовал эту идею 20 лет назад. В то время я организовал исследование бесплодных женщин, посещающих клинику в больнице Хаммерсмит... В течение многих месяцев мы создали картину из бесед с почти 1000 женщинами. Анализируя ответы, мы разделили наших пациентов на три основные группы. **Первой группой** были женщины, у которых были полностью здоровые и, по-видимому, фертильные партнеры-мужчины, но, несмотря на обширное ис-

следование, не было диагностированной причины их бесплодия. **Вторая группа** была представлена женщинами с поврежденными или заблокированными фаллопиевыми трубами, а это означало, что сперма не могла встретить яйцеклетку, и поэтому оплодотворение не могло произойти. В **третьей группе** были женщины, которые не овулировали из-за гормональных проблем и малого количества сперматозоидов у их партнеров. Оказалось, что женщины в первой группе с совершенно необъяснимым бесплодием «имели тенденцию говорить», что у них были довольно неудовлетворительные сексуальные отношения, оргазм или вообще не возникал, или возникал редко. Эти женщины были полностью нормальными, и наши тесты не смогли найти объяснения их бездетности. Но было удивительно выяснить, что женщины, которые были бесплодны, потому что у них были поврежденные или заблокированные фаллопиевы трубы, чаще имели оргазм, чем пациенты в двух других группах.

Как мы могли бы объяснить эти два вывода научным путем? Одна из теорий заключается в том, что мышцы влагалища и матки во время оргазма сокращаются, иногда довольно энергично, и поэтому больше спермы проникает в матку. ... Мы знаем, что во время оргазма высвобождается гормон окситоцин, который, между прочим, связан с чрезвычайным удовольствием. Этот гормон также важен для сокращений матки. ... Эволюционные биологи, как правило, более прозаичны в отношении женской кульминации. Они часто предполагают, что удовольствие, связанное с наличием оргазма, просто побуждает женщину иметь больше секса. И чем его больше, тем больше вероятность того, что она забеременеет и продолжит обеспечивать выживание нашего вида. Связывание рождаемости и сексуального наслаждения является весьма спорным с научной точки зрения, не в последнюю очередь потому, что у многих женщин редко бывает оргазм, и многие из тех, у кого никогда его не было, часто беременели без труда.

Меня довольно привлекает теория о том, что сокращения матки и фаллопиевых труб могут помочь наступлению беременности. Но после многих мучений я решил не пред-

ставлять свои исследования для публикации в научном журнале. ... Публикация неубедительного исследования, подобного этому, может побудить бесплодных пациенток чувствовать себя еще хуже, хотя не было четких доказательств того, что оргазм улучшает фертильность у большинства женщин. Это была только анкета, основанная на разговорах с пациентками. Независимо от того, насколько тщательно это сделано, наши пациентки не всегда были абсолютно откровенны относительно этого интимного аспекта своей жизни. В конечном счете мы отложили наше исследование. Мы не смогли доказать то, что, по нашему мнению, мы могли бы найти, и нам нужно было больше работать над нашими теориями... Я все еще чувствую, что было бы полезно проводить больше исследований в этой сложной области. ... Надеюсь, что некоторые ... исследователи смогут рассмотреть возможность пересмотра этого важного аспекта человеческой сексуальности».

Таким образом, из приведенного текста следует, что автор надеется на то, что женский оргазм способствует наступлению беременности и сожалеет, что проведенные им исследования этого не подтвердили.

Доктор Шахин Гадир (Dr. Shahin Ghadir) высказался по обсуждаемой проблеме следующим образом «Исследования показали, что наличие или отсутствие женского оргазма никоим образом не помогает и не препятствует фертильности и способности забеременеть» [31].

Эволюционная гипотеза / теория оргазма

Точку зрения, что женский оргазм у людей не оказывает влияния на фертильность, объясняет эволюционный подход (**эволюционная теория оргазма**). Так Михаэла Павличев (Mihaela Pavličev) и Гюнтер Вагнер (Gunther Wagner) (США) предполагают, что «черта, которая превратилась в человеческий женский оргазм», играла роль в индуцировании овуляции у предков человека. Поскольку нет никакой очевидной связи между оргазмом и числом потомства или успешным воспроизведением у людей, ученые сосредоточились на специфических физиологических признаках, которые сопро-

вождают женский оргазм (выделении пролактина и окситоцина), и искали эту активность у других плацентарных млекопитающих. Они обнаружили, что у многих млекопитающих этот рефлекс играет роль в овуляции. Несмотря на огромное разнообразие репродуктивной биологии млекопитающих, некоторые основные характеристики можно проследить на протяжении всей их эволюции. Например, женский цикл яичников у людей не зависит от сексуальной активности. Однако у других видов млекопитающих овуляция индуцируется самцами. Анализ показывает, что овуляция, вызванная самцами, развивается первой, и что циклическая или спонтанная овуляция является производной чертой, которая развилась позже. Ученые предполагают, что «женский оргазм, возможно, развился как адаптация к прямой репродуктивной роли – рефлексу, который, как правило, индуцировал овуляцию». Этот рефлекс стал излишним для воспроизведения позже в эволюции, освобождая женский оргазм для второстепенных ролей. Гюнтер Вагнер считает, что женщинам рода *homo*, предкам современных женщин, для овуляции требовалась стимуляция половых органов. Только после наступления оргазма яйцеклетка покидала фолликул и попадала в фаллопиевы трубы, где могла быть оплодотворена. У некоторых видов животных, например верблюдов, кошек, кроликов и хорьков оплодотворение до сих пор происходит именно так. Стимуляция высвобождала в организме доисторических женщин гормоны, запускающие овуляцию и в качестве побочного эффекта вызывающие кратковременную эйфорию. Однако тысячи лет эволюции отменили это правило: теперь человеческая яйцеклетка высвобождается сама по себе, без стимуляции. Этот факт делает женский оргазм рудиментарной функцией: на самом деле он нам больше не нужен. К такому выводу профессор Вагнер пришел, изучая гормоны, которые самки различных животных выделяют во время спаривания. В большинстве случаев это окситоцин и пролактин, вызывающие приятные ощущения и инициирующие овуляцию. Сравнительное исследование женских гениталий также показало, что в процессе эволюции по направлению к спонтанной овуляции клитор

был перемещен из своего «предкового положения» внутри копулятивного канала. Это анатомическое изменение сделало менее вероятным получение клитором адекватной стимуляции во время полового акта, приводящей к нейроэндокринному рефлексу, известному человеку как оргазм. «Гомологичные черты у разных видов часто трудно идентифицировать, поскольку они могут существенно измениться в ходе эволюции», – сказала Павличев. «Мы считаем, что гормональный всплеск характеризует черту, которую мы называем у людей женским оргазмом» [4; 32; 36].

В своей статье M. Pavličev и G. Wagner [32] также сообщают, что с развитием спонтанной овуляции оргазм был освобожден для второстепенных ролей, которые могут объяснить его поддержание, но не происхождение.

В популярном виде данная теория нашла отражение в публикации, где сообщается, что женский оргазм когда-то был важным для зачатия, но больше не играет такой жизненно важной роли. Сегодня овуляция происходит по месячному графику, независимо от того, занимается ли женщина сексом. Но может ли женский оргазм вызвать овуляцию у «более ранних» людей? Вот как это работает у некоторых млекопитающих. Например, если кошки не совокупляются, то они не овулируют. Стимуляция клитора вызывает чувство удовольствия, а также высвобождение гормонов и мышечные сокращения. Эти гормоны и сокращения могли бы сигнализировать яичникам о необходимости высвобождения яйцеклетки у предков людей. Когда люди эволюционировали, и овуляция начала регулярно возникать и без сексуальной стимуляции, клитор отодвигался дальше от вагинального канала [23].

В связи с тем, что в этой гипотезе исключительная роль в оплодотворении у предков человека и животных уделяется оргазму, наступающему у самок, небезынтересно привести следующие сообщения. Долгое время ученые заявляли, что женщины – единственные самки в животном мире, испытывающие оргазм. В большинстве публикаций ранее сообщалось, что если самцы животных испытывают оргазм, то самки – никогда. Часто заявляют, что оргазм женщины – качество

чисто человеческое, которое приобретается в ходе эволюции; самка животных его не испытывает, а лишь получает «удовлетворение инстинкта продолжения рода». Вместе с тем отмечается, что оргазм не является врожденным качеством [17].

Также сообщается, что способность к оргазму у самок животных «имела бы катастрофические последствия для процесса выживания вида». Обосновывают это утверждение тем, что самки животных могут и должны вступать в сексуальные отношения только в определенный период, чтобы их потомство можно было бы выносить и вырастить. «Разумеется, проделывать эту процедуру в стужу и голод для большинства животных – смерти подобно. Поэтому если бы природа подарила самкам оргазм, то они бы непременно и тотчас пустились «в загул», влекомые поисками наслаждения и сексуальных утех. Последнее бы кончилось печально для новорожденных детенышей» [16].

Помимо этого, отмечается, что когда семя оказалось во влагалище, то можно считать, что дело сделано. Об этом оргазм самца его и информирует. Поскольку же самка не выбрасывает семени, то и оргазм ей не нужен. Также фиксируют внимание на то, что в момент оргазма мышцы женских половых органов препятствуют попаданию сперматозоидов в матку, что негативно сказывается на продолжении рода. Подчеркивается, что поскольку в животном мире другой цели, кроме продолжения рода, у секса просто нет, то и оргазм самки – непозволительная роскошь [16].

Однако в ряде публикаций отмечается, что некоторые самки животных все же испытывают оргазм. Так, профессор университета Индианы (США) биолог Элизабет Ллойд сообщает, что в процессе эволюции единственными в животном мире, кто испытывает оргазм, являются самки свиней [18], а в одной из публикаций в качестве такого исключения называют хорьков и кроликов. Однако итальянский психобиолог Альберто Оливерио считает не совсем верным то, что животный мир функционирует по-другому, так как любое спаривание приводит к усилению, а затем «снятию» нервного напряжения, что определенным образом связано с удовольствием [18].

Складывается впечатление, что вектор признания или непризнания возможности переживания животными оргазма начал постепенно склоняться в сторону расширения числа их представителей, которые способны его испытать. К. Райан и К. Жета [14] заявили, что когда биологи и приматологи «вышли на сцену», стало ясно, что оргазм свойственен самкам многих приматов. Также они отмечают, что Дональд Саймонс и другие авторы доказывают, что «оргазм – это как минимум потенциал, имеющийся у всех самок млекопитающих». Саймонс считает, что «техники предварительных игр и сношений с интенсивной непрерывной стимуляцией женщин, доводящие их до оргазма», помогают реализовать этот «потенциал» в некоторых человеческих сообществах. Иными словами «женщины имеют больше оргазмов, чем кобылы, просто из-за того, что мужчины лучшие любовники, чем жеребцы».

Исследователи пытаются выявить наличие оргазма у приматов путем наблюдения за различными физиологическими и поведенческими факторами, такими как учащение мышечных сокращений или изменения голоса. Как правило, в большинстве экспериментов используются макаки, потому что генетически они близки к Homo Sapiens и имеют схожую с человеком репродуктивную систему. Психолог Уильям Леммон и его аспирант Мел Аллен из Института изучения приматов в Нормане, штат Оклахома (США), утверждают: «Самки обезьян демонстрируют большинство признаков сексуального возбуждения и достижения оргазма, которые можно наблюдать у женщин» [9].

Тим Биркхэд, профессор из Университета Шеффилда (Великобритания), потратил годы на изучение сексуального поведения птиц. Согласно его наблюдениям, единственными из этого класса животных, кто демонстрирует что-то похожее на оргазм, являются красноклювые ткачи. Что касается утверждения, что дельфины иногда занимаются сексом ради удовольствия, то это вовсе не означает, что они достигают оргазма. Дельфинами, так или иначе, движет инстинкт продолжения рода, при этом секс улучшает их самочувствие, но в основе лежит все-таки размножение. Тадамичи Морисака, сотрудник Центра изучения дикой природы при

Киотском университете (Япония), поясняет: «Дельфины действительно часто мастурбируют без эякуляции, однако мы не знаем, испытывают ли они оргазм, потому что до сих пор не изучены реакции мозга дельфинов на сексуальную активность». К сожалению, в последнее время подобные исследования не получают должного финансирования. Ким Уоллен, профессор психологии из Университета Эмори (Emory University) в Атланте (штат Джорджия, США), выделяет несколько причин значительного сокращения исследований оргазма у животных, одной из которых он называет то, что ученым гораздо проще изучать оргазм у людей, например с помощью магнитно-резонансной томографии [9].

Итальянские исследователи Альфонсо Троици (Alfonso Troisi) и Моника Карози (Monica Carosi) провели 238 часов, наблюдая за японскими макаками, и стали свидетелями 240 совокуплений между мужскими и женскими особями. Во время трети этих спариваний они наблюдали то, что назвали оргазмической реакцией самки: «Самка поворачивает голову, оглядываясь на своего партнера, отводит назад руку и захватывает ею самца». Поскольку невозможно расспросить самку макаки о ее ощущениях, то с достаточным основанием можно предположить, что такое поведение аналогично тому, что происходит с женщинами – по крайней мере до некоторой степени. Отчасти это связано с тем, что поведение макак иногда сопровождается физиологическими изменениями, наблюдаемыми у людей, такими как увеличение частоты сердечных сокращений и непроизвольные сокращения влагалища. Интересно, что чаще всего самки макак демонстрируют подобную реакцию, когда совокупляются с самцом, занимающим доминирующее положение в иерархии обезьяньей стаи. Это позволяет предположить, что существует не только физиологическая, но и социальная составляющая, а не просто рефлексивный отклик на половое возбуждение [2; 25].

Следует отметить, что млекопитающие при занятии сексом испытывают удовольствие, но говорить о наличии достаточного количества документированных данных о том, что это завершается наступлением у них оргазма не представ-

ляется возможным. Тот факт, что у животных внешняя часть клитора находится ближе к вагинальному каналу и непосредственно стимулируется при коитусе (облегчение наступления оргазма), соперничает с гораздо более короткими спариваниями, чем у людей (затрудняет его наступление), что, по-видимому, в ряде случаев может компенсироваться многократными спариваниями, совершаемыми на протяжении небольших промежутков времени.

Г. С. Васильченко [6; 7; 11] сообщает о наблюдениях, осуществленных рядом исследователей, свидетельствующих о том, что продолжительность копулятивных циклов (как завершенных, так и незавершенных, т. е. анэякуляторных) у различных приматов составляет намного менее минуты: у макак самец производит во время одной садки 2–8 фрикций; возбужденный макак резус на протяжении 10–20 мин производит 5–25 садок, каждая из которых продолжается 3–4 сек и состоит из нескольких единичных фрикций (при этом часть садок носит анэякуляторный характер); самец–бабуин в период одной садки, продолжающейся 10–15 сек, производит 5–10 фрикций; у шимпанзе в течение одной садки производится 4–15 фрикций по одним данным и 5–15 – по другим. У низших млекопитающих, продолжает автор, продолжительность фрикционной стадии находится в таких же пределах, составляя у котов от 5 до 10 сек, а у баранов в случной сезон – около минуты по одним данным и 13–19 сек – по другим.

В заключение следует отметить, что в настоящее время, как свидетельствуют приведенные нами данные [5], отсутствуют научные доказательства, которые могли бы безоговорочно свидетельствовать о прямой связи оргазма у женщин и возможности ими забеременеть. Можно говорить только о наличии таких предположений. Даже верящие в данную гипотезу ученые не смогли доказать это в результате проведенных ими исследований. Многочисленные наблюдения, включая наши, свидетельствуют о том, что даже женщины, которые никогда в течение всей своей жизни не испытывали оргазм, могут обладать хорошим репродуктивным потенциалом. Вместе с тем следует отметить, что женский оргазм

может косвенно способствовать увеличению вероятности возникновения беременности, так как ведет к учащению половой активности женщин.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Габовская Н. Приятное с полезным: оргазм увеличивает шанс забеременеть. – URL: <http://www.wday.ru/deti/beremennost-i-rody/priyatnoe-s-poleznyim-orgazm-uvlichivaet-shans-zaberemenet/> (дата обращения: 22.09.2017).
2. Голдмэн Д. Получают ли животные удовольствие от секса? – URL: http://www.bbc.com/russian/science/2014/06/140618_vert_fut_animals_enjoying_sex (дата обращения: 12.12.2017).
3. Женский оргазм и зачатие. – URL: <http://deto4ka.com/996-zhenskiy-orgazm-i-zachatie.html> (дата обращения: 22.09.2017).
4. Женский оргазм не нужен? – URL: <http://www.popmech.ru/science/251752-zhenskiy-orgazm-ne-nuzhen/> (дата обращения: 15.01.2017).
5. Кочарян Г. С. Женский оргазм и фертильность // Здоровье мужчины. – 2017. – №4 (63). – С. 95–102.
6. Кочарян Г. С. Расстройства эякуляции и их лечение. – Х.: Вид-во Віровець А. П. «Апостроф», 2012. – 328 с.
7. Кочарян Г. С. Преждевременная эякуляция: терминология, эпидемиология, дефиниции, «философия» диагноза // Здоровье мужчины. – 2013. – №2 (45). – С. 151–159.
8. Марфунин Д. «О женском оргазме». – URL: <http://acugyn1.narod.ru/orgasm.htm> (дата обращения: 19.12.2017).
9. Могут ли животные испытывать оргазм? – URL: <https://www.factroom.ru/facts/43416> (дата обращения: 12.12.2017).
10. Нужен ли оргазм для зачатия? – URL: <https://www.medikforum.ru/news/health/pregnancy/2252-nuzhen-li-orgazm-dlya-zachatiya.html> (дата обращения: 22.09.2017).
11. Общая сексопатология. Руководство для врачей / Под ред. Г. С. Васильченко. – М.: Медицина, 1977. – 488 с.

12. Оргазм: 10 странных фактов. – URL: <http://elle.ua/otnosheniya/lubov-i-seks/orgazm-10-udivitelnyih-faktov/> (дата обращения: 04.12.2017).
13. Потапенко М. Оргазм и зачатие. – URL: <http://plan.baby-calendar.ru/zachatie/orgazm-i-zachatie/> (дата обращения: 22.09.2017).
14. Райан К., Жета К. Секс на заре цивилизации. Эволюция человеческой сексуальности с доисторических времен до наших дней. – М.: Ориенталия, 2015. – 512 с.
15. Роуч М. (Mary Roach) Секс для науки. Наука для секса. – М.: Альпина нон-фикшн, 2017. – 320 с.
16. Тайна оргазма (или почему «любовь зла»). – URL: <http://amourville.ru/articles/news-106.html?left=6> (дата обращения: 06.03.2011).
17. Ученые: Оргазм женщины – качество чисто человеческое, самка животных его не испытывает. – URL: <http://itsnow.ru/prt/news:104891> (дата обращения: 06.03.2011).
18. Эксперт: женский оргазм – ловушка эволюции и бесполезный артефакт. – URL: http://atlanta.russianamerica.com/common/arc/story.php?id_cat=24&id=194824 (дата обращения: 07.03.2011).
19. Can A Woman's Orgasm Increase Chances Of Pregnancy? By Kelly Winder in Conception. Updated: September 15, 2017. – URL: <https://www.bellybelly.com.au/conception/orgasm-does-a-female-orgasm-increase-chances-of-pregnancy/> (date of the reference: 22.09.2017).
20. Custers I. M., Flierman P. A., Maas P., Cox T., Van Dessel T. J., Gerards M. H., Mochtar M. H., Janssen C. A., van der Veen F., Mol B. W. Immobilisation versus immediate mobilisation after intrauterine insemination: randomised controlled trial. *BMJ*. – 2009 Oct 29;339:b4080. doi: 10.1136/bmj.b4080.
21. Дан Н. Оргазм повышает возможность забеременеть. – URL: <http://www.likar.info/ginekologiya/news-78712-orgazm-povyshaet-vozmozhnost-zaberemenet/> (date of the reference: 22.09.2017).
22. Do Female Orgasms Help With Conception? New Study Says No Another blow to a compelling evolutionary theory. By Francie Diep. June 21, 2013. – URL: <http://www.popsci.com>

- com/science/article/2013-06/why-orgasming-doesnt-help-you-conceive (date of the reference: 22.09.2017).
23. Does Female Orgasm Boost Your Odds for Getting Pregnant? What Everyone Wonders But Never Asks About Orgasm and Fertility By Rachel Gurevich. Reviewed by a board-certified physician Updated May 12, 2017. – URL: <https://www.verywell.com/does-female-orgasm-boost-your-odds-of-getting-pregnant-1960265> (date of the reference: 19.09.2017).
 24. From Britain's leading fertility expert, an intriguing question... Is a woman more likely to conceive if she enjoys sex? By Professor Robert Winston. UPDATED: 09:29 BST, 20 May 2010. – URL: <http://www.dailymail.co.uk/femail/article-1279841/From-Britains-leading-fertility-expert-intriguing-question--Is-woman-likely-conceive-enjoys-sex.html> (date of the reference: 19.12.2017).
 25. Goldman Jason G. Do animals have sex for pleasure. 13 June 2014. – URL: <http://www.bbc.com/future/story/20140613-do-animals-have-sex-for-fun> (data of the reference: 12.12.2017).
 26. King Robert, Dempsey Maria, Valentine Katherine A. Measuring sperm backflow following female orgasm: a new method. *Socioaffect Neurosci Psychol.* 2016; 6: 10.3402/snp.v6.31927.doi: 10.3402/snp.v6.31927. – URL: <http://dx.doi.org/10.3402/snp.v6.31927> (date of the reference: 30.11.2017).
 27. Komisaruk B. R., Whipple B., Nasserzadeh S., Beyer-Flores C. *The orgasm answer guide.* – Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2010. – xiv+153 p.
 28. Levin R. J. Can the controversy about the putative role of the human female orgasm in sperm transport be settled with our current physiological knowledge of coitus? // *J Sex Med.* – 2011. – 8 (6). – P. 1566-1578.
 29. Levin R. J. The human female orgasm: a critical evaluation of its proposed reproductive functions // *Sexual and Relationship Therapy.* – 2011 – 26 (4). – P. 301–314.
 30. Masters W. H., Johnson V. E. *Human sexual response.* Boston: Little Brown & Company, 1966. – 366 p.
 31. Oh, Baby! Does Female Fertility Benefit from Female Orgasm? – URL: <https://www.astroglide.com/blog/does-female->

- fertility-benefit-from-female-orgasm/ (date of the reference: 19.09.2017).
32. Pavličev M., Wagner G. The Evolutionary Origin of Female Orgasm // *J Exp Zool B Mol Dev Evol.* – 2016. – 326 (6). – P. 326–337. doi: 10.1002/jez.b.22690.
 33. Pham Michael N., Jeffery Austin John, Sela Yael, Lynn Justin T., Trevino Sara, Willockx Zachary, Tratner Adam, Itchue Paul, Shackelford Todd K., Fink Bernhard, McDonald Melissa M. Duration of Cunnilingus Predicts Estimated Ejaculate Volume in Humans: a Content Analysis of Pornography // *Evolutionary Psychological Science* –2016. – 2 (3). – P. 220–227.
 34. Trying to get pregnant? Orgasm before your partner, ditch the lattes and banish cling film... expert reveals top tips to boost your fertility. – URL: <http://www.dailymail.co.uk/health/article-3137759/Trying-pregnant-Orgasm-partner-ditch-lattes-banish-cling-film-expert-reveals-tips-boost-fertility.html> (date of the reference: 19.09.2017).
 35. Wildt L., Kissler S., Licht P., Becker W. Sperm transport in the human female genital tract and its modulation by oxytocin as assessed by hysterosalpingoscintigraphy, hystero-tonography, electrohystero-graphy and Doppler sonography // *Hum Reprod Update.* – 1998. – 4 (5). – P. 655–666.
 36. Yale researchers shed light on evolutionary mystery: Origins of the female orgasm. YaleNews EXPLORE TOPICS. By Jon Atherton and Bill Hathaway August 1, 2016. – URL: <https://news.yale.edu/2016/08/01/yale-researchers-shed-light-evolutionary-mystery-origins-female-orgasm> (date of the reference: 25.09.2017).
 37. Zervomanolakis I., Ott H. W., Hadziomerovic D., Mattle V., Seeber B. E., Virgolini I., Heute D., Kissler S., Leyendecker G., Wildt L. Physiology of upward transport in the human female genital tract // *Ann N Y Acad Sci.* – 2007. – 1101. – P. 1–20.
 38. Zietsch Brendan P., Santtila Pekka. No direct relationship between human female orgasm rate and number of offspring // *Animal Behaviour.* – 2013. –86 (2). – P. 253–255.

ГЛАВА 13

РАССТРОЙСТВО В ФОРМЕ ПОСТОЯННОГО ГЕНИТАЛЬНОГО ВОЗБУЖДЕНИЯ, СИНДРОМ РАЗДРАЖЕННЫХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Синдром постоянного сексуального возбуждения (Persistent Sexual Arousal Syndrome [PSAS]), который затем назвали расстройством в форме постоянного генитального возбуждения (Persistent Genital Arousal Disorder [PGAD]), был впервые описан в медицинской литературе в 2001 г. S. R. Leiblum и S. G. Nathan (С. Р. Лейблум и С. Г. Натан) [18; 22]. Вместе с тем отмечается, что подобная клиническая картина у женщины была описана в Великобритании за несколько лет до этого A. Riley (А. Райли) [26], и вполне возможно, что Soranus of Ephesus (Соран Эфесский) ссылаясь на это состояние в *Midwifery and diseases of women* (Акушерство и болезни женщин) во втором веке нашей эры [19]. Когда впервые, кем и где была описана симптоматика, характерная для этого расстройства, по-видимому, сказать сложно, так как на самом деле она описывалась разными авторами в различных странах под диагнозом гиперсексуальности (повышенного полового влечения). По нашему мнению, в переводе на русский язык для обозначения данной патологии целесообразно использовать предложенный нами вышеприведенный термин «расстройство в форме постоянного генитального возбуждения», а не встречающийся в русскоязычной литературе термин «стойкое расстройство полового / генитального возбуждения», так как последний, представляющий собой кальку с английского языка, не дает возможность понять, идет ли речь о повышении этого возбуждения, его снижении или даже отсутствии [7].

История возникновения названий этой патологии и их смены такова. После 2001 г., когда S. R. Leiblum и S. G. Nathan [18; 22] описали ее под названием PSAS у 5 женщин, в 2004 г. этот синдром был признан как клиническая сущность International Definitions Committee (Международным комитетом по дефинициям) [15]. Впоследствии данное расстрой-

ство было переименовано S. R. Leiblum в PGAD. PGAD не признавалось в качестве расстройства DSM-IV-TR (последняя американская классификация психических расстройств) и не признается как таковое МКБ-10. На веб-сайте International Society for Sexual Medicine (Международного общества сексуальной медицины) сообщается [17], что рабочая группа по сексуальным расстройствам и расстройствам гендерной идентичности (The DSM Work Group on Sexual and Gender Identity Disorders) американской классификации психических расстройств (DSM) не предложила включение PGAD в последнюю американскую классификацию психических расстройств, что отражено в Пятом издании диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам (Fifth Edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [DSM-5]), которое было издано 18 мая 2013 г. [16]. Тем не менее на сегодняшний день диагноз PGAD получил достаточно широкое распространение.

В одной публикации отмечается, что хотя точную цифру больных с этой патологией назвать невозможно, это состояние может иметь место у значительно большего числа женщин, чем считалось ранее, о чем свидетельствует тот факт, что сотни женщин по всему миру, страдающие PSAS, заполнили сложные всеобъемлющие анкеты, размещенные на различных медицинских веб-сайтах [12]. В англоязычной версии Википедии сообщается, что распространенность PGAD неизвестна, но по крайней мере во всем мире существует 7000 случаев этого расстройства [24].

PGAD диагностируют как у женщин, так и у мужчин, но у женщин оно встречается намного чаще. Его описывали и у детей.

D. Goldmeier и соавт. [19] приводят следующие диагностические критерии PGAD:

1. Симптомы, характерные для сексуального возбуждения (генитальное набухание и чувствительность с набуханием сосков или без него), которые сохраняются в течение длительного периода времени (часы или дни) и самостоятельно полностью не утихают.

2. Симптомы физиологического возбуждения, которые не проходят при обычном оргазме, и могут потребоваться множественные оргазмы на протяжении часов или дней для уменьшения этого возбуждения.

3. Симптомы возбуждения, как правило, не воспринимаются как связанные с каким-либо субъективным ощущением сексуального возбуждения или желания.

4. Стойкое генитальное возбуждение может быть вызвано не только посредством сексуальной активности, но, видимо, также несексуальными раздражителями или вообще без видимых стимулов.

5. Симптомы воспринимаются как неуместные, навязчивые и нежелательные.

6. Эти симптомы вызывают у женщины по крайней мере умеренную степень дистресса.

Сообщается, что, находясь в состоянии предоргазма, женщины с данной патологией не имеют при этом ни малейшего желания сексуальных отношений. Данное состояние не только не приносит им удовольствия, но, более того, похоже на боль в гениталиях, которая сопровождается неприятными переживаниями. Эти женщины постоянно возбуждены даже при отсутствии какого-либо сексуального стимула и сексуального влечения. Это состояние не всегда завершается оргазмом, но даже при его возникновении облегчения у больных не возникает. Оргазм может случиться у этих женщин в любое время, в любом месте и при любых обстоятельствах (в магазине, на работе, в кафе и т. п.). Таким образом их жизнь превращается в трагедию [5].

Отмечается, что PGAD может присутствовать на протяжении всей жизни человека (первичное PGAD) или развиться в любом возрасте (вторичное PGAD) [21]. Это состояние может длиться в течение многих лет и быть настолько сильным, что способно привести не только к депрессии, но и к самоубийству [24].

Существуют данные о том, что количество испытываемых спонтанных оргазмов может достигать 500 раз в день, что имело место у 30-летней домработницы, британке Заре

Ричардсон из графства Хэмпшир (Англия), у которой имеет место PGAD. Этот диагноз впервые был поставлен ей в 2010 г. [1; 13].

Необходимо лишний раз указать, что при распознавании PSAS/PGAD, в частности, следует четко ориентироваться на следующие вышеуказанные его критерии: ***симптомы возбуждения, как правило, воспринимаются как не связанные с каким-либо субъективным ощущением сексуального возбуждения или желания; симптомы воспринимаются как неуместные, навязчивые и нежелательные.***

Внимания заслуживает следующее сообщение [4]. В американском городе Спринг-Хилл (штат Флорида) совершила самоубийство 39-летняя Гретхен Моланнен, страдавшая постоянным генитальным возбуждением. Нервное напряжение, в котором женщина находилась по этой причине на протяжении последних 16 лет, заставило ее в итоге свести счеты с жизнью – тело американки было найдено в ее доме. Как именно женщина совершила суицид, неизвестно. Всего две недели назад в свой профиль в Facebook Гретхен выложила пугающий снимок, где изображена женщина в голубой футболке, голова которой плотно закрыта брезентом, а сверху на ткань надет противогаз, ее руки заведены за спину. Гретхен Моланнен страдала от изнурительного генитального возбуждения, снять которое можно было только многочасовой мастурбацией. Облегчение длилось всего несколько минут, потом неудержимое возбуждение снова стремительно нарастало. Она жаловалась, что получает подряд по 50 неконтролируемых оргазмов. Такая физическая и нервная нагрузка тяжело отражалась на здоровье и психологическом состоянии женщины.

Проблемы с сексуальным возбуждением начались у Моланнен в возрасте 23 лет. Первые десять лет она не понимала, что с ней происходит, не знала, к кому обратиться за помощью, и страдала молча. Гретхен пыталась работать переводчиком, но ей сложно было сосредоточиться на выполняемой работе из-за своего нарушения. После 1999 г. она жила в Спринг-Хилле и постоянной работы не имела.

У нее был бойфренд, но за год они занимались с ним сексом всего четыре раза, потому что расплатой за соитие для Гретхен были последующие многочасовые мучения. Около пяти лет назад Моланнен увидела по телевизору женщину, которая рассказала о похожих ощущениях. Только тогда она обратилась к врачам. Ей прописали антидепрессанты, которые лишь частично снижали сексуальное возбуждение. Дважды она предпринимала попытки получить инвалидность, но ей отказывали. Состояние женщины было настолько тяжелым, что в прошлом году она пыталась покончить с собой по крайней мере трижды [4].

Недавно она решила рассказать журналистам свою печальную историю. Американка объяснила им, что хочет рассказать о своем расстройстве, чтобы люди поняли, что это серьезное отклонение от нормы, требующее врачебного вмешательства, и чтобы страдающие им женщины имели мужество обратиться за помощью. Гретхен подробно рассказывала о своих страданиях на протяжении 10 часов. На следующий день после появления в Сети статьи она покончила с собой [4].

Приведем демонстративный пример, когда PGAD имело место у мужчины. Дейл Декер (Dale Decker), 37-летний американец из Ту Риверс, штат Висконсин (Two Rivers, Wisconsin), в сентябре 2012 г. упал со стула, в результате чего произошло смещение межпозвонкового диска, что привело к развитию постоянного генитального возбуждения [3; 23]. После травмы он направился в больницу и по дороге испытал сразу пять оргазмов. С тех пор постоянно страдает от неконтролируемых многократных оргазмов и просто боится выходить из дома, опасаясь испытать оргазм прямо на публике. Дейл испытывает до 100 оргазмов в день. Он рисует отчаянную картину и говорит, что эти эпизоды изолировали его от семьи и общества, из-за страха, что один из этих оргазмов произойдет на публике. О характеризующей патологии никогда не слышал до 2012 г. Один из наиболее неприятных и болезненных моментов он пережил, когда умер его отец. Дейл говорит: «Представьте себе, что вы стоите на коленях перед гробом на похоронах вашего отца, чтобы

проститься с ним, и вдруг прямо там у вас случается девять оргазмов. В это время вся ваша семья стоит позади вас. Такая картина заставляет вас пожелать того, чтобы до конца дней у вас больше не было оргазма. В этом нет ничего приятного, потому что даже при том, что вы можете чувствовать себя хорошо физически, вы испытываете полное отвращение к тому, что происходит». Он добавляет: «Если вы в общественном месте, если перед вами стоят дети, то это просто омерзительно. Это может вас реально быстро сломать... Это случилось со мной в продуктовом магазине, а когда все было закончено, прямо на меня тарасилось 150 человек. Как выходить из дома, когда может случиться нечто подобное?»

Дейл женат, у него двое сыновей. В то время как он страдает от сотни оргазмов в день, это никак не связано с его женой Эйприл (April), 33 лет, которая пытается его поддерживать. Однако она признается, что ей очень тяжело. Она говорит: «Сейчас, когда он не может работать и кормить семью, мы действительно боремся изо всех сил, и я чувствую себя так, словно все легло на мои плечи. Это реально огорчает. Мы не делаем того, что должны делать муж и жена, и мы уже спорим о тех вещах, которые и не должны бы нас беспокоить. Из-за того, что временами «вспышки» у Декера случаются по ночам, мы приняли решение спать в разных кроватях». Эйприл продолжает: «Я очень скучаю по старому Дейлу. В нашей жизни по обыкновению было много радости, и я надеюсь, что в один прекрасный момент он вернется ко мне. Может быть, доктора найдут лекарство от этого. Я не знаю... Я просто очень надеюсь, что они сделают это». Однако пока Дейл может рассчитывать только на медитацию, упражнения для мышц тазового дна и обезболивающие препараты. Супруги откровенно признались, что практически перестали заниматься сексом. Теперь Декер также не способен быть прежним и для своих сыновей. Он старается быть хорошим отцом, но не может вместе с ними потренироваться, поиграть в мяч, и они, скорее всего, не понимают почему.

Дена Харрис (Dena Harris), гинеколог из Нью-Йорка, которая больше работала с женщинами, пострадавшими от постоянного генитального возбуждения, говорит: «Это же очевидно, что Дейл мучается, и я уверена, что найдутся такие люди, которые скажут, что все это просто у него в голове. Но это не так. Это серьезное заболевание, и я очень надеюсь, что он получит помощь, в которой так отчаянно нуждается. Пребывать в половом возбуждении – это замечательно, но здесь речь о другом, не о сексуальном возбуждении. Это ужасающие спазмы, и это может быть очень болезненно. Все выглядит так, что Дейл страдает не только эмоционально, но и физически». По ее мнению, если Декер в ближайшем будущем не получит помощь, то это грозит большим риском, так как когда человек страдает от такого состояния, то начинает думать о самоубийстве, потому что чувствует, что у него нет иного выхода, чтобы разрешить ситуацию [3].

Когда PSAS/PGAD сочетается с синдромом беспокойных ног (Restless Legs Syndrome [RLS]) и/или с синдромом гиперактивного мочевого пузыря (Overactive Bladder Syndrome [OABS]), и/или с гиперчувствительностью мочеиспускательного канала (hypersensitivity of the urethra), его называют синдромом раздраженных гениталий (Restless Genital Syndrome [ReGS]) [27; 29–32].

По мнению нидерландского сексолога M. D. Waldinger (М. Д. Вальдингер), ReGS является генитальной формой RLS. Как известно, RLS – состояние, характеризующееся неприятными ощущениями в нижних конечностях, которые появляются в покое (чаще в вечернее и ночное время), вынуждают больного совершать облегчающие их движения и часто приводят к нарушению сна [2; 10; 11; 14; 20]. Основываясь на клинических наблюдениях, M. D. Waldinger постулировал мнение, что странные (причудливые) генитальные ощущения подобны ощущениям, относящимся к RLS. «Для того чтобы подчеркнуть эту эквивалентность, мы решили переименовать PSAS в Restless Genital Syndrome (ReGS)» – объясняет Waldinger. Он также добавляет: «Результаты нашего исследования противоречат идее, что жалобы имеют

психологическую причину», и «дальнейшие исследования могут способствовать адекватному лечению этого тяжелого синдрома, недавно ставшего известным, который может быть более распространен, чем известно в настоящее время» [25].

Диагноз ReGS ставят на основании наличия следующих 7 критериев [27]:

- 1) нежелательные и неприятные беспокоящие генитальные ощущения при отсутствии сексуального желания или сексуальных фантазий;
- 2) нежелательные неприятные спонтанные оргазмы при отсутствии сексуального желания или сексуальных фантазий;
- 3) жалобы, характерные для синдрома беспокойных ног;
- 4) жалобы, характерные для синдрома гиперактивного мочевого пузыря;
- 5) усиление нежелательных неприятных беспокоящих генитальных ощущений в положении сидя;
- 6) постоянная механическая гиперестезия генитальной области при сенсорном тестировании (пальпации);
- 7) появление нежелательных и неприятных генитальных ощущений при мануальном обследовании нижней ветви лобковой кости.

Сообщается, что существенным проявлением этого синдрома является ощущение приближения нежелательного непроизвольного оргазма у женщин, что его симптомы вызывают страдания, существуют длительное время и не проходят после одного или более оргазмов [6].

Для того чтобы поставить диагноз ReGS, вовсе не обязательно наличие всех вышеприведенных критериев. Например, при отсутствии жалоб, характерных для синдрома беспокойных ног, могут иметь место проявления гиперактивного мочевого пузыря, или наоборот.

Во многих публикациях сообщается о наличии при ReGS нежелательных и неприятных ощущений в гениталиях [28], что и стало одним из его диагностических критериев.

Формирование расстройства

PGAD может быть обусловлено психогенными факторами, биполярным расстройством, эпилепсией, кистами Тарлова в нижней части позвоночника. Опыт сексуальной жизни таких людей мог начаться с ряда травматических или несчастных случаев, связанных с занятием спортом. В качестве причин, обуславливающих это расстройство, называют сенсорную нейропатию дорсального нерва клитора, патологию артерий и вен кровеносной сети гениталий, тазовую артериовенозную мальформацию* артериальных ветвей к пенису или клитору, которая также может возникнуть в результате существования PGAD [8]. Среди этиологических факторов, которые могут привести к развитию PGAD, также называют пудендонейропатию, генитальные пролапсы и дерматозы, дисфункции мочевого пузыря, кишечника и гинекологические проблемы, лечение тразодоном, соевую диету (соя ежедневно употреблялась в количестве 4 фунтов; 1 фунт соответствует 453,6 гр) [8].

На основании анализа формирования PGAD, мы пришли к заключению, что, по-видимому, в диагностическом плане в данном случае следует говорить о синдроме, который может быть проявлением различных патологических состояний [8].

Лечение

С целью терапии больных с PGAD/PSAS и ReGS используются мастурбация и прикладывание пакетов со льдом на генитальную область, транквилизаторы (оксазепам, клоназепам, диазепам, феназепам), антипсихотики (сонапакс), трамадол (опиоидное лекарство, влияющее на спинной мозг и центральную нервную систему, тормозя проведение болевых импульсов), габапентин (антиэпилептический препарат), прегабалин (противосудорожное и анальгезирующее средство, которое применяют у больных эпилепсией; кроме того, он полезен как при генерализованной тревоге, так и при нейропатической боли), топирамат (противоэпилептический препарат), пароксетин (антидепрессант из группы селектив-

* Мальформация – патологическая связь между венами и артериями.

ных ингибиторов обратного захвата серотонина), дулоксетин (антидепрессант, ингибирующий обратный захват серотонина и норэпинефрина [норадреналина]; данные о его эффективности противоречивые), трициклические антидепрессанты, варениклин (торговое название препарата Chantix в США и Champix в Европе и других странах), который обычно используется для того, чтобы помочь бросить курить [9].

Также применяют инъекции в мочевого пузыря для того, чтобы расслабить его мышцы, инъекции ботокса, который блокирует дорсальный нерв клитора, мануальную терапию тазового дна для уменьшения мышечного гипертонуса вблизи срамного нерва, чрескожную электростимуляцию крестцовой области и лобковой кости (для лечения женщин с ReGS), электросудорожную терапию (ЭСТ) (после резкого прекращения приема пароксетина у пациентки с биполярным расстройством развился PGAD; с усилением его симптомов у нее развилась сильная депрессия и появились суицидальные мысли, что послужило причиной назначения ЭСТ, которая оказалась эффективной). Для лечения больных с PGAD используется гипносуггестивная терапия, когнитивно-поведенческая терапия (направлена на коррекцию существующих у больных неадекватных убеждений и мыслей в вопросах сексуальных отношений и негативных аффективных состояний, являющихся результатом существования дисфункциональных когниций, связанных с сексуальностью), медитация, хирургическая коррекция половых артериовенозных свищей и устранение генитальных пролапсов, лечение некоторых дерматозов, а также гемоглобинопатий, местные анестетики, хирургическое высвобождение ущемленного срамного нерва [9].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. 30-летняя британка испытывает по 500 оргазмов в день (ФОТО). – URL: <http://mediadrom.info/socium/2071-30-letnyaya-britanka-zara-richardson-ispytyvaet-500-orgazmov-v-den> (дата обращения: 09.03.2015).

2. Аверьянов Ю. Н., Подчуфарова Е. В. Синдром беспокойных ног // Неврологический журнал. – 1997. – № 3. – С. 12–16.
3. Булатов А. 100 оргазмов каждый день. Сайт: «Знаменитости». – URL: http://www.peoples.ru/state/citizen/dale_decker/ (дата обращения: 21.12.2014).
4. В США покончила с собой женщина, доведенная до отчаяния неутолимимым сексуальным возбуждением. 5 декабря 2012 г. – URL: <http://www.newsru.com/world/05dec2012/molannen.html> (дата обращения: 14.12.2014).
5. Васильева Т. Синдром постоянного сексуального возбуждения – это трагедия. – URL: <http://www.medicus.ru/sexopatology/specialist/sindrom-postoyannogo-seksualnogo-vozbuzhdeniya-eto-tragediya-33501.phtml> (дата обращения: 22.12.2014).
6. Гузов И. И. Синдром беспокойных гениталий – выяснена причина загадочного диагноза. – URL: <http://www.cironline.ru/board/index.php?action=viewmessage&id=83305> (дата обращения: 22.12.2014).
7. Кочарян Г. С. Расстройство в форме постоянного генитального возбуждения, синдром раздраженных половых органов: распространенность, диагностические критерии, клинические проявления (часть I) // Здоровье мужчины. – 2015. – №2 (53). – С. 69–74.
8. Кочарян Г. С. Расстройство в форме постоянного генитального возбуждения, синдром раздраженных половых органов: формирование (часть II) // Здоровье мужчины. – 2015. – №3 (54). – С. 75–78.
9. Кочарян Г. С. Расстройство в форме постоянного генитального возбуждения, синдром раздраженных половых органов: терапевтический аспект (часть III) // Здоровье мужчины. – 2015. – №3 (54). – С. 79–83.
10. Левин О. С. Синдром беспокойных ног // Диагностика и лечение экстрапирамидных расстройств / под ред. В. Н. Штока. – М., 2000. – С. 124–138.
11. Синдром беспокойных ног. Материал из Википедии – свободной энциклопедии. – URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/%D1%E8%ED%E4%F0%E6%EC_%E1%E5%F1%EF%EE%

ЕА%ЕЕ%Е9%ЕD%FВ%F5_%ЕD%ЕЕ%Е3 (дата обращения: 01.02.2015).

12. Синдром постоянного сексуального возбуждения портит женщинам жизнь. – URL: <http://globalscience.ru/article/read/117/> (дата обращения: 22.12.2014).
13. Состояние перманентного оргазма – 500 раз в день. – URL: <http://www.yaplakal.com/forum7/topic491013.html> (дата обращения: 09.03.2015).
14. Allen R. P. Contraversies and challenges in defining etiology and pathophysiology of restless legs syndrome // *Am J Med.* – 2007. – 120 (1 Suppl 1). – P. 13–21.
15. Basson R., Leiblum S., Brotto L., Derogatis L., Fourcroy J., Fugl-Meyer K., Graziottin A., Heiman J. R., Laan E., Meston C., Schover L., van Lankveld J., Schultz W. W. Revised definitions of women’s sexual dysfunction // *J Sex Med.* – 2004. – 1 (1). – P. 40–48.
16. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. – United States: American Psychiatric Association, 2013. – 947 p.
17. Giraldi A., Rellini A. H., Pfaus J., Laan E. Female Sexual Arousal Disorders. – URL: <http://www.issm.info/news/research-highlights/research-summaries/female-sexual-arousal-disorders> (date of the reference: 26.04.2015).
18. Goldmeier D., Leiblum S. R. Persistent genital arousal in women – a new syndrome entity // *Int J STD AIDS.* – 2006. – 17. – P. 215–216.
19. Goldmeier D., Mears A., Hiller J., Crowley T.; BASHH Special Interest Group for Sexual Dysfunction. Persistent genital arousal disorder: a review of the literature and recommendations for management // *Int J STD AIDS.* – 2009. – 20 (6). – P. 373–377.
20. Happe S., Klösch G., Saletu B., Zeitlhofer J. Treatment of idiopathic restless legs syndrome (RLS) with gabapentin // *Neurology.* – 2001. – 57 (9). – P. 1717–1719.
21. Kamatchi R., Ashley-Smith A. Persistent genital arousal disorder in a male: a case report and analysis of the cause // *BJMP.* – 2013. – 6 (1): a605. – P. 30–31.

22. Leiblum S. R., Nathan S. G. Persistent sexual arousal syndrome: A newly discovered pattern of female sexuality // *J Sex Marital Ther.* – 2001. – 27 (4). – P. 365–380.
23. Man has 100 orgasms a day, the consequences are devastating. – URL: <http://www.inquisitr.com/1494044/man-has-100-orgasms-a-day-the-consequences-are-devastating/> (date of the reference: 21.12.2014).
24. Persistent genital arousal disorder. From Wikipedia, the free encyclopedia. – URL: http://en.wikipedia.org/wiki/Persistent_genital_arousal_disorder (date of the reference: 22.12.2014).
25. Persistent imminent orgasms in women are associated with restless legs. December 17, 2008. – URL: <http://www.sciencedaily.com/releases/2008/12/081216115010.htm> (date of the reference: 21.12.2014).
26. Riley A. Premenstrual hypersexuality // *Sex Marital Ther.* – 1994. – 9 (1). – P. 87–93.
27. Waldinger M. D., de Lint G. J., Venema P. L., van Gils A. P., Schweitzer D. H. Successful transcutaneous electrical nerve stimulation in two women with restless genital syndrome: The role of A-delta and C-nerve fibers // *J Sex Med.* – 2010. – 7 (3). – P. 1190–1199.
28. Waldinger M. D., Venema P. L., van Gils A. P. G., de Lint G. J., Schweitzer D. H. Stronger evidence for small fiber sensory neuropathy in restless genital syndrome: two case reports in males // *J Sex Med.* – 2011. – 8 (1). – P. 325–330.
29. Waldinger M. D., Schweitzer D. H. Persistent genital arousal disorder in 18 Dutch women: Part II. A syndrome clustered with restless legs and overactive bladder // *J Sex Med.* – 2009. – 6 (2). – P. 482–497.
30. Waldinger M. D., van Gils A. P. G., Ottervanger H. P., Vandenbroucke W. V. A., Tavy D. L. J. Persistent genital arousal disorder in 18 Dutch women: Part 1. MRI, EEG and transvaginal ultrasonography investigations // *J Sex Med.* – 2009. – 6. – P. 474–481.
31. Waldinger M. D., Venema P. L., van Gils A. P. G., Schutter E. M. J., Schweitzer D. H. Restless genital syndrome before and after clitoridectomy for spontaneous orgasms: A case report // *J Sex Med.* – 2010. – 7 (2 Pt 2). – P. 1029–1034.

32. Waldinger M. D., Venema P. L., van Gils A. P. G., Schweitzer D. H. New insights into restless genital syndrome: Static mechanical hyperesthesia and neuropathy of the nervus dorsalis clitoridis // *J Sex Med.* – 2009. – 6 (10). – P. 2778–2787.

ГЛАВА 14

ДИАГНОЗ РАССТРОЙСТВ ПОТЕНЦИИ И НЕКОТОРЫЕ НЮАНСЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СЕКСУАЛЬНЫМИ ДИСФУНКЦИЯМИ

Для эффективного лечения сексуальных расстройств очень важен квалифицированный подход к их диагностике. Соответствующие рекомендации были ранее представлены нами в специализированном журнале [5].

Обследование пациента, обратившегося за сексологической помощью, начинается с общего ознакомления с ним (ФИО, возраст, образование, характер трудовой деятельности, семейное положение, бытовые условия). Параллельно следует выяснить все эти данные относительно его сексуального партнера. Также необходимо прояснить, какие психологические отношения между партнерами, степень сексуальной привлекательности партнера, наличие чувства любви или ее отсутствие по отношению к нему.

Не следует специально выяснять политические взгляды пациента и раскрывать свои собственные, так как в случае их несовпадения могут возникнуть эмоциональные отношения, которые будут препятствовать достижению положительных лечебных результатов. Если же выяснится, что эти взгляды совпадают, то это, напротив, может оказать положительное влияние на взаимодействие в диаде терапевт-пациент и в определенной степени способствовать положительной терапевтической динамике.

Затем переходят к выслушиванию жалоб больного. Однако не следует ограничиваться только жалобами, высказанными им. При активном расспросе следует активно выявлять наличие других жалоб или их отсутствие. Это исключительно важно, так как пациент может самостоятельно предъявлять только стержневые (главные) жалобы. Так, например, пациент может жаловаться на расстройство эрекции и самостоятельно не упомянуть об ослаблении полового влечения. Помимо этого, не следует верить больному на

слово, так как жалобы, которые он предъявляет, при их оценке специалистом могут не подтвердиться.

К нам за лечебной помощью обратилась мать одного молодого человека, которая заявила, что у него проблемы с эрекцией. Ее сын, который после этой предварительной беседы пришел к нам на прием, также жаловался на плохую эрекцию. При оценке этой жалобы оказалось, что речь идет о быстром исчезновении эрекции после эякуляции, которая наступает еще до введения члена во влагалище. Таким образом, оказалось, что на самом деле речь идет о преждевременной эякуляции, так как исчезновение эрекции после эякуляции является нормальным физиологическим феноменом. При опросе этого пациента также оказалось, что он употребляет большое количество кофе, а также очень любит острую пищу, что может уменьшать продолжительность полового акта. Если бы мы пошли на поводу у этого пациента и назначили ему препараты, которые, например, повышают сексуальную возбудимость (женьшень, пантокрин и т. п.), то могли бы добиться того, что семяизвержение наступало бы не только в постели до интродекции пениса во влагалище, а уже во время разговора с партнершей по телефону.

В обсуждаемом плане интерес представляет следующее наше клиническое наблюдение. За медицинской помощью обратился молодой человек, который жаловался на то, что продолжительность его полового акта составляет 1,5 мин. Ранее, с его слов, длительность коитуса составляла 30 мин. Так как данную продолжительность полового акта, проводимого без пролонгации, следует относить к патологии, то такая длительность коитуса стала предметом тщательного анализа, который выявил следующее. За эти 0,5 ч наш пациент на самом деле совершал 4 половых акта, завершающихся эякуляцией, подряд, не извлекая половой член из влагалища. При этом каждый последующий половой акт был более продолжительный, чем предыдущий. На вопрос, сколько же продолжался первый из этих четырех половых актов, пациент ответил, что 1,5 мин. Таким образом, продолжительность первого полового акта мужчины не изменилась и соответствовала норме. Он просто утратил способ-

ность к проведению повторных половых актов без перерыва, которая в данном случае, по-видимому, была обусловлена чрезвычайно короткими рефрактерными периодами или, возможно, их отсутствием, что не характерно для мужчин.

Иногда за семяизвержение мужчины при их сексуальном возбуждении принимают выделение из полового члена (еще до его введения во влагалище) капель секрета желез Литтре и Купера, что может привести к ослаблению эрекции по психогенным механизмам. Именно это происходило с одним из наших пациентов.

Жалобы пациента могут не соответствовать истинному положению и потому, что подчас для обозначения отдельных сексологических проявлений они используют термины, путая их значение. Так, напряжение члена они могут называть эякуляцией, а семяизвержение эрекцией.

Следует иметь в виду, что выявленные жалобы пациента не всегда являются равноценными, и не только по своей выраженности. Нами предложена концепция симптомообразования в сексологии, суть которой состоит в следующем [6; 8]. При однозначной базовой диагностической характеристике сексуальных расстройств нередко можно встретиться с их симптоматической неоднородностью. Причем значение выявляемых при том или другом сексуальном расстройстве симптомов далеко неодинаково. На основании опыта диагностической работы с больными сексологического профиля, мы пришли к выводу о целесообразности различать симптомы первичные, развития и производные.

К первичным следует относить те симптомы, которые имеют место в начале существования расстройства. Симптомы развития появляются при утяжелении заболеваний, лежащих в основе половых расстройств, или усложнении структуры последних. Вместе с тем в клинической практике подчас приходится сталкиваться с явлением, когда тот или иной симптом не имеет жесткой зависимости от базовой характеристики расстройства, а является производным другого симптома, без которого он сам просто бы не возник. Симптомы, которые возникают по указанному выше механизму, следует относить к производным.

Такой подход, предусматривающий дифференцирование симптомов на основные (первичные симптомы + симптомы развития) и производные, завершающийся выбором симптомов-мишеней, каковыми являются основные симптомы, – важный процесс, позволяющий выработать программу адекватной симптоматической терапии. Подробно рассматриваемая концепция симптомообразования представлена в следующей главе.

При опросе пациента обязательно нужно ориентироваться в частоте появления тех иных жалоб. Так, например, если пациент отмечает у себя расстройства эрекции, что делает половой акт невозможным, следует обязательно поинтересоваться в каком проценте случаев это случается. Если речь идет о том, что в ряде случаев половые акты протекают полноценно, то это может, в частности, свидетельствовать, что сексуальное расстройство обусловлено влиянием психогенных факторов. Кроме того, речь может идти и о том, что неоднозначность сексуальных проявлений обусловлена наличием у пациента различных сексуальных партнеров, с которыми половой акт протекает неоднозначно.

Также при оценке тех или иных жалоб необходимо учитывать возможность негативного влияния на сексуальные функции различных лекарственных средств (нейролептики, антидепрессанты, антигипертензивные препараты и мн. др.). Один из наших пациентов, у которого имело место купированное нами преждевременное семяизвержение, вдруг заявил, что длительность его полового акта вновь сократилась. При анализе ситуации выяснилось, что он по собственной инициативе с целью сексуальной активизации стал принимать один из адаптогенов (к этой группе относятся женьшень, пантокрин, элеутерококк и др.), что и привело к уменьшению продолжительности полового акта. Интересен и следующий пример. К нам за помощью в связи с отсутствием эякуляции обратился больной шизофренией, состоящий на учете в психоневрологическом диспансере, которому психиатр назначил пароксин (мощный антидепрессант из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина). При анализе возможных причин возникновения дан-

ной дисфункции оказалось, что у этого пациента она обусловлена именно приемом данного препарата. При оценке продолжительности полового акта следует учитывать также возможный прием алкогольных напитков. Так, известно, что прием алкоголя может вести к увеличению продолжительности полового акта вплоть до анэякуляции при достаточном количестве выпитого, а также к другим сексуальным дисфункциям. В одном случае нам так и не удалось определить истинную продолжительность полового акта, так как все половые акты пациент проводил исключительно после принятия алкоголя.

Следует выделять следующие уровни диагностики: симптоматический, синдромальный, нозологический и патогенетический. В российском варианте Википедии отмечается, что симптом (от греч. σύμπτωμα – случай, совпадение, признак) – один отдельный признак, частое проявление какого-либо заболевания, патологического состояния или нарушения какого-либо процесса жизнедеятельности, одна отдельная конкретная жалоба больного [13]. Когда говорят о том, что у пациента страдает эрекция, эякуляция, либидо, оргазм, то речь идет о **симптоматическом диагнозе**.

В том случае, когда речь идет о нескольких симптомах, объединенных общим патогенезом, то это уже **синдромальный диагноз**. Как отмечается в российском варианте Википедии, синдром (греч. συνδρομή – стечение, скопление; δρόμος – бег, движение) – совокупность симптомов с общим патогенезом [15]. В малой медицинской энциклопедии также отмечается, что синдром – устойчивая совокупность ряда симптомов с единым патогенезом, а патогенетическое единство проявлений, составляющих синдром, придает этому понятию большую определенность по сравнению с понятием «симптомокомплекс», которое может относиться к совокупности патогенетически разнородных признаков [14]. При выявлении сексопатологических симптомов речь может идти и о наличии в составе синдрома несексологических симптомов. Так, например, при астеническом синдроме, который может проявляться и сексопатологическими симптомами, наблюдается раздражительность, вспыльчивость, общая

слабость, повышенная утомляемость, непереносимость громких звуков, яркого света и др. Сексопатологические симптомы (расстройства эрекции, эякуляции, либидо) в данном случае выступают в качестве проявлений данного синдрома, параллельно существуя с вышеперечисленными общими симптомами невротического уровня.

Следующим этапом диагностики является установление **нозологического диагноза**, т. е. установление диагноза болезни (болезнь, заболевание – лат. morbus). Нозологический диагноз предусматривает единство этиологии и патогенеза. Так, если мы говорим о неврастении, то предполагается, что существующие проявления (несексологические и сексопатологические) не просто объединены общим происхождением (патогенезом), но и имеют общий источник, а именно психотравмирующее воздействие. Такой универсальный сексопатологический синдром у мужчин как синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи (СТОСН), в частности, может быть обусловлен различными невротическими расстройствами, шизофренией, а также аномалиями развития личности, например ананкастным ее расстройством (психастенией), и иметь различную нозологическую специфику или специфику, связанную с аномалией развития личности [7; 8].

Следующим этапом диагностики является постановка **патогенетического диагноза** [12], который выставляется тогда, когда речь идет о сложной структуре расстройства. Суть установления такого диагноза состоит в следующем. Например, у пациента, обратившегося за сексологической помощью, было диагностировано сексуальное расстройство. Анализ показал, что оно обусловлено синдромом парацентральных долек (СПД) и неврастением с СТОСН. Помимо этого, оказалось, что у пациента имеет место психастеническая акцентуация характера, которая также играет определенную роль в формировании и течении этого расстройства. Однако сексуальное расстройство одно, и оно в данном случае проявляется рядом симптомов (снижение либидо, ослабление эрекции, преждевременное семяизвержение). В данном случае диагноз может быть только один, и

этот диагноз патогенетический. Названные же выше, диагностированные у больного заболевания и синдромы, а также выявленная акцентуация характера выполняют в данном случае роль отдельных структурных блоков, которые, взаимодействуя между собой, формируют определенную патогенетическую систему.

В каждом отдельном случае одни структурные блоки могут predispose к развитию сексуального расстройства (predisposing factors), другие – приводить к его возникновению (causative factors), третьи – усугублять его течение (aggravating factors). Следует указать, что патогенетическая система представляет собой не простое суммирование негативных влияний этих блоков на сексуальные функции, но также характеризуется появлением новых свойств, характерных именно для данной системы. Возможность возникновения таких свойств отражено в термине «эмергентность» («эмерджентность»). Эмерджентность (от англ. emergent – возникающий, неожиданно появляющийся) в теории систем – наличие у какой-либо системы особых свойств, не присущих ее элементам, а также сумме элементов, не связанных особыми системообразующими связями; несводимость свойств системы к сумме свойств ее компонентов; синоним – «системный эффект» [17].

Предположим, что у пациента, который упоминался выше, с начала половой жизни имела место преждевременная эякуляция. По совокупности симптомов тогда речь шла о СПД. Вначале мужчина не реагировал на данное нарушение, однако с течением времени негативно реагировать на него начала его жена, что привело к развитию у него неврастении. Затем к этому невротическому расстройству присоединился СТОСН, который может иметь место у больных неврастением и имеет свою нозологическую специфику [7; 8]. Это обусловило еще большее уменьшение продолжительности полового акта, ослабление эрекции, которая подчас и вовсе исчезала при попытке интроекции, а также ослабление полового влечения. Возникновению СТОСН способствовала акцентуация характера по психастеническому типу. В данном случае патогенетический сексологический

диагноз выглядит следующим образом: *синдром парацентральных долек, усугубленный неврастенией с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи у личности, акцентуированной по психастеническому типу*. Обычно к этому патогенетическому диагнозу после запятой или точки с запятой, что зависит от емкости патогенетического диагноза, мы добавляем указание на имеющие место патосексологические симптомы. Последние могут быть расположены в порядке степени их выраженности и значимости. Приведем еще один пример патогенетического диагноза, к которому прибавлена характеристика патосексологической симптоматики.

Диагноз: хронический простатит, усугубленный неврозом ожидания неудачи на фоне слабой половой конституции; симптомы гипозрекции и преждевременного семяизвержения (EPR, EPA).

В случаях, когда в организации сексуального расстройства участвует лишь одно заболевание или синдром, диагноз может быть более простым:

Хронический простатит, симптом преждевременной эякуляции (EPR).

Синдром парацентральных долек, симптом преждевременной эякуляции (EAP).

Напомним, что относительное ускорение эякуляции (*ejaculatio praesox relativa*; EPR) характеризуется тем, что семяизвержение наступает до появления оргазма у женщины, хотя с момента имиссии до эякуляции проходит не менее минуты и мужчина при этом производит не менее 20–25 фрикций, а при абсолютном ускорении эякуляции (*ejaculatio praesox absoluta*; EPA) длительность копулятивной стадии составляет менее 20 фрикций [2].

Следовательно, когда речь идет о простой структуре сексуального расстройства, диагноз может быть нозологическим или синдромологическим.

Следует отметить, что при наличии одних и тех же структурных блоков, формирующих патогенетическую систему, определяющую то или иное сексуальное расстройство, формулировка диагноза может варьировать, что свя-

зано со значимостью каждого из блоков в организации данного расстройства и может быть обусловлено его динамикой. Предположим, что у пациента имеет место хронический простатит (ХП), невроз ожидания неудачи, а также акцентуация характера по психастеническому типу, которая предрасполагает к возникновению названного невроза. На первом этапе при усугублении ХП неврозом ожидания неудачи, проявлявшегося преждевременной эякуляцией (EPR), произошло некоторое ее ускорение, так как у пациента возникла боязнь, что эякуляция наступит преждевременно, однако эякуляция осталась в пределах EPR. В этом случае диагноз будет выглядеть следующим образом: *хронический простатит, усугубленный неврозом ожидания неудачи у личности с акцентуацией характера по психастеническому типу; симптом преждевременной эякуляции (EPR)*. Однако в процессе динамики сексуального расстройства влияние невроза ожидания неудачи усилилось, так как усложнилась семантика тревожного опасения / страха сексуальной неудачи, что проявилось возникновением боязни исчезновения эрекции полового члена в самый решительный момент и вообще исключило возможность проведения половых актов. В данном случае диагноз будет выглядеть так: *невроз ожидания неудачи у личности с акцентуацией характера по психастеническому типу, усугубивший хронический простатит; симптомы анэрекции и преждевременной эякуляции (EPR)*. Таким образом, мы видим, что в этом патогенетическом диагнозе изменилось взаимное расположение диагностических блоков, а в симптоматическом диагнозе – количество существующих симптомов. При этом на первом месте по расположению как более значимый симптом находится анэрекция.

При постановке диагноза, по нашему мнению, следует учитывать следующее [4]. На приеме клинический сексолог нередко может диагностировать сексуальные дисфункции, которые тем или иным образом связаны со слабой половой конституцией, что обусловлено нарушением полового созревания (задержка или дисгармония пубертата). По нашему мнению, в этих случаях при обращении за лечебной по-

мощью пациентов, которые вышли из возрастной зоны пубертатного периода, в диагнозе должна найти отражение терминология, указывающая на наличие слабой половой конституции. Постановка диагнозов «задержка пубертата», «дисгармония пубертата» (когда речь идет о стержневом синдроме) или использование в диагнозе словосочетаний «на фоне задержки пубертата», «на фоне дисгармонии пубертата» (когда эти синдромы рассматриваются как предрасполагающие к развитию сексуального расстройства) неправомерно. В случаях, когда конституциональный фактор является главным в возникновении сексуальных дисфункций, целесообразно говорить о конституциональной форме расстройства, а когда слабая половая конституция предрасполагает к возникновению названных дисфункций, использовать словосочетание «на фоне слабой половой конституции». Наше предложение становится понятным, если привести следующую аналогию. У взрослого пациента, обратившегося за лечебной помощью в связи с бесплодием, в сперме не обнаруживают сперматозоидов. Выясняется, что в детстве он болел эпидемическим паротитом (свинкой), и в патологический процесс были вовлечены тестикулы (яички), что подтверждается и при объективном обследовании. Естественно, что врач не поставит ему в настоящее время диагноз эпидемического паротита, однако в диагнозе найдут отражение те последствия, к которым привело это заболевание [4].

По нашему мнению [4], в случаях половых расстройств, обусловленных слабой половой конституцией, для взрослых лиц можно также предложить использовать диагноз «синдром конституциональной сексуальной дефицитарности» или более детализированный диагноз: «синдром конституциональной сексуальной дефицитарности, обусловленной последствиями задержки/дисгармонии пубертата». Использование данного предложения позволяет специалистам, которые придерживаются патогенетической классификации Г. С. Васильченко [2], оставаться в ее поле. Так как данный синдром может играть не только роль вызывающего фактора в организации полового расстройства, но и выполнять

вспомогательную функцию (являться патопластическим фоном), то это должно найти соответствующее отражение в патогенетическом диагнозе («на фоне синдрома конституциональной сексуальной дефицитарности»).

В качестве примеров приведем два диагноза:

Синдром конституциональной сексуальной дефицитарности, симптомы снижения полового влечения, гипозрекции и гипооргазмии.

Неврастения на фоне синдрома конституциональной сексуальной дефицитарности, симптомы преждевременной эякуляции (EPR) и ослабленного либидо.

Следует отметить, что в ряде случаев мы можем диагностировать у пациента патологию, которая может приводить к появлению сексуальных дисфункций, но в данном конкретном случае мы констатируем отсутствие такого патогенного влияния. В этом случае в диагнозе, который выставляется этому больному, это заболевание обозначается как сопутствующее (внеструктурный блок) и помещается за патосексологической симптоматикой. Приведем следующий пример. *Диагноз: ананкастное расстройство личности с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи, анэрекционный симптом. Хронический простатит.*

Возможность постановки патогенетического диагноза дает разработанный Г. С. Васильченко [2] метод структурного анализа сексуальных расстройств, рабочим инструментом которого является их патогенетическая классификация [2; 3]. Она предусматривает выделение у мужчин синдромов поражения нейрогуморальной, психической, эрекционной и эякуляторной составляющих копулятивного цикла. У женщин выделяют синдромы поражения нейрогуморальной, психической и генито-сегментарной составляющих [1; 17].

Так как на сексуальную сферу могут неблагоприятно влиять различные психогенные факторы, то следует анализировать взаимоотношения между партнерами на различных уровнях взаимодействия (не только на биологическом), что, в частности, предусматривает системно-структурный анализ сексуальной гармонии [9]. С учетом многомерности

обеспечения сексуальной гармонии выделяются четыре ее компонента: социальный, психологический, социально-психологический и биологический [10].

Как свидетельствует наш клинический опыт, следует также оценивать взаимоотношения между одним из супругов и родителями другого. В качестве примера приведем следующее клиническое наблюдение. Молодожены жили с родителями мужа женщины, у которой сложились плохие отношения со свекровью. Супруг в их спорах либо не становился ни на одну из сторон, либо принимал сторону матери. Результатом стала обида жены на него, что, в частности, выразилось в выраженном ослаблении у нее полового влечения по отношению к мужу. Психотравмирующее влияние с возможностью развития сексуального расстройства у человека могут оказывать его родители. При этом речь идет не только о репрессивном половом воспитании. Так, в одном нашем клиническом наблюдении расстройство эрекции явилось конверсионной симптоматикой, обусловленной тем, что мать пациента, рано оставшаяся без мужа, ревновала своего сына к любой девушке, с которой он встречался, и негативно на нее реагировала. Она также полностью контролировала его поведение и не разрешала ему отдельно жить в их квартире с женщинами, требовала, чтобы он жил с ней и с его партнершами в их доме. На любую попытку сына выйти из под ее контроля давала выраженные эмоциональные реакции. Оказалось, что, наряду с расстройством эрекции по конверсионному типу, у него ранее на почве таких взаимоотношений развился выраженный конверсионный парапарез нижних конечностей, в связи с чем он проходил стационарное лечение. Кстати, этот эпизод из его биографии явился ключевым для осмысления механизма существующей сексуальной дисфункции.

Предметом анализа могут стать и взаимоотношения на работе, а также неблагоприятные бытовые условия, которые могут пагубно влиять на половую функцию (например, проведение полового акта в комнате, где спит маленький ребенок и теща при проживании в однокомнатной квартире; та-

кой секс мы называем «партизанским сексом» или «сексом под одеялом»).

Следует отметить, что Уильямом Мастерсом и Вирджинией Джонсон [11; 18] в свое время была разработана система секс-терапии сексуальных расстройств, которая заключается в использовании для их лечения различных сексуальных техник, предполагающих обязательное участие в терапевтических тренингах сексуального партнера. Обязательный парный подход был заимствован у этих авторов некоторыми отечественными клиническими сексологами, которые в ряде случаев отказывались от назначения лечения пациенту, который обращался за помощью без сексуального партнера. В связи с этим следует отметить, что сексуальная терапия предполагает безмедикаментозное лечение. Лекарственная терапия назначается редко и лишь как вспомогательное средство. Затем, однако, в системе секс-терапии также начали использовать терапевтическую мастурбацию, которая могла и не предполагать присутствие партнера.

Совершенно естественно, что если речь идет о лечении в другой системе, то оно может проводиться без парных сексуальных тренингов. Использование медикаментов, тем более современных, а также различных психотерапевтических методов (например, гипносуггестивной терапии и нейролингвистического программирования) может обеспечить достижение хороших терапевтических результатов. Безусловно, привлечение партнера к обследованию повышает диагностические возможности врача, так как дает возможность посмотреть на существующую проблему с двух сторон (глазами обоих партнеров). Однако следует помнить о том, что любую здравую идею можно довести до логического абсурда. Такое может случиться со специалистом, который не работает в подходе Мастерса и Джонсон, однако требует неукоснительного соблюдения принципа парности при проведении исследования.

Подход при обследовании пациентов с сексуальной проблематикой должен быть не трафаретным, а дифференцированным, учитывающим конкретные обстоятельства. При обследовании мужчины ему был поставлен диагноз

невроза ожидания неудачи. При этом оказалось, что жена весьма негативно реагирует на сексуальные нарушения мужа (упреки, скандалы, оскорбления), что привело к еще большей его фиксации на выполнении полового акта и, естественно, утяжелению сексуального расстройства. В этом случае необходимость приглашения супруги для беседы является безусловной, так как соответствующая терапия без изменения ее поведения может, скорее всего, оказаться неэффективной. Попытки пригласить партнершу для беседы могут наткнуться на ее нежелание беседовать со специалистом. Это может быть связано как с непониманием ее роли в поддержании сексуального расстройства у мужа, так и с нежеланием в дальнейшем поддерживать с ним отношения. В первом случае она обычно заявляет супругу: «ты сам больной, иди и лечись, а я тут ни при чем». В этих случаях мы даем пациенту следующую рекомендацию: «Скажите жене/партнерше, что врач хочет встретиться с тобой, чтобы обсудить состояние моего здоровья». Если женщина заинтересована в продолжении сексуальных отношений с данным мужчиной, то это обычно хорошо срабатывает.

Приведем другой пример. За консультацией обращается пациент, у которого при попытке сексуального контакта с каждой новой партнершей имеет место боязнь, что ему не удастся осуществить половой акт. Обычно первые два половых акта ему полноценно провести не удается из-за нарушения эрекции, но затем функция нормализуется. Как бы выглядело обследование этого пациента при установке на обязательное привлечение к нему партнерши, с которой он недавно познакомился, и с которой у него нет установившихся связей? К тому же неизвестно, как она отнесется к сообщению пациента перед совершением полового акта о том, что у него всякий раз при попытке контакта с новой женщиной имеет место фиаско. В этих случаях для успешного проведения первого полового акта целесообразно назначить пациенту или силденафила цитрат, или варденафил, или тадалафил, или уденафил, что может быть дополнено приемом траквилизаторов за 1,5–2 часа до планируемого полового акта. Таким образом мы не только улучшим

приток крови к половому члену, но также ослабим тревожное опасение / страх сексуальной неудачи. При соблюдении этих условий первый половой акт будет протекать нормально, что обеспечит полноценное протекание последующих коитусов, даже без применения лекарственных средств.

Мы неоднократно встречались со случаями, когда жены пациентов трактовали их нарушения как следствие утраты чувств по отношению к ним, потерю их привлекательности для мужей или как результат появления у супруга любовницы. Некоторые мужчины в этих случаях не хотели сообщать своим женам истину, так как, по их мнению, это унизило бы их мужское достоинство в глазах жены. Поведение же жен в этих случаях во время интимной близости и вне ее не было психотравмирующим для мужчины, и назначенное лечение приводило к полной нормализации половой функции. Следовательно, настаивать в данных обстоятельствах на обязательном посещении врача супругой не следует.

Сексуальные проблемы могут беспокоить и пациентов, у которых нет партнерш. В этих случаях вряд ли целесообразно на этом основании отказывать им в обследовании и лечении, предложив обратиться к врачу только с партнершей после ее появления.

По нашему мнению, парный поход состоит в учете интереса каждой конкретной пары и каждого из ее членов и осуществляется как с привлечением второго партнера, так и без его привлечения. Требование обязательного привлечения во всех случаях второго партнера является неправомерным, шаблонным, подчас дискриминативным, дискредитирует парный подход и в ряде случаев ведет к нарушению прав человека на получение медицинской помощи.

При проведении объективного обследования следует иметь в виду следующее. Неправильно фиксировать внимание пациента на выявленных симптомах в том случае, если они не имеют никакой патогенетической связи с выявленной сексуальной дисфункцией. Так, если сексуальная дисфункция обусловлена только СТОСН, а у пациента выявлено уплотнение и деформация предстательной железы, то фиксировать его внимание на выявленных феноменах не следует,

так как это может оказать на него неблагоприятное ятрогенное воздействие. По этой же причине не следует фиксировать внимание пациента на симптомах пирамидной недостаточности (симптомы Бабинского, Россолимо и др.), если сексуальное расстройство, например, обусловлено ХП.

Диагностическое обследование должно способствовать усилению веры пациентов в возможность положительных терапевтических результатов. Мы рекомендуем завершать исследование следующей фразой: «Теперь вам незачем беспокоиться о состоянии вашей сексуальной функции, отныне это наша задача и наша ответственность». Это способствует снижению эмоциональной напряженности и уменьшает фиксацию пациента на сексуальной сфере, что само по себе может вести к улучшению не только психического состояния, но и сексуальной функции.

В связи с обсуждаемой проблемой, хотелось бы обсудить вопросы, связанные с названием публикаций, в которых находит отражение диагноз того или иного расстройства. Так, часто можно встретиться с такими названиями работ: «Лечение язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки», «Лечение гипертонической болезни», «Лечение шизофрении». На первый взгляд звучит безукоризненно. Однако ни у кого не вызывает сомнения, что речь идет о больных людях, а не о больных болезнях. Болезнь не болеет. Лечить нужно не болезнь, а больного. Поэтому приведенные выше названия работ должны выглядеть следующим образом: «Лечение больных язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки», «Лечение больных гипертонической болезнью», «Лечение больных шизофренией». В ряде случаев для лаконичности мы сами использовали критикуемый нами вариант названия статей и книг, который представляет собой некий укоренившийся, возможно допустимый медицинский жаргон. Однако все чаще мы пытаемся не делать этого.

В заключение следует отметить, что у больных может быть только одно расстройство потенции, какой бы сложной не была его патогенетическая структура. Целью диагностического процесса является ее установление, что является

обязательным условием для проведения эффективной терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ботнева И. Л. Особенности структурного анализа сексуальных расстройств у женщин / И. Л. Ботнева // *Общая сексопатология: Руководство для врачей* / Под ред. Г. С. Васильченко. – М.: Медицина, 1977. – С. 396.
2. Васильченко Г. С. Метод структурного анализа сексуальных расстройств // *Общая сексопатология: Руководство для врачей* / Под ред. Г. С. Васильченко. – М.: Медицина, 1977. – С. 392–416.
3. Васильченко Г. С. О частотных характеристиках стержневых сексопатологических синдромов у мужчин / Г. С. Васильченко // *Актуальные вопросы сексопатологии: Тез. докл. 1-й Всесоюз. конф. сексопатологов.* – М., 1986. – С. 9–11.
4. Кочарян Г. С. Гипосексуальный паттерн поведения и некоторые нюансы диагностики // *Здоровье мужчины.* – 2010. – №2 (33). – С. 114–116.
5. Кочарян Г. С. Диагноз расстройств потенции и некоторые нюансы обследования пациентов с сексуальными дисфункциями (лекция) // *Здоровье мужчины.* – 2014. – №3 (50). – С. 139–144.
6. Кочарян Г. С. К вопросу о симптомообразовании при сексуальных расстройствах и диагностической значимости отдельных симптомов // *Современные проблемы сексопатологии.* – Киев; Ворошиловград, 1986. – С. 42–43.
7. Кочарян Г. С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин (формирование, патогенетические механизмы, клинические проявления, психотерапия): автореф. дис. на соискание ученой степени д-ра мед. наук: спец. 14.00.18 «Психиатрия». – М., 1992. – 46 с.
8. Кочарян Г. С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и его лечение. – Х.: Основа, 1995. – 279 с.

9. Кришталь В. В., Агишева Н. К. Психодиагностика и психотерапевтическая коррекция сексуальной дисгармонии супружеской пары: Учебное пособие. – М.: ЦОЛИУВ, 1985. – 138 с.
10. Кришталь В. В. Системно-структурный анализ сексуального здоровья // Актуальные аспекты диагностики, организации лечебного процесса и реабилитации больных с сексуальными расстройствами: Тез. докл. 4-й обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. Харьков, 1990. – С. 4–8.
11. Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р. (Masters W., Johnson V., Kolodny R.) Основы сексологии / Пер. с англ. – М.: Мир, 1998. – х. + 692 с.
12. Осипов И. Н., Копнин П. В. Основные вопросы теории диагноза. Издание 2-е, доп. и исправл. – Томск: Изд-во Том. ун-та, 1962. – 190 с.
13. Симптом (Электронный ресурс). – URL: [http://ru.wikipedia.org/wiki/ %D1%E8%EC%EF%F2%EE%EC](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D1%E8%EC%EF%F2%EE%EC) (дата обращения: 09.06.2014).
14. Синдром (Электронный ресурс). – URL: http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/28878/Синдром (дата обращения: 09.06.2014).
15. Синдром (Электронный ресурс). – URL: <http://ru.wikipedia.org/wiki/%D1%E8%ED%E4%F0%EE%EC> (дата обращения: 09.06.2014).
16. Частная сексопатология. В 2-х томах. Т. 2. / Под ред. Г. С. Васильченко. – М.: Медицина, 1983. – 352 с.
17. Эмерджентность (Электронный ресурс). – URL: <http://ru.wikipedia.org/wiki/%DD%EC%E5%F0%E4%E6%E5%ED%F2%ED%EE%F1%F2%FC> (дата обращения: 19.06.2014).
18. Masters W. H., Johnson V. E. Human sexual inadequacy. – Boston: Little, Brown and Co., 1970. – 467 p.

ГЛАВА 15

СОВРЕМЕННЫЕ КОНЦЕПТЫ КЛИНИЧЕСКОЙ СЕКСОЛОГИИ И ПАРАДИГМЫ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С СЕКСУАЛЬНЫМИ ДИСФУНКЦИЯМИ

Концепция симптомообразования

При однозначной базовой диагностической характеристике сексуальных расстройств нередко можно встретиться с их симптоматической неоднородностью. Причем значение выявляемых при том или другом сексуальном расстройстве симптомов далеко неодинаково. На основании опыта диагностической работы с больными сексологического профиля мы пришли к выводу о целесообразности различать симптомы первичные, развития и производные [3].

К первичным следует относить те симптомы, которые имеют место в инициальном периоде расстройства. Симптомы развития появляются при утяжелении заболеваний, лежащих в основе половых расстройств, или усложнении структуры последних. Так, например, если какое-то хроническое соматическое заболевание (ХСЗ) изначально проявлялось лишь преждевременной эякуляцией (ПЭ), а при его утяжелении возникло расстройство эрекции, то ПЭ следует считать первичным симптомом, а расстройство эрекции – симптомом развития. Расстройство эрекции в данном случае было бы отнесено к симптомам развития и в случае его обусловленности усугублением ХСЗ синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи.

Вместе с тем в клинической практике подчас приходится сталкиваться с явлением, когда тот или иной симптом не имеет жесткой зависимости от базовой характеристики расстройства, а является производным другого симптома, без которого он сам просто бы не возник. Симптомы, которые возникают по указанному выше механизму, следует относить к производным. Так, нередко замедленное протекание полового акта является следствием недостаточного напря-

жения члена, что определяет отсутствие достаточной стимуляции его рецепторов. В других случаях, напротив, якобы преждевременное семяизвержение также может быть следствием проблем с эрекцией. В МКБ-10 сообщается, что «эякуляция может представляться преждевременной, если эрекция требует пролонгированной стимуляции, что укорачивает интервал между удовлетворительной эрекцией и эякуляцией; первичная проблема в таком случае заключается в задержанной эрекции» [8, с. 190].

Продолжительность полового акта может и положительно коррелировать с выраженностью эрекции. Так известно, что ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа (ФДЭ-5), которые назначают при расстройствах эрекции, могут увеличивать продолжительность полового акта. Это, в частности, связывают с тем, что «гиперэрекция» уменьшает чувствительность головки полового члена и ингибирует эякуляцию [2; 11]. Одним из факторов, который может приводить к увеличению продолжительности полового акта при использовании интракавернозных инъекций вазоактивных препаратов, называют снижение чувствительности нервных структур полового члена за счет их сдавления приобретающими адекватную ригидность кавернозными телами [2].

К нам за лечебной помощью обратился 50-тилетний мужчина, который жаловался на недостаточную эрекцию полового члена. Мы его спросили, имеет ли это место при каждом коитусе. Выяснилось, что когда он идет на половой акт с желанием, то эрекция у него нормальная, а когда для выполнения супружеского долга, то эрекция плохая. Сделан вывод о том, что недостаточная эрекция связана со слабым/ отсутствующим половым влечением и является по отношению к нему вторичной (производной). В данном случае речь шла о пациенте, который не рассматривался нами как сексологический больной (мнимое расстройство потенции).

Следует отметить, что дифференцированная оценка симптомов с разграничением их на основные и производные, заканчивающаяся выбором симптомов-мишеней, какими являются основные симптомы, – важный процесс, по-

зволяющий выработать программу адекватной симптоматической терапии [6].

Концепция эрогенных сенсорных систем человека

В настоящее время существует такое понятие как «эрогенная зона». «Эрогенная зона (от греческого ἔρως [эрос, «любовь»] и английского – genous, производного от греческого – γενής – genes – «рожденный») является областью человеческого тела, имеющей повышенную чувствительность, стимуляция которой может генерировать сексуальную реакцию, такую как релаксация, возникновение сексуальных фантазий, сексуальное возбуждение и оргазм [13].

Следует отметить, что к эрогенным зонам относят участки кожи и слизистых оболочек. Однако известно, что эрогенное влияние может быть оказано не только воздействием на кожу или слизистые оболочки, но также через орган зрения, слуха, обоняния и вомероназальный орган, воспринимающий воздействие феромонов. Поэтому мы предлагаем термин «эрогенная сенсорная система» (ЭСС), а также разрабатываемую нами концепцию ЭСС, которая учитывает все вышеизложенные возможности эрогенных воздействий [5].

По нашему мнению, в рамках этой концепции следует говорить о визуальной, аудиальной, ольфакторной, вомероназальной и тактильной ЭСС. Однако этим перечень ЭСС не исчерпывается. Как известно, эрогенным действием обладают эротические / сексуальные представления, фантазии, воспоминания, сновидения. В связи с этим можно говорить и о существовании интрацеребральной ЭСС. Из вышеизложенного следует, что эрогенные зоны являются лишь частью тактильной ЭСС. К понятийному аппарату концепции ЭСС также следует отнести такие термины, как «внутрисистемное взаимодействие» и «межсистемное взаимодействие».

Эффекты влияния отдельных эротических стимулов взаимодействуют в пределах одной ЭСС, усиливая или, наоборот, ослабляя суммарный эрогенный эффект. Кроме того, различные ЭСС взаимодействуют между собой. Поэтому возникает необходимость в использовании еще од-

ного термина – «системно-структурный анализ общего эрогенного эффекта».

Каждая из ЭСС состоит из следующих компонентов: эрогенных стимулов соответствующей модальности, органа, воспринимающего эти стимулы, афферентных проводящих сенсорных путей, передающих стимулы в структуры головного мозга, которые (эти структуры) также являются компонентом ЭСС, где происходит обработка полученной информации. В случае интрацеребральной ЭСС имеет место определенная специфика.

Парадигмы терапевтического сопровождения пациентов с сексуальными дисфункциями

Эффективность лечебной помощи больным с сексуальными дисфункциями определяется концептуальными подходами к оказанию этой помощи. Можно выделить следующие парадигмы данной помощи:

1. Эректоцентрическая парадигма. При работе врачей с пациентами, у которых имеют место сексуальные дисфункции, весьма часто можно констатировать, что в основу медицинской помощи положен подход, в основе которого лежит нормализация эрекции, что обуславливает возможность совершения полового акта. Помимо того, что данный подход диктуется заказом, предъявляемым пациентом и/или супружеской / сексуальной парой, укреплению и популяризации такого подхода способствуют многочисленные рекламы современных препаратов, направленных на восстановление эрекции.

2.оргазмоцентрическая парадигма. Эта парадигма появилась позже. С. В. Владимиров-Клячко [1] поднял вопрос о необходимости использования при лечении сексуальных расстройств и дисгармоний *петтинга* (глубокого), который гарантирует возникновение оргазма у супруги, что снимает с мужчины ответственность за качество полового акта, и, следовательно, нейтрализует фактор тревожного опасения/страха сексуальной неудачи. Уверенность же женщины в том, что у нее наступит разрядка, является же-

лательной предпосылкой для искреннего поощрения и ободрения ею мужа при его затруднениях.

Идея ценности использования петтинга с лечебно-реабилитационной целью затем широко пропагандировались С. С. Либихом [7]. Обосновывая необходимость его применения, автор отмечает, что исторически сложилось представление о ведущем значении эрекции полового члена при сексуальных контактах. Вместе с тем, как подчеркивает С. С. Либих, главным показателем качественного полового акта является оргазм. Суть рекомендуемой им методики сводится к следующему. Во время первой беседы с мужчиной и женщиной в отдельности их подробно расспрашивают о том, что они ждут от половой жизни. Свои требования они отражают, заполнив соответствующий опросник. Затем во время беседы с обоими партнерами составляется общая, дифференцированная для каждой пары программа петтинга (своеобразный «контракт»), учитывающая предыдущий сексуальный опыт мужчины и женщины. В соответствии с принципом парадоксальной психотерапии обычные половые акты на этом этапе проводить запрещается.

В случае нарушений эрекции психогенной природы использование глубокого петтинга может привести к их ликвидации, так как в силу того, что напряжение члена игнорируется как компонент полового общения, ликвидируется синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи. Это нередко приводит к тому, что партнеры нарушают «запрет» проведения обычных половых актов.

3. Плежецентрическая парадигма (от англ. pleasure – удовольствие). На основании опыта нашей работы по оказанию помощи пациентам с сексуальными дисфункциями мы пришли к выводу, что наиболее удовлетворяющей запросы по оказанию этой помощи является предлагаемая нами плежецентрическая парадигма. Ее суть заключается в следующем. При половом акте с хорошей эрекцией, большой продолжительностью полового акта, адекватной техникой его проведения или при использовании глубокого петтинга оргазм не всегда является достижимым.

К нам многократно обращались женщины, у которых не возникает оргазм, несмотря на хорошую потенцию и сексуальную технику их сексуальных партнеров. Обеспокоенные его отсутствием, они испытывают выраженный дистресс и обращаются за сексологической помощью. При обследовании этих женщин нередко убеждаешься в том, что при отсутствии оргазма они получают удовольствие от ласк, поцелуев и половых актов (ретардационная и конституциональная форма аноргазмии по А. М. Свядошу [9]). После полового акта у этих женщин нет никаких дискомфортных ощущений. В ряде наблюдений обращение таких женщин за сексологической помощью может быть обусловлено тем, что они узнают об оргазме других женщин, и это вызывает у них выраженное чувство зависти («почему у меня такое не происходит?»).

Одна молодая женщина (студентка-заочница), обратившаяся к нам за помощью, приехала сдавать очередную сессию в один из Харьковских ВУЗов, и там соседки по комнате в общежитии рассказали ей о том, что они испытывают оргазмы. Она же их никогда не испытывала и была этим очень раздосадована. Явившись ко мне на прием, пациентка была крайне взволнована, хотя, как выяснилось в результате опроса, при сексуальных контактах с мужем испытывала приятные ощущения, была возбуждена, а после полового акта не испытывала какого-либо дискомфорта и чувствовала себя очень хорошо (*satisfactio sine orgasmo* [лат. – удовлетворение без оргазма]).

В таких случаях нами проводится следующая психотерапевтическая помощь. Мы акцентируем внимание женщины на том, что во время полового акта она получает удовольствие, а ее апелляция к тому, что другие женщины испытывают оргазм, что вызывает у нее выраженное беспокойство, является следствием ее зависти по отношению к ним. Мы фиксируем ее внимание на том, что главным в процессе интимной близости является ее способность получать удовольствие. Уменьшать же это удовольствие в значительной степени может установка на обязательное получение оргазма, ожидание его получения и опасения, что она в

очередной раз не сможет его испытать. Помимо этого, мы сообщаем пациентке о том, что после того, как женщина испытает оргазм, она нередко может потерять интерес к дальнейшему проведению интимной близости, в то время как сама пациентка способна наслаждаться интимной близостью весьма продолжительное время.

Сексуально здоровые женщины не всегда испытывают оргазм во время интимной близости, однако в целом ряде таких случаев они способны получать удовольствие, а после полового акта не испытывают никакого дискомфорта. Ориентация на качественную эрекцию, достаточную для проведения вагинального полового акта, а также на обязательное получение оргазма может быть неприемлема у очень пожилых людей, которые, тем не менее, могут получать наслаждение при ласках, поцелуях, ослабленной или даже отсутствующей эрекции.

В контексте данной публикации следует отметить, что в последнем американском диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам DSM-5 2013 г. сообщается следующее: «В целом сексуальное удовлетворение, однако, не сильно коррелирует с оргастическим опытом. Многие женщины сообщают о высоких уровнях сексуального удовлетворения, несмотря на то, что редко испытывают оргазм или не испытывают его вовсе» [12, р. 430-431.]. Также целесообразно привести высказывания по этому поводу психологов Марка Ярхауза и Эрики Тэн (M. A., Yarhouse, E. S. N. Tan) [10], которые отмечают, что среди женщин, испытывающих трудности с достижением оргазма, только половина серьезно обеспокоены в связи с этим. Это наводит на мысль, что при всей его важности оргазм для женщин не обязательно является ключевым компонентом интимной близости.

По нашему мнению, плежецентрический подход при осуществлении психотерапевтического сопровождения больных с сексуальными дисфункциями является наиболее гуманистичным и обладает выраженным психопротективным потенциалом. Однако работа в данном подходе ни в коей мере не исключает меры по нормализации половых функ-

ций (в том числе эрекции и оргазма) в тех случаях, когда это возможно.

Данные, представленные в этой главе, ранее нашли отражение в профессиональном журнале [4].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Владимиров-Клячко С. В. О некоторых особенностях психотерапевтической тактики лечения импотенции // Проблемы современной сексопатологии: Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. – М., 1972. – Т. 65. – С. 459–467.
2. Кочарян Г. С. Ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа и интракавернозные инъекции вазоактивных препаратов в терапии преждевременной эякуляции // Здоровье мужчины. – 2012. – №3 (42). – С. 75–77.
3. Кочарян Г. С. К вопросу о симптомообразовании при сексуальных расстройствах и диагностической значимости отдельных симптомов // Современные проблемы сексопатологии. – Киев; Ворошиловград, 1986. – С. 42–43.
4. Кочарян Г. С. Клиническая сексология: современные концепты и парадигмы терапевтического сопровождения // Бюллетень науки и практики. Электрон. журн. 2016. № 10 (11). С. 124-129. Режим доступа: <http://www.bulletennauki.com/kocharyan> (дата обращения: 15.10.2016). DOI: 10.5281/zenodo.161065.
5. Кочарян Г. С. Концепция эрогенных сенсорных систем человека. Визуальные эрогенные стимулы // Здоровье мужчины. – 2016. – №1 (56). – С. 74–83.
6. Кочарян Г. С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и его лечение. – Х.: Основа, 1995. – 279 с.
7. Либих С. С. Психотерапия функциональных сексуальных расстройств у мужчин // Руководство по андрологии / Под ред. О. Л. Тиктинского. – Л.: Медицина, 1990. – С. 234–245.
8. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб.: «АДИС», 1994. – 304 с.

9. Свядоц А. М. Женская сексопатология. 5 изд., перераб. и допол. – Кишинев: Штиинца, 1991. – 184 с.
10. Ярхауз М. А, Тэн Э. С. Н. (Yarhouse M. A., Tan E. S. N.) Сексуальность и психотерапия сексуальных расстройств: Пер. с англ. – Черкассы: Коллоквиум, 2016. – 371 с.
11. Chen Juza, Щеплев П. А., Гвасалия Б. Р., Гарин Н. Н., Захарченко А. В. Консервативная терапия ускоренной эякуляции // Андрология и генитальная хирургия. – 2005. – №3. – С. 6–12.
12. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition. – United States: American Psychiatric Association, 2013. – 947 p.
13. Erogenous zone. From Wikipedia, the free encyclopedia. – URL: https://en.wikipedia.org/wiki/Erogenous_zone (date of the reference: 02.09.2015).

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

РАЗЛИЧНЫЕ ФОРМЫ РАССТРОЙСТВ ОРГАЗМА: КЛИНИЧЕСКИЕ ИЛЛЮСТРАЦИИ

В практике клинического сексолога встречаются различные формы расстройств оргазма. Приведем некоторые их примеры.

Пример 1. (Клинический архив автора, 2001 г.) К нам за помощью в консультативную поликлинику обратилась женщина средних лет, которая в течение 10 месяцев не жила с мужем половой жизнью, так как он «завел себе другую женщину» (из супружеской пары, с которой они дружат). Его вполне устраивает сложившаяся ситуация. Он живет со своей женой в семье (у них один ребенок), а половые контакты имеет с той более молодой женщиной, которая, так же как и этот мужчина, не собирается разводиться, так как ее вполне устраивает существующая ситуация. После 10 месяцев перерыва в сексуальных контактах (пациентка в это время занималась мастурбацией, которая заканчивалась оргазмом) ей почти насильно удалось заставить мужа совершить с ней половой акт. Несмотря на нарастающее сексуальное возбуждение, оргазм у нее не произошел. При подробном расспросе удалось выяснить, что в процессе проведения полового акта возник «момент торможения», когда она увидела «напряженное лицо» мужа, совершающего фрикции, который отвернулся от нее (*психогенная ситуационная аноргазмия!*). Хотя она говорит, что смирилась с наличием у мужа любовницы, однако рассказала нам как долго и напряженно ждет, пока он придет домой, а также о расстройстве у нее сна из-за этой длительно существующей психотравмирующей семейной ситуации. Пациентке было объяснено, что ее сексуальный сбой обусловлен ее реакцией на поведение супруга во время интимной близости, и что главная задача состоит в нормализации семейных отношений.

В данном клиническом наблюдении речь еще не идет о сформировавшемся расстройстве оргазма. Этот клинический случай уместно квалифицировать как мнимую сексуальную дисфункцию.

Пациентка предполагает/считает, что у нее имеет место патология, которой на самом деле у нее нет.

Пример 2. (Клинический архив автора, 1996 г.) Пациента М., 24 года, замужем 5 лет, имеет дочь. Обратилась к нам за лечебной помощью с 28-летним мужем, у которого имеет место преждевременная эякуляция. Половой жизнью живут редко и нерегулярно. С момента замужества она не испытывала по отношению к мужу никаких чувств. Вышла замуж по настоянию родителей. Перед самой свадьбой молодые люди сильно поссорились, и свадьба чуть было не расстроилась, но родители настояли на том, чтобы она все-таки состоялась, так как все вокруг были о ней предупреждены. Полгода прожили нормально. Общечеловеческие отношения были хорошие, но сексуальная привлекательность супруга для нее была очень небольшая. Первый оргазм при половом акте испытала 2-3 года назад, но тогда сама себе стимулировала пальцем клитор. Первый оргазм наступил в 18 лет при мастурбации. С того времени мастурбировала нерегулярно, в том числе и в замужестве. Первый половой акт в 18,5 лет с другим мужчиной. Было приятно, но оргазма не испытала. Через полгода после замужества муж начал сильно выпивать. Пил практически ежедневно. Она этого не переносит. Половая активность (половые акты) из-за этого была приблизительно 1 раз в месяц. Его пьянство вызывало у нее очень негативные чувства. Когда из-за этого окончательно решила развестись с ним, он пролечился от алкоголизма и с того времени алкоголь совсем не употребляет.

Дома было скучно, и она устроилась работать в хлебный киоск. Там начальник проявил к ней интерес и стал ее ежедневно обнимать и целовать, но половых актов с ним не было. Как-то она задержалась по работе, и начальник провел ее домой. Муж, который вышел ее встречать, все это увидел. Дома мужу рассказала о своих отношениях с начальником. Тогда муж предложил ей развестись. Она не решилась на это, так как перспективы установления серьезных отношений с ее боссом, к которому ее сильно физически тянуло, не было. К тому же думала о своей дочери. Тогда обратились к психологу, который посоветовал обратиться ко мне. Хронических заболеваний у пациентки нет.

Нами была осуществлена следующая коррекция. Поведено 5 гипнотических сеансов, на которых внушалось сексуальное без-

различие к начальнику, возрастание сексуальной привлекательности мужа и усиление сладострастных ощущений при его воздействии на ее эрогенные зоны, приятные ощущения при фрикциях, сочетающиеся с усиливающимся сексуальным возбуждением, приводящим к оргазму. Также осуществлялось моделирование доставляющего ей удовольствие полового акта с супругом.

При проведении данного коррекционного курса отношения к мужу постепенно улучшались. Появилась к нему тяга. Если вначале при половых актах с мужем представляла своего начальника, то затем перестала это делать. К мужу стала относиться теплее, а к шефу чувства начали остывать. По моей рекомендации, для того чтобы у нее наступал оргазм при половом акте, ей было рекомендовано стимулировать клитор пальцем. При последней нашей встрече пациентка заявила, что оргазм при половом акте с мужем возник у нее и без данной стимуляции, так как продолжительность его полового акта увеличилась (благодаря лечению, которое я ему назначил).

Таким образом, речь в данном случае идет о сексуальной дисгармонии, в частности проявляющейся коитальной аноргазмией, что обусловлено очень небольшой сексуальной притягательностью супруга (которая еще уменьшилась в связи с его алкоголизмом), а также недостаточной продолжительностью его полового акта. Затем к этому прибавилось негативное влияние на супружеские отношения увлеченности другим мужчиной. Адекватная коррекция, проведенная супругам, дала положительные результаты.

Следует отметить, что в свое время (для исключения контактов пациентки со своим начальником) муж настоял, чтобы она ушла с работы, что облегчило гармонизацию в супружеской паре.

Пример 3. «К нам обратилась замужняя 34-летняя женщина. Она рассказала, что в детстве ее воспитывала только мать, так как отец ушел из семьи и женился на другой женщине. Мать постоянно твердила, что мужчин надо избегать, потому что они только и ждут возможности совратить молодую девушку. Почти ежедневно она рассказывала дочери о страшных испытаниях, выпавших на долю женщин, брошенных мужчинами. Рассказывала о том, как тяжело протекают роды, как они болезненны, что детей очень тяжело воспитывать и т. д. И неизменно подчеркивала: всему виной – половое влечение. Все мужчины, по словам матери, это «шмели,

перелетающие с цветка на цветок», легкомысленные и стремящиеся к единственной цели – соблазнить женщину.

Наша пациентка, будучи ребенком, принимала слова матери очень близко к сердцу. Играла только с девочками, а когда кто-нибудь из знакомых мужчин приходил в дом, убегала, потому что боялась, что он «соблазнит» ее. Боялась товарищей по школе, учителей, даже перед ксендзом испытывала страх. По окончании школы хотела пойти в монахини, но на это мать не согласилась.

Спустя некоторое время она вышла замуж. Очень любит мужа, так же как и он ее. Сначала она даже желала половой близости с ним, хотя и очень боялась. Во время сношений ей всегда вспоминались рассказы матери о страшных болях при родах и т. д. Это отвлекало ее внимание и прежде всего делало «холодной» в процессе сношения. Она ни разу не испытала оргазма, несмотря на то что ее муж обладал нормальной потенцией и делал все, что нужно, чтобы доставить жене максимальное половое удовлетворение. В нашу консультацию пациентка обратилась потому, что, как ей кажется, для полноты супружеского счастья ей не хватает ощущения оргазма при половых сношениях. Ее также мучит мысль о том, что в ходе сношения она проявляет равнодушие, а стало быть, не доставляет мужу полного удовлетворения. На этой почве между ней и мужем все чаще стали возникать размолвки, и прочность супружества оказалась в какой-то мере поколеблена.

Этот случай свидетельствует об определенном влиянии неправильного воспитания и запугивания ребенка матерью. Сформировавшиеся в детстве психические тормоза лишили нашу пациентку возможности испытать наслаждение половой близостью с мужем. Результатом оказалась половая холодность, которая превратилась в угрозу прочности этого брака. Только соответствующее лечение в клинике позволило устранить причины половой холодности. В настоящее время эта женщина живет с мужем счастливо, все размолвки между ними прекратились.

Отсюда следует, что нужно всячески повышать уровень знаний и воспитательского умения родителей». (К. Имелинский. Психогигиена половой жизни. – М.: Медицина, 1972. – 256 с., с. 63).

Пример 4. «М., инженер, 34 лет. В 26 лет, в течение трех месяцев до брака жила с будущим мужем половой жизнью, испыты-

вала оргазм. После свадьбы супруги уехали по месту работы мужа, где вдруг к ним в дом явилась женщина и устроила мужу М. бурную сцену, во время которой рыдала и говорила, что любит его и жить без него не может. Все это происходило в присутствии мужа этой женщины, что особенно потрясло больную. М. сказала своему мужу: «От этого ты должен был меня оградить!». С этого момента половое влечение у нее угасло, и оргазм при половой близости перестал возникать. Аноргазмия держалась на протяжении 8 лет. Отношения с мужем оставались хорошими. Он делал все возможное, чтобы доставить жене половое удовлетворение, но тщетно. Половые органы ее стали нечувствительны. Месячные нормальные. М. – цветущая женщина, обаятельная, самолюбивая, обидчивая, впечатлительная. С больной проведена психотерапевтическая беседа. Указано, что она нормальная, здоровая женщина и ее сексуальная сфера оказалась заторможенной под влиянием психического потрясения, что сексуальность ее можно «растормозить», «включить». При гинекологическом исследовании оказано интенсивное ритмичное давление на зону передней стенки влагалища, что вызвало выраженную эротическую реакцию. После этого появилась и небольшая эротическая чувствительность клитора. Больная была поражена тем, что впервые за 8 лет у нее была вызвана эротическая реакция. Этой же ночью эротическая реакция возникла и во время половой близости с мужем, а на следующую ночь испытала с ним оргазм, и половое влечение восстановилось.

В данном случае у молодой женщины [имела место] мощная шоковая психическая травма, вызвавшая сильный стресс. В результате возникла заторможенность полового влечения и аноргазмия, продержавшиеся 8 лет. Они были одномоментно устранены психотерапией в сочетании с интенсивным включением эротической чувствительности путем стимуляции эрогенной зоны. Возможно, что первоначальное торможение было связано с эндокринно-вегетативным сдвигом, вызванным стрессовой ситуацией, а в дальнейшем закрепилось психогенно» (Свядош А. М. Женская сексопатология. Издание пятое, перераб. и допол. – Кишинев: Штиинца, 1991. – 184 с., с. 50-51).

Пример 5. «Девушка, 25 лет, три года назад, после окончания института физкультуры, была направлена преподавателем в небольшой городок. Туда же приехал на работу и ее однокурсник,

которого она знала как хорошего спортсмена, но всегда считала несколько глуповатым. Вскоре согласилась выйти за него замуж. Во время первой брачной ночи муж, выпив вина, стал хвастать своими любовными похождениями и а деталях описывать свои победы над женщинами. Это вызвало у нее такое чувство отвращения, что, несмотря на его хорошие половые способности, половое удовлетворение с ним никогда не наступало. При половой близости с другими мужчинами, даже менее потентными, оргазм возникал. Больная поступила в клинику с явлениями неврастения, вызванными неблагоприятными семейными отношениями» (Свядош А. М. Женская сексопатология. Издание пятое, перераб. и допол. – Кишинев: Штиинца, 1991. – 184 с., с. 49).

В данном случае речь идет о селективной психогенной аноргазмии.

Пример 6. «Стойкая аноргазмия может возникать и в тех случаях, если женщина усилием воли подавляет наступление оргазма. К нам обратилась Ю., 25 лет с жалобой на то, что в течение 6 лет замужества у нее не возникал оргазм и близость с мужем была ей тягостной. На второй неделе брака у нее вдруг во время полового акта возник сильнейший оргазм, сопровождавшийся стонами и судорожными движениями тела. Муж, не поняв ее состояния прервал акт, воскликнув: «Что с тобой? Ты что, ненормальная?!». Она смутилась, и во время половой близости в последующие 3-4 дня ценой большого нервного напряжения подавляла наступление оргазма. После этого он перестал возникать» (Свядош А. М. Женская сексопатология. Издание пятое, перераб. и допол. – Кишинев: Штиинца, 1991. – 184 с., с. 50).

Пример 7. «В другом случае стойкая психогенная аноргазмия развилась непосредственно после того, как молодая женщина резко подавила наступление оргазма, испугавшись вошедших в комнату» (Свядош А. М. Женская сексопатология. Издание пятое, перераб. и допол. – Кишинев: Штиинца, 1991. – 184 с., с. 50).

Пример 8. «Испуг не обязательно оказывает тормозящее действие на наступление оргазма. Так, у одной нашей пациентки, 28 лет, оргазм впервые возник, когда во время полового акта неожиданно открыли дверь в комнату. С этого времени он возникал лишь в том случае, когда имелась реальная угроза того, что в ком-

нату войдут» (Свядош А. М. Женская сексопатология. Издание пятое, перераб. и допол. – Кишинев: Штиинца, 1991. – 184 с., с. 50).

Пример 9. (Клинический архив автора, 2018 г.) К нам за помощью обратился пациент Р., 21 года, студент 4-го курса медицинского факультета университета, который в течение полугода встречается со студенткой 5 курса, получающей юридическое образование, являющейся его сверстницей. Живет с ней половой жизнью. Предъявляет жалобы на отсутствие эякуляции и оргазма. Половые акты продолжаются от 0,5 ч до 1 ч (в среднем – 40-50 мин). Проверял по часам. При активном расспросе либидо и эрекция полностью сохранены. АЭ имеет место с начала половой жизни. Частота половых актов – 1 раз (намного чаще) или 2 раза (очень редко) в неделю. У партнерши за время одного полового акта наступает от 1 до 3 оргазмов. Такую небольшую частоту сексуальных контактов объясняет тем, что девушка настолько «насыщается» при таких длительных сношениях, что не хочет более частых.

Пиковое возбуждение при половом акте возникает у него тогда, когда смотрит на ноги женщины и ее ягодицы. Если же эти части тела выходят из поля зрения, то чувствует некоторый дискомфорт. На названные части тела в первую очередь обращает внимание и вне интимной близости.

Мастурбация. Наряду с сексуальными контактами ежедневно мастурбирует. Использует обычную «левокулачную» технику с вовлечением всего члена, включая его головку. Мастурбирует с 16 лет. До 17 лет сочетал мастурбацию с гетеросексуальными фантазиями, а с 17 лет и по настоящее время при мастурбации смотрит гетеросексуальное интернет-порно. Обычно при этом поочередно просматривает половые контакты 5-6 пар, которые используют различные техники и позы. С самого начала мастурбировал 1 раз в день. Всякий раз при мастурбации через 10-15 мин наступает эякуляция и оргазм (проверял по часам). При мастурбации может кончить и без порно.

Первый оргазм и первая эякуляция наступили, как только начал мастурбировать в 16 лет. *Эротические сновидения* появились только в 20 лет. Они имеют место 1 раз в 2 мес и семяизвержением не сопровождаются.

Платоническое либидо пробудилось в 6 лет, когда ходил в садик, *эротическое* – в 15 лет (не реализовал из-за застенчивости). «Для меня была даже целая история взять девушку за руку». Вообще характеризует себя как тревожно-мнительную личность. *Сексуальное либидо* пробудилось в 16 лет.

Первый половой акт совершил в 18 лет с ровесницей по своей инициативе. До этого встречался с ней полгода, но тогда только целовались и обнимались. В течение 3-4 мес занимался с ней сексом 1 раз в неделю. ***С этой девушкой, также как и с нынешней, при половых актах никогда не возникали эякуляция и оргазм (!)***. Эякуляция и оргазм не наступали не только при вагинальном коитусе, но и при минете. Больше возбуждение наступает, когда нынешняя партнерша стимулирует член рукой (первая этого не делала), но «чуть-чуть не хватает, чтобы закончить».

Первая партнерша негативно реагировала на его сексуальную проблему, а вторая относится к ней с пониманием. Сказала, что будет «только рада, когда этот вопрос решится» (заботится о нем).

Хроническими заболеваниями не страдает. Курит 5-10 сигарет в день (стаж курения – 4 года). Алкоголь употребляет максимум 1 раз в месяц (от пол-литра до одного литра сидра (крепость – 6-7 градусов). Наркотики не употребляет. Рост – 176 см, масса тела – 77 кг. Нормостеник. Оволосение на лобке по мужскому типу (дорожка к пупку, умеренное количество волос на передней поверхности грудной клетки, достаточное (среднее) оволосение на руках и ногах. Член и яички нормальных размеров. Придатки б/болезненны, не уплотнены. Складчатость и пигментация мошонки и пигментация члена нормальные. Головка почти полностью закрыта. До 20 лет при напряжении члена (когда головка была открыта) крайняя плоть ее сдавливала. Когда же при напряжении полового члена головка была закрыта крайней плотью, то давления на нее при эрекции не было, но и особо ярких ощущений при мастурбации не испытывал. Поэтому обычно мастурбировал при закрытой головке, так как при открытой головке это было невозможно из-за боли и сдавления. В 20 лет было сделано частичное обрезание крайней плоти.

Диагноз: Патологический сексуальный стереотип, обусловленный мастурбацией; симптомы анэякуляции и аноргазмии.

Рекомендовано: 1) исключить просмотр порнографии; 2) техника «мост» (мастурбация или стимуляция члена рукой партнерши – 9 интервалов, фрикции – 1 интервал; мастурбация или стимуляция члена рукой партнерши – 8 интервалов, фрикции – 2 интервала, и т. д. до полного перехода только на фрикции, завершающиеся эякуляцией); 3) гипносуггестивная терапия.

Пример 10. «Больная К. 25 лет, есть сексуальный партнер («гражданский брак» 2,5 года). Образование высшее экономическое, работает специалистом по рассмотрению претензий. «Гражданскому мужу» 25 лет, образование высшее техническое, работает в службе технической поддержки хостинговой компании. Живут в однокомнатной квартире, которую снимают.

Жалуется, что большее удовольствие получает при просмотре интернет-порнографии, сочетающемся с самоудовлетворением, чем при половых актах с партнером. При мастурбации зажимает одеяло между ног. *При половом акте тоже наступает оргазм, однако при мастурбации он наступает быстрее, более сильный и «более качественный».* Точно такие же сильные ощущения хочет испытывать с партнером. При половом акте половое возбуждение не такое выраженное, как при мастурбации. Партнеру не говорила, что ей лучше с компьютером (мастурбация в сочетании с интернет-порно), чем с ним.

– **КГС** (Кочарян Гарник Суменович). А Вам женщины нравятся?

– **П** (пациентка). В принципе я думала, что возможно да.

– **КГС.** Тяга к женщинам есть, хотелось бы их обнять, поцеловать?

– **П.** Да, хотелось бы, но я ни разу не встречала такую женщину, которую бы хотелось, то есть к представляемой картинке женщины тяга есть, но я никогда не встречала реальную женщину, с которой могла бы...

– **КГС.** В девушек никогда не влюблялась?

– **П.** Нет. Никогда никаких эротических и сексуальных контактов с представителями женского пола не было.

Любит смотреть интернет-порносюжеты с двумя женщинами и одним мужчиной. Нравятся сюжеты с оральными ласками и грубым сексом. Под грубым сексом она понимает половой акт без предварительных ласк, когда мужчина сразу резко «берет» жен-

щину. Ее партнер, напротив, «берет» ее ласково, «мы пробовали грубо, и тогда мне это не нравится, у меня болевые ощущения. Если бы не было болевых ощущений, то тогда бы понравилось. У меня смазки тогда не хватает, а когда она есть, если «берет» грубо, то тоже нравится. Не все позы мне подходят, в некоторых возникают болевые ощущения». Когда она очень сильно возбуждена, то тогда вообще нет никаких болевых ощущений.

– **КГС.** Пробовали сочетать секс с интернет-порнографией?

– **П.** Пробовали, но это меня не возбуждает, меня больше тянет на какое-то комментирование, хиханьки-хаханьки, почему-то становится смешно, это нереально кажется, не вызывает возбуждения вообще, я просто смотрю это как какое-то дешевое неинтересное кино, которое не вызывает никаких ощущений.

Не знает, возникает ли у нее оргазм при воздействии на клитор или на влагалище. «Только в нескольких позах я могу достичь оргазма». О зоне Джи читала, но не знает, где она находится. Оргастичность составляет 70-80%. Только недавно решила сообщить партнеру, в каких конкретно позах она достигает оргазма. До того, как с ним обсудила эту тему, оргазмы у нее наступали реже. Сейчас вместо одеяла, что имеет место при мастурбации, использует руку парня. Он прижимает ее к передней стенке живота, «где член трется о переднюю стенку влагалища». «Живем с ним два с половиной года. У нас хорошие отношения, он ко мне иногда относится даже лучше, чем я к нему. Через 1-1,5 года планировали расписаться, а до 30 лет завести детей».

Мастурбировать начала в первом-втором классе школы. Как пришла к этому не помнит. В 7-8 лет, а может и раньше, при мастурбации начали возникать оргазмы. «Тогда мастурбировала без картинок (в голове ничего не возникало), просто знала, что если зажать одеяло между ног, то возникают приятные ощущения; если потереться сильнее, то я получу разрядку». С использованием интернет-порносюжетов начала мастурбировать 6 лет назад, а до этого просто терлась и воображала мужчину с другой женщиной.

Месячные приблизительно с 13 лет, с самого начала регулярные, по 6 дней, через 24 дня. Бывает, что месячные сдвигаются на 1-2 дня «сами по себе, непонятно почему». **Платоническое либидо.** В детском саду мальчики начали нравиться лет с 6-ти (тогда не влюблялась). В 13 лет первый раз влюбилась. **Эротическое либи-**

до. Желание, чтобы «прижали, сильно поцеловали» появилось в 13 лет. **Сексуальное либидо.** Фантазии о половом акте возникли в 15 лет.

Первый половой акт в 16 лет, но оргазма не испытала. **Первый оргазм** при половой близости возник в 20 лет «случайным образом в определенной позе».

Партнеры. До «гражданского мужа» (с 16 до 22,5 лет) было еще 6 сексуальных партнеров. С одним из них были длительные отношения – 7 лет, а в промежутках (когда мы с ним сходились и расходились) были другие мужчины. В один и тот же период времени был не один партнер (половые акты совершала с ними в разные дни). Отмечает, что *при половом акте с каждым из мужчин ощущения были менее острые и менее сильные, чем при мастурбации под интернет-порно!*

Состояние здоровья. Соматически здорова.

Алкогольными напитками не злоупотребляет, курит очень редко, наркотики не употребляет.

Таким образом, сделан вывод, что менее сильные и качественные оргазмы, так же как и менее выраженные эротические ощущения, возникают при сексуальных контактах у этой молодой женщины из-за сформировавшегося у нее патологического сексуального стереотипа, обусловленного мастурбацией, которая в течение последних 6 лет сочеталась с интернет-порнографией» (Кочарян Г. С. Патологические сексуальные стереотипы, обусловленные мастурбацией, сочетаемой с порнографией // Психологическое консультирование и психотерапия. – 2017. – Том 1, № 8. – С. 24–30).

Пример 11. (Клинический архив автора, 2018 г.) За лечебной помощью к нам обратилась гетеросексуальная женщина Ф., 32-х лет. Не замужем, детей нет. В течение 13 лет состоит в «гражданском браке». Мужу 32 года. Не хотят заводить детей из-за жилищных условий. Живут с родителями гражданского мужа в двухкомнатной квартире (одну комнату занимают они, а другую – его отец, мать и брат). У нее неоконченное высшее техническое образование (закончила 3 курса), работает старшим кассиром в супермаркете. У мужа высшее образование (менеджер по персоналу), работает логистом в почтовой компании.

Предъявила *жалобы* на отсутствие оргазма при вагинальном половом акте, несмотря на использование различных сексуальных позиций. При стимуляции внешней части клитора пальцем возникают приятные ощущения, но более приятные ощущения возникают во время ее стимуляции при куннилингусе. Однако ни в одном, ни в другом случае оргазм не возникает. Оргазм никогда не имитировала. Продолжительность предварительного периода 7-10 мин, увлажнение влагалища при его проведении наступает в 30% случаев, а в 70% случаев оно возникает только при коитусе. Продолжительность основного периода полового акта составляет приблизительно 10-15 мин. Иногда использует смазки. Сама дает партнеру сигнал, когда нужно переходить к основному периоду. Эрогенные зоны: ягодицы («бить не надо, нужно гладить»), грудь (но не соски), внутренняя поверхность бедер (самая чувствительная зона), шея, поясница, живот (не постоянно), промежность. Клитор – умеренно чувствительный, влагалище – слабо чувствительное. Используют различные позы: он сзади, сверху он или она, она лежит со сдвинутыми и не разогнутыми в коленных и тазобедренных суставах ногами, в то время как он находится сверху. *При отсутствии оргазма при половых актах, он наступает при мастурбации с использованием душа.* Желание совершить половой акт возникает у нее 1 раз в 2 недели, а живут половой жизнью 1 раз в неделю. Как правило, начинает половой акт без желания, но аппетит приходит во время еды. Секс в основном по инициативе партнера. Возбуждение при половом акте гораздо чаще слабое, реже – среднее, сильное – еще реже. Очень большого возбуждения не бывает.

Мастурбация с 15-16 лет. Вначале стимулировала внешнюю часть клитора пальцем. Но так как оргазм при этом не возникал, то в 22 года переключилась на мастурбацию с использованием душа. В этом же возрасте при мастурбации испытала *первый оргазм*. Мастурбация сопровождалась гетеросексуальными фантазиями, порнографию никогда не использовала. Мастурбировала примерно 5-6 раз в месяц. Оргазм возникал в 50-60% случаев. Данная частота оргазма сохранялась и была такой за полгода до обращения ко мне. *Первый оргазм* наступил в 20 с чем-то лет (точно не помнит) и именно при мастурбации. *Эротические сновидения* с 15-16 лет, были нечастыми. Лишь однажды при эротическом сно-

видении наступил оргазм. Тогда ей было 22-23 года. *Платоническое либидо* пробудилось в 9 лет, *эротическое* – в 13-14, *сексуальное* – в 15-16.

Первый половой акт состоялся в 13 лет. Тогда пошли с подругой в гости, хорошо выпила, заснула, пробудилась от того, что парень 18-20 лет проводил с ней вагинальный половой акт. Тогда потеряла девственность, на трусах была кровь. Сразу не смогла оценить произошедшее, так как была пьяная, а потом чувствовала себя скверно, было ощущение грязи. От родителей это скрыла. Сильно переживала в течение 1 месяца после этого, но и сейчас эта «картинка» периодически всплывает. Второй половой акт в 18 лет с 20-тилетним мужчиной без принуждения и насилия. Было приятно. Встречались с ним в течение 10 месяцев, но оргазм при половом акте никогда не возникал. Третьим мужчиной в ее жизни стал ее нынешний партнер. Для того чтобы она не забеременела, используют прерванное половое сношение и презерватив.

Сексуально-репрессивного воспитания не было.

Месячные регулярные, были болезненными, однако после приема гормональных таблеток стали безболезненными. Месячные по 6 дней через 29-32 дня. Первые месячные в 12 лет, первые полгода были нерегулярными, а затем стали регулярными.

Состояние здоровья. 6 лет назад обнаружили вирус папилломы человека, в связи с чем периодически получает лечение. У партнера этот вирус не обнаруживают. 12 лет назад был аборт.

Объективно: рост – 168 см, масса тела – 60 кг, носит второй размер бюстгалтера. Оволосение на теле слабое, усики на верхней губе не растут. Оволосение на лобке по женскому типу.

Диагноз: патологический сексуальный стереотип, обусловленный мастурбацией (с использованием душа), в форме аноргазмии и ослабленного полового влечения.

Рекомендовано: техника «мост» и гипносуггестивная терапия.

Пример 12. (Клинический архив автора, 2014 г.) И, 27 лет, замужем 4 года, ребенку 3 года (девочка). Образование высшее юридическое. Не работает. Мужу 28 лет, частный предприниматель, имеет высшее образование (международные отношения). Жилищные условия – трехкомнатная квартира, которая является собственностью ее отца. Живут в ней вдвоем (муж, она и ребенок). Отношения с мужем доверительные.

Жалобы на то, что при половом акте не наступает оргазм. Протекает он так. В предварительном периоде (ласки, поцелуи) возбуждение нарастает только тогда, когда муж ласкает грудь (ключевая негенитальная эрогенная зона), что он делает очень редко. При стимуляции других эрогенных зон (шея, губы, волосистая часть головы) просто имеют место приятные ощущения, но муж на них также очень мало воздействует. Во время прелюдии происходит достаточное увлажнение влагалища. Затем супруг делает куннилингус (от 5 до 20 мин), который он очень любит, от чего она не получает никакого удовлетворения. Потом вводит половой член во влагалище и в течение 1-2 мин производит фрикции, а затем эякулирует. При фрикциях пациентка ничего не чувствует, и оргазм у нее не наступает. Через 15-20 мин муж может провести повторный половой акт, который продолжается приблизительно 7 мин. Т. е. он проводит 1 или 2 вагинальных половых акта. Она хотела бы попробовать, сможет ли достигнуть оргазма при воздействии на грудь, но муж, как было указано ранее, оставляет эту зону без сколько-нибудь значительного внимания.

Проводят половой акт в миссионерской позе; когда муж находится сзади; стоя; сидя; в позе наездницы («я не могу попасть в ритм, и мне эта поза не нравится»). «После полового акта муж уходит принять душ, а я скрещиваю ноги и кончаю (это бывает не каждый раз, а редко)». Частота половых актов с мужем от 2 раз в неделю до 1 раза в месяц.

Муж любит «садить» ее гениталиями на свое лицо. При этом он видит ее половые органы и проводит куннилингус. (Такую практику, при которой верхний партнер сидит на лице нижнего, обычно иницируя орально-генитальный или орально-анальный контакт, называют «facesitting» (англ.), что часто транслитерируется в фейсситтинг.) Обычно перед этим муж может покатать ее на машине, купить что-то, а потом попросить ее сделать это.

Пробовали использовать фалоимитаторы, но это к разрядке тоже не приводило. Один раз пробовали с мужем найти зону Джи. Мне было очень приятно. Муж хочет добиться, чтобы у нее была эякуляция.

Раньше она имитировала оргазм с мужем (закатывала глаза, стонала, в какие-то определенные моменты могла прижать его или укусить, давала ему понять, что ей очень хорошо). «Я же не хочу

обидеть своего мужа». Сначала говорила ему, что не всегда испытывает оргазм (он сам об этом догадывался / знал), а потом сказала, что вообще не испытывает его (это было 0,5 года назад). После этого на некоторое время прекратила имитировать оргазм. Ее признание его очень расстроило, и он посоветовал ей обратиться к врачу. Сама же она не считала и не считает это проблемой. Вначале обратилась к гинекологу, который сказал, что ей в связи с этим следовало проконсультироваться раньше. Затем, однако, все равно продолжила симулировать сексуальное возбуждение: закрывает глаза, шумит. Муж принимает это за чистую монету: «оргазма нет, но есть сильное сексуальное возбуждение». Супруг относит отсутствие у нее оргазма к своей неспособности вызвать его, т. е. возводит на себя вину, хотя она таких упреков ему никогда не предъявляла.

Он очень состоятельный человек (занимается арендой недвижимости), хорошо ее финансирует, покупает ей вещи. Этого, по его мнению, вполне достаточно. Не считает, что «должен» в сексе. «Мне просто начинает это немножко надоедать, я сама себя могу удовлетворить, но не могу воспользоваться своим телом в контакте с мужчиной» и не испытываю оргазм как другие женщины. Говорит, что любит своего мужа, но физически он ей не нравится. Замуж вышла потому, что любила его, он очень добрый человек, и ей с ним комфортно. «Когда выходила за него замуж, он мне руки целовал, называл богиней и на руках носил», т. е. отношение было совершенно другое. Когда женился на ней, то уже был богатым.

«С психологической точки зрения я стараюсь ублажать мужа, направляю все свои мысли и действия на то, чтобы понравиться ему, забываю при этом о себе. Поэтому у меня нет никакого расслабления».

Помимо мужа, есть еще и любовник, с которым регулярно встречается на протяжении всего периода ее замужества. Она знала его и встречалась с ним еще до замужества, но потом он первый женился. Частота половой жизни с любовником от 1 раза в 2 месяца до 1 раза в 3 месяца. Чаше с ним встречаться не может («у меня семья, у него семья»). Проводят половые акты в гостинице или в машине. Ребенок у нее от мужа. С любовником мне психологически комфортно. Он всегда стремится удовлетворить меня, несмотря на то, что я не могу достичь оргазма. «Он занимается

моей грудью, делает все, что не делает муж». Когда любовник массирует клитор пальцем, ей это приятно (муж этого не делает, когда-то пытался, но я не испытала таких ощущений). Он делает это 2 минуты. Когда любовник осуществляет куннилингус, то ей тоже приятно. Она пыталась обучить мужа действовать так же эффективно, но «он не поддается». Муж не знает, что у нее есть любовник. «Он в сексуальном отношении эгоист, не будет делать то, что мне нравится в сексе». Считает вполне достаточным, что дает ей деньги и покупает вещи.

«Во время интимной близости я еще смотрю на свое отражение в зеркалах, телевизоре, так как для меня очень важно, как я выгляжу. Это меня возбуждает». Данное самонаблюдение заводит ее психологически, а физиологически особо не заводит.

Мастурбация с 11 лет. Вначале мастурбировала 1 раз в месяц, позже (когда уехала от родителей) 1 раз в неделю. В настоящее время (после замужества) частота мастурбации – от 1 раза в неделю до 1 раза в месяц. С 11 лет до 14 лет было просто приятно, а с 14 лет начал наступать оргазм. Оргазм наступает от сжатия ног. При мастурбации бывает от 2 до 4 оргазмов. Сжатие ног после каждого оргазма возобновляет через 30 сек. Отмечает, что при самостимуляции клитора пальцем не чувствует приятных ощущений, и оргазм при этом не возникает. В 22-23 г. у нее были отношения с мужчиной (10 половых актов), который ей «безумно нравился». Встречались с ним исключительно для интима. Делала ему минет, что ей очень нравилось, глотала сперму (не было неприятно). При минете не заканчивала. Были с ним и вагинальные контакты, при которых оргазм тоже не возникал. В настоящее время при мастурбации воображает, что делает минет этому мужчине. Это ее «заводит». «В это время скрещиваю ноги и начинаю их сжимать». При этом ей нужно занять горизонтальное положение. При сжатии ног оргазм наступает через 1 мин.

Эротические сны имеют место приблизительно с 16 лет. Снятся ласки, поцелуи; не помнит, чтобы снились половые акты. Частота эротических сновидений на протяжении всей жизни 1 раз в 3 месяца.

Платоническое либидо с 1-го класса (с 7 лет). «Был самый красивый мальчик в нашем классе, сидели с ним за одной партой, общались только в пределах школы». **Эротическое либидо** про-

будилось в 14 лет. Была его реализация: встречалась с мальчиками (обнималась, целовалась). *Сексуальное либидо* пробудилось в 17-18 лет, были соответствующие фантазии.

Первый половой акт (вагинальный) в 16 лет с 25-типятiletним парнем в машине в его гараже. Ей тогда не понравилось (было больно), из-за чего половой акт был приостановлен. Он лишил ее девственности. Первому половому акту предшествовал полугодичный период встреч с этим парнем. «Потом он сказал, что нужно взрослеть». Был еще ряд половых актов с ним. Только первый половой акт сопровождался болью. Ни один из половых актов так и не завершился оргазмом. Спустя 1-2 месяца после первого полового акта отношения с этим парнем закончились по ее инициативе, так как он ей изменил. Потом были сексуальные контакты еще с 10 мужчинами. С некоторыми из них было всего по 2-3 половых акта, а с одним (тогда ей был 20-21 г.) встречалась 1,5 года. Ни с одним из этих мужчин оргазм так и наступил. В 23 года был половой акт с одним мужчиной. Когда он вставил ей член во влагалище, «меня всю пробрало до дрожи, я не могла шевелиться, было приятно, я никогда не испытывала таких ощущений», но оргазм все же не возник. Кстати, отмечает, что обратилась за сексологической помощью не только по настоянию супруга (это главная причина), но и потому, что вспоминает о половом акте с этим мужчиной. Хотя он ей и не нравился, и его половой член был обычных размеров, она сильно возбудилась. Тогда в интимной обстановке «я просто была расслаблена и не заморачивалась, как я выгляжу».

Половое воспитание. Мать – домашняя хозяйка. Отец в прошлом бизнесмен. Родители с ней на сексуальные темы не разговаривали. Сведения получала из книг («не по сексологии, просто женщина делилась, как нужно правильно жить, как правильно нужно себя вести со своим мужчиной, что приятно, что неприятно, что можно делать, чего нельзя, было там и об эрогенных зонах»). Запугиваний на сексуальную тематику в семье не было. Вместе с тем вспоминает, что у нее с мамой был конфликт, «когда она очень вульгарно оделась». Тогда мать побила ее возле подъезда.

Вспоминает один неприятный эпизод из своей жизни. «Однажды у нас были гости, и мы с младшим братом спали в своей комнате. Ко мне подошел кто-то из гостей (тогда мне было 10-11 лет),

сказал, что хочет секса и чтобы я перестала ломаться (я даже не знаю, кто это был, и сколько этому гостю было лет). Но он ничего не сделал». Сразу маме об этом она не рассказала, может быть спустя какое-то время (точно не помнит, рассказала или нет). После этого стала чаще ругаться с мамой по поводу ее гостей.

Месячные с 11 лет, по 5 дней, через 28-30 дней. С самого начала были перепады в регулярности наступления месячных от 2 дней до недели, сейчас могут сдвигаться на 2 дня (при простудах, волнениях, перелетах, сильных конфликтах, переживаниях).

Роды матери ею протекали нормально. Физически и умственно хорошо развивалась. В 7 лет, может чуть раньше, при автомобильной аварии ударилась головой. «Меня к бабкам возили, я не могла четко говорить, заикалась, но никаких медикаментов не принимала, голова не болела». Была ли тошнота и рвота, когда ударились, не помнит. Лежала ли в больнице, не помнит.

Не курит, алкоголь употребляет от 1 раза в день до 1 раза в неделю. «Могу выпить пиво, могу выпить 300 грамм виски» Когда выпьет, сильно возбуждается, хочется секса, но при половом акте все равно не заканчивает. Наркотики не употребляет и не употребляла.

Рост 160 см, масса тела 55 кг, размер бюстгалтера 2,5. Усигов нет, гипертрихозов на теле нет. Лобок выбрит. Гинекологически здорова. Хронических заболеваний нет.

Диагноз: Патологический сексуальный стереотип, обусловленный миокомпрессионным типом мастурбации; коитальная аноргазмия.

Рекомендовано: оптимизация эротических воздействий при сексуальных контактах с мужем с учетом ее эрогенных зон, техника «мост», гипносуггестивная терапия.

Пример 13. (Клинический архив автора, 2018 г.) Пациента Б., 26 лет, состоит в гражданском браке чуть более полугода. Образование высшее экономическое, работает в IT-компании (занимается отчетностью). Партнеру 24 года, имеет высшее образование (экономическая кибернетика), работает в той же компании аналитиком. Живут с молодым человеком в подаренной ей родителями двухкомнатной квартире. С этим парнем у нее хорошие отношения, она им очень довольна, он ей нравится и физически и психологически. Он был инициатором их встреч. Предварительный пе-

риод продолжается 15 мин, он делает все, что она просит. Они обречены.

Жалобы. Предъявляет жалобы на то, что при половом акте не может расслабиться, увлажнение влагалища может вообще отсутствовать, а если и есть, то редко и очень слабо выражено. Также имеют место болевые ощущения при половом акте и начальные проявления сексуального возбуждения, оргазм отсутствует. Половое влечение снижено. Когда есть смазка (своя или искусственная), то боли при половом акте отсутствуют, однако в этом случае имеют место просто тактильные ощущения, а приятные эротические отсутствуют. При активном расспросе жалуется на довольно частые головные боли, что связано с проблемами в шейном отделе позвоночника.

Сексологический анамнез. Названные нарушения возникли в 17-18 лет, а до этого было все нормально. Один раз в 15-тилетнем возрасте даже точно имел место оргазм. Тогда очень испугалась, так как было «ощущение, что падаю куда-то в пропасть». Поэтому прилагала усилия, чтобы прийти в себя. В возрасте около 16 лет начала встречаться с 23-летним мужчиной, в которого влюбилась. Он был на 8 лет старше ее. С самого начала их отношений он стал упрекать ее, что в таком возрасте она уже не девственница («промывал мозги»). Внушал, что это аморально, и она должна благодарить его за то, что он с ней встречается. «Я думал, что нашел свой цветок, а оказалось дерьмо», «Я тебя из грязи вытащил». Но, тем не менее, продолжал с ней жить половой жизнью. Когда он уже «обвалил» ее желание жить с ним половой жизнью, говорил: «Я живой, я трахаться хочу». В течение первого полугодия их встреч он «обрушил» ее сексуальность. Всего они встречались 3 года. Когда она ушла от него (бросила его), предлагал ей родить для него ребенка и отдать ему. В дальнейшем, однако, она не должна и не будет иметь какого-либо отношения к этому ребенку. В итоге он сошелся с одной женщиной с 4 детьми, которая их бросила и родила ему ребенка.

Затем в возрасте 18 лет пациентка поступила в университет и переехала жить в Харьков. В течение 2-х лет после переезда в Харьков испытывала враждебные отношения к мужчинам. Были «проверочные встречи» с двумя парнями, с каждым из которых было по 2 половых акта, которые убедили ее в том, что ее сексу-

альные проблемы не нивелировались. Вскоре после поступления в университет в его общежитии по ее инициативе вступила в интимные отношения с соседкой по комнате. Через некоторое время они переехали на квартиру, которую вместе снимали, где их интимные отношения продолжились. Их сексуальные отношения описывает следующим образом. Были ласки, поцелуи, пациентка стимулировала клитор девушки языком (утверждает, что делала это всего 1 или 2 раза с целью эксперимента). Обычно спали вместе в пижамах и только 1 или 2 раза разделись (?). Эта девушка, которая была влюблена в пациентку, являлась ее одногодкой. Вступление в интимные отношения с девушкой объясняет следующим. Хотела проверить, что если с мужчинами в сексе плохо, то может быть с женщиной будет нормально, хотя полового влечения к лицам женского пола не испытывала. На протяжении этих 7 лет неоднократно знакомилась с парнями, но они ее раздражали. Только с несколькими были ласки поцелуи, а с другими нет. За это время, как отмечено нами ранее, были половые акты только с двумя парнями. После 7 лет совместной жизни с этой девушкой гомосексуальное влечение, как она утверждает, так и не развилось. Потом пришла к выводу о бесперспективности дальнейших гомосексуальных отношений и начала встречаться со своим нынешним партнером, с которым познакомилась в мае 2017 г.

Мастурбация с 25 лет. Вначале стимулировала пальцем клитор. Оргазм наступил во время второй мастурбации. Это был «физический оргазм», который проявлялся сокращением мышц тазового дна. Психический компонент оргазма отсутствовал. Потом при мастурбации он наступал постоянно. Два последних месяца 2 раза в неделю мастурбирует с использованием душа.

Характеристика оргазма в настоящее время. «Он возникает только при мастурбации. Сокращаются мышцы промежности. Тогда появляется мысль, что я не безнадежна, и она меня радует». Происходит от 3 до 5 сокращений с интервалом приблизительно в 1 сек. При этих сокращениях бывает приятно: «очень легкие теплые волны, но в голову они не добивают». Т. е. речь идет об отсутствии психического компонента оргазма.

Платоническое либидо с 12 лет. Начали нравиться мальчики, девочки не привлекали, *эротическое либидо* пробудилось тоже в 12 лет, а *сексуальное* – в 14.

Эротические сновидения были 2 года назад. Они заканчивались предварительным периодом, так как боялась вагинального проникновения из-за того, что будет больно. В настоящее время такие сны не снятся, во всяком случае, она о них не помнит.

Первый половой акт по ее инициативе с одноклассником в 14-15 лет, который ей нравился. Через некоторое время она переехала в другой город и оттуда приезжала к нему в гости. Так продолжалось приблизительно в течение 1 года. Потом изменила ему потому, что он был очень спокойный. Путем измены и рассказа ему о ней она хотела «вывести его на какие-то эмоции». Кроме этого парня, было еще 4-5 человек, с которыми совершила от одного до нескольких половых актов. Потом начала встречаться с мужчиной, который ее сексуально «обрушил».

Половое воспитание в семье не проводилось. Изнасилований и попыток к изнасилованию не было. Не было по отношению к ней и развратных действий.

Курит около 10 лет, из них полгода электронные сигареты. Сейчас употребляет 1 раз в неделю 0,5 стакана некрепленого вина. Раньше в такой дозе употребляла его 4 раза в неделю. Это несколько уменьшает ее головную боль. Наркотики не употребляет.

Рост 167 см, масса тела 59 кг, второй размер бюстгалтера. Усики не растут. На ногах и лобке лазерная эпиляция. На руках волос практически не видно, хотя эпиляция и не производилась. Оволосение лобка (анамнестически) по женскому типу. Менструальные с 11 или 12 лет, с самого начала регулярные, сейчас тоже регулярные, в течение 3-4 дней через 28 дней. Менструальный цикл устойчив по отношению к различным неблагоприятным воздействиям. У нее и ее партнера обнаружена уреоплазма. В связи с этим они периодически проходят лечение, что отражается на ритме их половой жизни.

Диагноз: Психогенное сексуальное расстройство; симптомы ослабленного либидо, гиполюбрикации (обусловливающей гениталгии), парциального оргазма (отсутствует его психический компонент).

Можно предположить, что пережитый пациенткой в 15 лет полноценный оргазм в результате психотравматизации не получил своего дальнейшего развития и был редуцирован до оргазма, который лишен своего психологического компонента.

Рекомендовано: гипносуггестивная терапия, использование искусственных смазок, техника «мост», гидазепам по 0,02 г за 1,5 часа до полового акта.

Пример 14. Нами наблюдалась больная Б., 26 лет, которая состояла во втором браке в течение 3 лет. При обращении жаловалась, что увлажнение влагалища при ласках и поцелуях возникает редко (примерно в 10% всех интимных контактов). Если же смазка отсутствует в предварительном периоде, то во время собственно полового акта она так и не появляется. В тех же случаях, когда увлажнение влагалища имеет место во время прелюдии, оно все равно нивелируется через очень непродолжительное время после начала фрикций. По этой причине в течение всех 3-х лет супружеской жизни во втором браке систематически использует вазелин, но мужу это не нравится. Оргазм возникает у нее только в 2–3-х из 10 половых актов. Супруг негативно относится к сухости влагалища («изредка говорит, что ему это не нравится»).

Когда обследуемой было 18 лет, как-то она возвращалась домой с другими девушками после танцев. У выхода из дворца культуры сидели парни и девушки, которые присоединились к ним, и они пошли все вместе. Другие девушки с ребятами оказались впереди, а они с парнем, который был старше ее на 3 года, по его предложению («надо поговорить») несколько отстали. Шли, разговаривали. Дорога домой проходила через лес. Молодой человек воспользовался этим и изнасиловал ее, хотя она и сопротивлялась (до этого была девственницей). Тогда было страшно, и смазка, а также оргазм, что вполне естественно, не возникли. Удалось выяснить, что до этого увлажнение влагалища имело место всякий раз при ласках и поцелуях. Этот молодой человек был влюблен в нее и в течение года безуспешно набивался стать ее парнем.

Когда пришла домой, то по ее виду можно было догадаться, что произошло что-то нехорошее. Она во всем призналась отцу и матери. На следующий день мать пошла к родителям того парня, который ее изнасиловал, и поставила ультиматум, что если он не женится на ее дочери, то его посадят. Он, однако, сам этого хотел («был влюблен» в ее дочь). Поэтому его не пришлось долго уговаривать. Дочь, напротив, вначале отказывалась, так как он ей не нравился и до изнасилования. В конце концов она, однако, согласилась, так как парень, с которым она встречалась и за которого

собиралась выйти замуж (они были одногодки), узнав о случившемся с девушкой, не захотел с ней больше встречаться. Спустя 1–2 месяца после изнасилования состоялась свадьба. Через 1 год после этого родился сын, которому сейчас 7 лет. Прожила в первом браке 3 года. В течение всего супружества неизменно шла на половые контакты с неприязнью и отвращением, и lubricация никогда не возникала. Затем сама ушла от мужа, так как ее «терпение лопнуло». Помимо того, что муж ей не нравился, он был скандальным человеком и очень грубым и неумелым в сексе: думал только о себе и не проводил предварительной подготовки перед половым актом, а также игнорировал заключительный период. И хотя потенция у него была нормальная, оргазм у нее никогда не возникал. Мастурбацией в этот период времени не занималась.

В течение 1 года после развода у нее были половые контакты с пятью мужчинами. С четырьмя из них было всего по одному половому акту, а с пятым, который был женат и старше ее на 15 лет, она встречалась полгода и 1 раз в неделю жила с ним половой жизнью. При сексуальных контактах с каждым из мужчин наступала скудная, но все же достаточная для проведения полового акта lubricация. Оргазм, однако, причем при каждом половом акте, наступал только с мужчиной, с которым она встречалась в течение полугода (*т. е. в тот период времени речь шла только о расстройстве lubricации!*).

Спустя год после развода перестала с ним встречаться, так как познакомилась со своим будущим супругом. Через месяц они поженились. Половая жизнь со вторым мужем практически с самого начала их знакомства. Тогда в течение более месяца всякий раз при сексуальных контактах возникала скудная, как и при сексуальных контактах, которые имели место после развода, lubricация, а потом состояние ухудшилось и стало таким, как описано в жалобах. Это объясняет тем, что с мужчиной, с которым жила 0,5 года после развода, была больше раскрепощена, чем с супругом. Это связывает с повседневными житейскими проблемами. Вместе с тем отмечает, что у супруга нормальная потенция, а его сексуальная техника лучше, чем у мужчины, с которым у нее были регулярные сексуальные отношения до вступления во второй брак. Поэтому во всем винит только себя.

Платоническое либидо пробудилось в 12 лет. В этом же возрасте в пионерском лагере влюбилась в парня, который был на два года старше ее. Он предложил ей дружбу, и они встречались во время ее пребывания в лагере. С 14 лет и до изнасилования встречалась с одноклассником. Они были влюблены друг в друга и собирались пожениться. *Эротическое либидо* пробудилось в 15 лет, однако начало реализовываться (ласки, поцелуи) только год спустя. *Сексуальное либидо* пробудилось в 18 лет. Соматически здорова. Менструации с 13 лет по 6 дней через 21 день, установились сразу, умеренные, безболезненные. Их цикличность никогда не нарушалась.

На основании клинического анализа было сделано заключение о психогенной природе нарушения lubricации и оргазма. О психогенной природе расстройства lubricации свидетельствовал тот факт, что до изнасилования при ласках и поцелуях она всегда была обильной. В фиксации этого расстройства принимали участие такие факторы, как отсутствие любви к первому мужу, обида на него за то, что он ее изнасиловал, изъяны в его сексуальной технике (игнорирование им при сексуальных контактах предварительного и заключительного периодов), его грубое поведение. О психогенной природе расстройства lubricации также свидетельствовало ее возобновление при сексуальных контактах между первым и вторым браком, а также усугубление этого нарушения после повторного замужества (влияние семейно-бытовых факторов).

Заключение о психогенной природе расстройства оргазма могло быть сделано на основании резкого снижения процента оргастичности во втором браке (влияние неблагоприятных психологических факторов, связанных с супружеством) по сравнению с периодом регулярной половой жизни с женатым мужчиной непосредственно перед этим браком, несмотря на то, что при нормальной потенции у обоих партнеров сексуальная техника мужа лучше. ***Кроме того, хотелось бы особо обратить внимание на тот факт, что при интимных отношениях с названным выше женатым мужчиной оргазм наступал всякий раз, хотя lubricация всегда была скудной.***

В связи с вышеизложенным было решено проводить психотерапию. Более того, мы решили ограничиться только ею, так как не видели какой-либо необходимости в использовании биологически

ориентированного лечения. Кроме разъяснительной работы дважды в неделю приблизительно с равными интервалами проводилась гипносуггестивная терапия. Всего было проведено 5 сеансов гипноза.

На первом сеансе осуществлялась техника гипносуггестивного программирования, которая предполагала проведение в гипнотическом состоянии внушений, направленных на формирование нормальной поведенческой программы интимной близости. На этом же сеансе также применялась техника гипносуггестивного моделирования, использование которой в данном случае было направлено на переживание пациенткой в гипнотическом состоянии нормально протекающего предварительного периода с хорошей смазкой. Проведенный после сеанса опрос показал, что ощущаемое в гипнотическом состоянии увлажнение влагалища оказалось недостаточным. Моделируемые ласки и поцелуи мужа были неприятны, так как выяснилось, что в настоящее время между супругами натянутые отношения после того, как муж признался, что «переспал» с тремя женщинами, так как хотел «попробовать по нормальному, без сухости» (*дополнительное существенное доказательство психогенной природы расстройства оргазма!*). После этого была проведена беседа с супругом, на которой ему разъяснили, что при таких взаимоотношениях нормальной смазки быть не может.

На втором сеансе гипноза (к этому времени пациентка уже помирилась со своим мужем) проводились те же самые воздействия, что и на первом. После сеанса отметила, что смазка при моделировании предварительного периода была нормальной. После первого гипнотического сеанса полового акта не было из-за сделанного ей миниаборта. После второго сеанса гипносуггестивной терапии нельзя было проводить половой акт, но он состоялся. Сразу после полового акта пациентку отвезли в больницу, так как у нее началось маточное кровотечение. Отметила, что после этого сеанса была достаточная смазка в предварительном периоде, которая нивелировалась после начала фрикций.

На третьем сеансе была проведена гипнокатартическая техника. Пациентку «погрузили» в ситуацию, когда ее насиловали, и она вновь пережила все связанное с ней. Затем в гипнотическом состоянии было проведено программирование, направленное на

нормализацию сексуальных функций. После 3-го сеанса состоялся (по причине гинекологического кровотечения) только орально-генитальный контакт (minette). **На четвертом сеансе** было проведено моделирование полового акта в целом (и предварительного, и основного, и заключительного периодов), которое завершилось программированием нормально протекающего полового акта с lubricацией и оргазмом. После этого сеанса отметила, что хорошая lubricация была как во время прелюдии, так и при фрикциях. Отметила также усиление полового влечения к мужу в соответствии со сделанными внушениями. **Пятый гипнотический сеанс** протекал по такому же сценарию.

Анализ полученных результатов показал, что проведенное лечение привело к появлению обильной lubricации при сексуальных контактах и возникновению оргазма в 100% половых актов. Более того, теперь при проведении одного полового акта мужем пациентка нередко переживает 2 оргазма, также отмечает повышение к нему сексуального влечения.

Контрольный опрос, проведенный спустя 2,5 месяца после окончания лечения, свидетельствовал об устойчивости полученных результатов (Кочарян Г. С. Гипносуггестивная терапия психогенного расстройства lubricации, ассоциированного с психогенным расстройством оргазма // Вісник Харківського державного університету. Серія «Психологія, політологія». – 1999. – №439. – С. 226–229.).

Пример 15. Отсутствие оргазма у женщины может быть выгодно ей по той простой причине, что, упрекая мужа в неспособности удовлетворить ее сексуально, она тем самым обосновывает свою потребность в сексуальных несемейных контактах и оправдывает их. Поэтому своим поведением она может приводить к появлению у мужа сексуального расстройства. Приведем пример, демонстрирующий высказанную нами мысль.

Больной Г., 30 лет, женат, обратился к нам в связи с имеющимися у него сексуальными нарушениями. В процессе обследования ему был поставлен диагноз невроза ожидания (неудачи) и выявлена акцентуация характера по тревожно-мнительному типу. Помимо этого, оказалось, что супруга ему неверна, и это чрезвычайно угнетает пациента. Была вызвана жена больного. Как оказалось, она увлеклась молодым мужчиной, испытывает к нему силь-

ное половое влечение, помышляет оставить мужа и сойтись со своим любовником. Как выяснилось, инициатива их встреч почти полностью исходит от нее. Учитывая этот факт, хорошее отношение мужа к ней (он продолжает ее любить), а также наличие у супругов общего сына, жене пациента было предложено гипнотическое воздействие для ликвидации влечения к любовнику. Она согласилась на это после длительных колебаний и настойчивых уговоров со стороны больного, так как это влечение являлось для нее определенной ценностью, тем более что оно было довольно сильным. Справедливости ради следует отметить, что на это воздействие мы шли не очень охотно, так как одним из главных показаний к вмешательствам данного рода следует считать желание пациента избавиться от влечения, которое, по его собственному мнению, стало ему в тягость. В данном случае наше воздействие больше несло экспериментальную нагрузку. Вместе с тем, поскольку согласие жены больного в конце концов все же было получено, мы провели ей гипносуггестивное программирование, направленное как на ликвидацию привязанности, влечения к любовнику, так и на возникновение хорошего отношения к мужу, его привлекательности для нее и чувства любви по отношению к нему. Во время проведения сеанса пациентку удалось погрузить минимум во вторую стадию гипнотического состояния по Форелю. После проведения этого одного сеанса, как выяснилось впоследствии, когда пришел наблюдавшийся нами пациент, жена разительным образом изменила свое поведение в желательную для него сторону. В течение недели она хорошо относилась к мужу, уверяла, что любит его, начала заниматься хозяйством и вообще проявляла к нему различные знаки внимания. Однако через неделю все вернулось на круги своя.

Во время этой благоприятной для пациента недели его сексуальные функции (так же, как и общее самочувствие) улучшились, однако после возвращения прежнего психологического климата вновь произошло их ухудшение. Изменилось и поведение супруги во время интимной близости. Так как одним из главных факторов, который «развязывал» ей руки и оправдывал ее измены, была девальвация сексуальных качеств мужа, то во время интимной близости она вела себя манипулятивно. С целью избежать разрядки, чтобы было в чем упрекнуть мужа, она в предварительном перио-

де не давала себя ласкать, так как в этих случаях быстро возбуждалась и «заканчивала» раньше, чем супруг. Запрещая же ему делать это, она тем самым добивалась, что оргазм у нее так и не наступал (Кочарян Г. С. «Выгодные» болезни и негативные терапевтические реакции // Мир сексологии (Электронный журнал). – 2012. – №2. – URL: <http://1sexology.ru/2-klinika-seksualnyx-i-reproduktivnyx-rasstrojstv/> (дата обращения: 17.07.2018).

Пример 16. Ретардационная аноргазмия. «Т., 28 лет. Замуж вышла в 18 лет за молодого человека на 4 года ее старше. Муж нравился. До этого ни в кого не влюблялась, хотя ласки были приятны. Половая жизнь на 3-й день после бракосочетания. Дефлорация малоболезненна, с незначительным кровотечением. Восприняла ее спокойно. На протяжении первых трех с половиной лет во время близости оставалась равнодушной. Муж длительно совершал половой акт, перед началом проводил психоэротическую подготовку. Однако ласки тела, молочных желез, половых органов вызывали лишь появление гиперемии половых органов и увлажнение их, а эротических ощущений не возникало. Во время полового акта, независимо от его длительности, оставалась равнодушной. На третьем году супружества родила дочь. После родов во время полового акта 3-4 раза возникало легкое сексуальное возбуждение. «Однажды, – рассказывает она, – все было как всегда, и вдруг я провалилась... и с этого времени часто стала испытывать оргазм во время половой близости».

Больная среднего роста, правильного телосложения, вторичные половые признаки хорошо развиты. Менструации с 13 лет по 3-4 дня, безболезненные.

В данном случае ретардация в развитии полового чувства устранилась после родов» (Свядош А. М. Женская сексопатология. Издание пятое, перераб. и допол. – Кишинев: Штиинца, 1991. – 184 с., с. 46).

Пример 17. Конституциональная аноргазмия (фригидность). «И. в возрасте 19 лет по любви вышла замуж за своего однокурсника, который был на 4 года старше ее. Муж физически здоровый молодой человек, хороший спортсмен. До знакомства с И. он имел ряд случайных связей. Как мужчина отличался высокой потенцией и пользовался большим успехом у женщин. Физически был жене приятен, она любила его как человека, но при половой близости

всегда оставалась совершенно равнодушной. Оргазм у нее никогда не наступал. Муж относился к ней всегда очень хорошо, знал, что она фригидна, но не считал себя в этом виноватым, шутя говорил ей, что она легкая и нетребовательная жена. У И. двое детей, было 5 аборт. Беременела всегда очень легко. После 12 лет совместной жизни муж погиб во время несчастного случая. Замуж больше не выходила. Был ряд более или менее длительных внебрачных связей. Во время половой близости оставалась совершенно равнодушной. От своей фригидности не страдала. Последние годы скрывала ее, симулируя наступление оргазма. Физически И. цветущая женщина. По характеру живая, общительная, веселая, энергичная, заботливая мать, любит привлекать внимание мужчин» (Свядош А. М. Женская сексопатология. Издание пятое, перераб. и допол. – Кишинев: Штиинца, 1991. – 184 с., с. 55).

Пример 18. Интерес представляет следующее наше клиническое наблюдение. Больной О., 37 лет (1971 г. рожд.), инженер по технике безопасности, и его 30-летняя жена, уборщица, обратились в связи с невозможностью совершить половой акт, что обусловлено расстройством эрекции у мужа. Поэтому и *по сегодняшний день (а поженились они 10 лет назад) она остается девственницей*. До женитьбы в 1998 г. ни у пациента, ни у его жены не было никакого сексуального опыта. Они даже ни с кем из представителей другого пола не встречались и не целовались.

Желание совершить половой акт у пациента отсутствует, вернее оно есть, но носит чисто умозрительный и утилитарный характер: «Если возникло напряжение члена, то нужно чтобы разрядилась напряженность внутри него. Хочется, чтобы он встал и произошло семяизвержение». Это желание появляется только тогда, когда есть напряжение члена, а когда его нет, то оно и вовсе не возникает. При интимной близости эрекция практически отсутствует, из-за чего половой акт провести ни разу так и не удалось. Вместе с тем отмечает, что в последние полгода член «оживился», а раньше был совсем мягкий. Жена пыталась, стимулируя член языком, вызвать эрекцию у мужа, но последняя не возникала. Кроме этого, она оттягивает кожу с головки полового члена, а потом сжимает его. При этом член напрягается и наступает семяизвержение. Так один раз в неделю получалось, хотя «приходил к ней» каждую ночь. Отмечает, что когда «выходит сперма» редко

испытывает удовольствие. Иногда даже не чувствует, когда наступает эякуляция. Но бывает, что чувствует приятные ощущения, которые не всегда достаточно выражены. Выраженными они были, когда заканчивал при мастурбации в период развода в тех случаях, во время которых напряжение члена было более или менее хорошим (это случилось всего 2 раза). Пациенту нравится целоваться, обниматься с женой, хочется ее погладить. Один раз он попробовал пальцем стимулировать клитор жены, но ей было больно, и она не смогла закончить. Она говорила ему, что и сама пыталась это делать, но тогда ей было приятнее. Иногда, когда просыпается ночью, напряжение члена полное: «на прошлой неделе было 2 раза, а до этого случалось, может, 1 раз в 2 недели». Учащение возникновения ночных и утренних эрекций, так же как утолщение члена и его большее напряжение, связывает с употреблением сельдерея. При активном расспросе опасение/страх сексуальной неудачи и жалобы урологического профиля у пациента отсутствуют.

Женился 10 лет назад, когда ему был 27 лет, а его будущей жене 20. Так как осуществить половой акт им ни разу не удалось, то, прожив в браке 7 лет, супруги развелись. В разводе пробыли 2,5 года. В это время пациент активно лечился. Организацией лечения занималась его мать. Они живут в одном из районных центров Харьковской области. Вначале за медицинской помощью обратились в частный медицинский центр в Харькове, а затем в государственную урологическую службу Харькова. Лечился в стационаре, где у него находили различные инфекции. Для лечения, в частности, использовали антибиотики, но проводилась и другая терапия. До лечения было «жжение при мочеиспускании, истечение из члена и постоянно мокрые трусы». Эти симптомы после названного лечения нивелировались, однако половая функция не улучшилась. После первого курса лечения предложили провести второй, но улучшения в сексуальной сфере не гарантировали, что и послужило причиной отказа от него. Потом поехал в Полтаву, где обратился за лечебной помощью к андрологу, который диагностировал у него простатит. Провели соответствующий курс лечения. Сексуальных отношений в этот период не было. После проведенного лечения врач сказал пациенту, что для того чтобы выяснить, здоров он или нет в сексуальном отношении, ему

следует обязательно попытаться совершить половой контакт с женщиной. Затем мама посоветовала ему принимать сельдерей, который растирали вместе с морковкой. По мнению пациента, такое лечение сделало половой член более напряженным. Через время повторно поехал в Полтаву для получения консультации к тому же андрологу. После пальпации простаты врач заявил, что она у него как у 18-летнего, и повторно посоветовал ему попытаться провести половой акт с женщиной. Когда был разведен, также лечился в санатории «Полтава» в Саках. Перед тем, как второй раз решил жениться на той же женщине, принес ей справку от врача, которая свидетельствовала, что он здоров. Это было мнение лечившего его андролога и курировавшего его врача санатория в Саках. Повторно поженились 3 месяца назад.

Сексуальное развитие пациента. Интерес к лицам противоположного пола (*платоническое либидо*) *пробудился в 7 лет*. Нравились девочки в классе, даже домой к ней ходил, но не целовались. До жены потребности в ласках и поцелуях не было. *Эротическое либидо* пробудилось в 27 лет перед женитьбой. До этого присматривался к девушкам («где же моя половинка»), но желания обнять, поцеловать не было. Когда увидел свою будущую жену и познакомился с ней, то решил, что она «его половинка». До женитьбы 2 года с ней встречались и не было желания ни обнять ее, ни поцеловать. Познакомился с ней в церкви адвентистов седьмого дня. При анализе сексуального развития пациента сформировавшееся у меня ранее мнение, что у него еще не развилось *сексуальное либидо*, подтвердилось.

Мастурбация имела место только после женитьбы, когда поехал в санаторий лечиться грязями. После мастурбации всегда наступало раскаяние, так как онанизм, по мнению пациента, – грех. При этом он ссылается на Библию (он и его жена – члены Церкви адвентистов седьмого дня).

Эротические сновидения. Однажды, когда ему было 25 лет, приснился сон, что обнимает соседку, с которой дружил. Больше таких снов не помнит. После женитьбы помолился и попросил, чтобы ему приснилась жена, и она ему приснилась. Тогда ему было 30 лет. Это было всего 1 раз. Приснилось, что она «открыла ему член» (оголила головку, оттянув кожу), и ему стало приятно. Сей-

час во время интимной близости супруга делает то же самое, и у него иногда наступает семяизвержение.

Общие анамнестические данные. Роды О. у его матери протекали без затруднений (не были длительными и щипцовыми). В школе учился на отлично и хорошо. Второй, четвертый и восьмой класс закончил с похвальными грамотами, так как занимался на отлично. В других классах занимался на 4 и 5 баллов. Техникум механизации сельского хозяйства окончил с красным дипломом. После этого поступил сразу на 3 курс института, где занимался на 4 и 5 баллов.

Физически в детстве развивался нормально, от сверстников не отставал. На уроках физкультуры все получалось хорошо. В детстве было воспаление легких, в подростковом возрасте дискинезия желчных путей, гастрит. Гастритом болеет и сейчас. В 2000–2001 гг. болел закрытой формой туберкулеза. В 1996 г. после операции по поводу полипа прямой кишки имеет место вегетативная дистония. Операцию делали под общим наркозом. После операции стало болеть сердце. Сейчас также периодически возникают ноющие или колющие боли в области сердца, иногда имеют место «сбои» в его работе (сердцебиение и аритмия): «чувствую, что оно дергается, было учащенное сердцебиение и даже бывало такое, что не мог из-за этого уснуть». Раза три лечился в кардиологическом стационаре с диагнозом вегетососудистой дистонии. Отмечает, что боли в области сердца снимает валидол (острую колющую), а также валокордин и барбовал (ноющую). Боль в сердце возникает, когда понервничает и когда не выспится. На ЭКГ фиксируют аритмию. Утром вялый («встаю с трудом»). Обычно ночью просыпается в 2 часа, а потом вновь засыпает. Второй раз просыпается в половине четвертого или в половине пятого утра. Будильник заводит на половину пятого, так как в 6 часов утра отъезжает автобус на работу. Ложится спать в 10 часов вечера или в половину одиннадцатого. Такая продолжительность ночного сна для него недостаточна, после него он вялый, сонный. Бывает, что когда на работе заполняет какие-либо документы, то у него «не хватает силы писать и я засыпаю. Просто отключаюсь на 15 мин или на полчаса». Если ложится спать не позже 9 часов вечера, то на следующий день чувствует себя нормально. Не курит, алкогольные напитки и наркотики не употребляет.

Объективно: рост – 178 см, масса тела – 64 кг, АД – 120/70-80 мм. рт. ст. Оволосение на лобке по мужскому типу, волосы от лобка «поднимаются» вверх к пупку не дорожкой, а очень широким фронтом. Затем от пупка они «идут» к грудной клетке. В нижней части грудной клетки оволосение хорошо выражено. На ногах очень выраженное оволосение. На спине и шее волосы отсутствуют. Пропорции тела мужские. Член (головка легко открывается) и яички нормальных размеров, член в неэрегированном состоянии – 8 см. Мошонка нормальной складчатости и пигментации. Придатки не увеличены, не уплотнены, б/болезненны.

Допплерография полового члена. Приток к а. dorsalis penis не изменен. В пещеристых телах дистальные сегменты а. dorsalis penis визуализированы, проходимы, ее просвет и стенка в пределах физиологической нормы. Допплерографически во всех сегментах четкий магистральный кровоток. Вены пениса не расширены, эластичны. Допплерографически во всех сегментах лоцируется фазный кровоток. Клапанной недостаточности при пробе Вальсальвы не выявлено.

Гормональные исследования крови. ФСГ почти соответствует норме, ЛГ в пределах нормы, содержание эстрадиола повышено, содержание пролактина снижено, тестостерон в пределах нормы.

Беседа с женой. Окончила 9 классов школы и 2 года училась на швею в ПТУ. Работает уборщицей. **Впервые испытала оргазм в 15 лет** во время ночного сна. В детстве практически не мастурбировала, так как «мать била по рукам, когда я туда лезла». Мастурбировать начала с 21 года (после замужества), так как у них с мужем не получалось, но при стимуляции клитора оргазм не наступал. При мастурбации влагалище не увлажнялось, и возникала боль. В 28-29 лет для увлажнения начала использовать детский крем, но все равно «не кончала», так как быстро уставала. В 30 лет при мастурбации один раз возник оргазм. Хотела приобщить к стимуляции клитора мужа, он делал это пару раз, но грубо («как-то ногтями попадал»). Оральный секс не практикуют. С 16 лет при закрытых глазах имели место романтические фантазии, которые переходили в эротические и сексуальные. Это фантазирование было с 16 до 20 лет, а также когда находилась в разводе. С 15 лет сняты эротические сны: ласки и поцелуи, иногда половой акт

(в трех из пяти наступает оргазм). Сейчас такие сны тоже снятся. С самого начала они снились 1 раз в 2 месяца, а когда вышла замуж 1 раз в месяц. Снятся молодые, красивые, стройные мужчины, которые являются «выдуманными персонажами». Муж не снится. С детства настороженно относилась к мальчикам, потому что они дразнили ее из-за ее полноты. В 15 лет влюбилась в мальчика, но не целовались и не обнимались с ним. При активном распросе возраст пробуждения *платонического либидо* – 10 лет, а *эротического* – 15. До мужа ни с кем не целовалась. Познакомилась с будущим супругом в 18 лет в церкви. Сначала он ей нравился, а она ему нет. Потом она ему тоже понравилась. Когда они вынужденно разошлись с мужем из-за его расстройства, она за ним скучала, хотя сама была инициатором развода. До женитьбы относилась к будущему мужу как к мужчине, а потом, из-за того что у него не получалось, стала относиться к нему как к брату и другу. Сейчас относится к нему так же. Когда после проведенного в период развода лечения супруг сказал, что уже выздоровел, то они поженились повторно. Однако он опять оказался сексуально несостоятельным. Есть один мужчина, который ей нравится. Это их пастор, ему 55 лет. Он не женат. Никаких сексуальных отношений между ними не было. Следует отметить, что до брака именно она проявляла активность в установлении отношений со своим будущим мужем (была их инициатором).

Пациенту было назначено: аевит, пентоксифиллин, силденафил по 50 мг за 1 час до планируемого полового акта. От назначения локальной декомпрессии (ЛД) полового члена отказались, так как ему ранее проводили такое лечение, но после этого у него головка стала нечувствительной. Через некоторое время чувствительность нормализовалась. Рекомендовано раньше ложиться спать.

Во время следующего посещения пациент сообщил, что силденафил вызвал головную боль. Отмечает, что «член немного стоял. Стоял, стоял, а потом опускался, а через время опять поднимался». Член мог вставить только частично. Никакого удовольствия не получил и «не кончил». Сильно болела голова, покраснело лицо, лоб был горячий. «В этот раз напряжение было лучше, чем раньше. Раз семь пробовали». Я объяснил пациенту, что это побочное действие силденафила («в голове сосуды расширяются так

же, как и в члене, и поэтому она болела»). Жена пациента рассказала, что в последний раз он «порвал» ей девственную плеву, но не знает до какой степени. Была проведена коррекция в назначениях. Силденафил был заменен на варденафил. Также к лечению был добавлен экстракт элеутерококка, андриол (в малых дозах) и рекомендовано использование метода «гинекологическое положение», с которым мы ознакомили супружескую пару.

Через 5 дней позвонил пациент и сообщил, что принял 10 мг варденафила. Головной боли не было, была заложенность носа, он покапал что-то от этого в нос, и ему удалось провести половой акт при хорошей эрекции. Андриол он не нашел, и мы порекомендовали заменить его на провирон, который он потом так и не начал принимать.

Через месяц пациент позвонил нам повторно, поздравил с Новым годом и поблагодарил от себя и жены за полученные результаты. Рассказал, что уже после приема 1 таблетки варденафила эрекция нормализовалась, но он продолжал принимать пентоксифиллин и аевит. Также отметил, что у него усиливается сексуальный интерес к жене, т. е. отмечает появление у себя «сексуального тепла».

Обобщая вышеприведенное, следует отметить, что в данном случае речь шла о виргогамии, обусловленной расстройством эрекции у мужа. Клинический анализ состояния его сексуальной сферы свидетельствует о том, что речь идет о выраженной ретардации сексуального развития и обусловленной ею выраженной конституциональной сексуальной дефицитарности, проявляющейся отсутствием на момент обращения (в 37 лет) сексуального компонента либидо, расстройством эрекции и ослабленным или отсутствующим оргазмом. Предрасполагающим фактором для виргогамии явилось полное отсутствие добрачного сексуального опыта у обоих супругов. Обращает на себя внимание хорошо выраженное оволосение у пациента, которое входит в противоречие с имеющимися место параметрами его психосексуального развития. Гораздо проще было бы оценивать его состояние, если бы речь шла об оволосении, которое бы укладывалось в параметры слабой половой конституции по шкале ее векторного определения. Однако облигатного параллелизма, как известно, в этом плане не существует. Не следует забывать о том, что конечный результат влия-

ния любых гормонов, в том числе и половых, на организм человека и его поведение определяется не только их количеством в крови, но также метаболизмом гормонов и чувствительностью к ним органов-мишеней. Так, мы наблюдали одного пациента, у которого правая половина лобка была полностью покрыта волосами, в то время как они покрывали лишь половину лобка слева. У пациента же, о котором речь идет в данном случае, по всей видимости, имело и имеет место снижение чувствительности к половым гормонам церебральных структур, участвующих в формировании либидо. Адекватное лечение, назначенное пациенту, обеспечило возможность совершения полового акта. С большой долей вероятности можно предполагать, что при половой жизни у него разовьется сексуальный компонент либидо, что уже начало происходить (Г. С. Кочарян. Виргогамия (девственный брак): причины, клинические наблюдения, опыт коррекции // Психологическое консультирование и психотерапия. – 2015. – Том 2. – №1-2. – С. 58–66.).

Пример 19. Больной Т., 60 лет, впервые обратился к нам за медицинской сексологической помощью в конце апреля 1998 г. Работает старшим инженером на одном из заводов. Имеет среднее техническое образование (окончил техникум по специальности «техник-электрик»). Отмечает, что по состоянию здоровья ему положена 1-я группа инвалидности, однако для того чтобы не запретили работать, оформил 2-ю группу.

При обращении фиксировалась следующая сексопатологическая симптоматика. Сексуальный компонент либидо отсутствовал, и отмечалась лишь небольшая потребность в ласках и поцелуях. Также выяснилось, что по утрам у него иногда возникает неполная эрекция. На момент обращения половой жизнью не живет, однако отмечает, что после двух перенесенных операций (по поводу «аденомы» предстательной железы 4 декабря 1996 г., которая при гистологическом исследовании была идентифицирована как рак, а также последующей двусторонней орхиэктомии 25 декабря 1996 г.) спустя некоторый промежуток времени жил половой жизнью в течение более полугода (8 месяцев), но *не было ни эякуляции, ни оргазма.*

С женой половой жизнью не живет с начала 1995 г., так как после того, как перестал получать зарплату на работе, она лишила его этой возможности. Из-за отсутствия зарплаты теща однажды

ему сказала, чтобы он не приходил рано с работы, так как его надо кормить. Когда он вскоре принял решение уйти из дому, то жена горячо приветствовала это решение, которое он и претворил в жизнь. Ушел жить на городскую квартиру брата, который также имеет дом в деревне и живет там со своей семьей.

До того как это произошло, внебрачных связей не имел, хотя очень часто уезжал в командировки. Еще перед тем, как ушел из дому, узнал от соседей, что пока его нет дома (находится в командировке), то жена «погуливает». Помимо этого, его супруга отбила любовника у одной женщины и последняя рассказала ему об этом при встрече. В связи со сложившимися семейными обстоятельствами, в 1996 г. (еще до операций) начал жить половой жизнью с женщиной, которая приходила к нему 1 раз в неделю практически до того момента, как ему была произведена первая из указанных операций. После перенесенных операций 8 месяцев жил с другой женщиной. Отмечает, что в течение этого времени половые возможности постепенно резко уменьшились («не стоит и все»). По утрам, однако, иногда возникала неполная эрекция. В связи с этой проблемой обратился к врачу, который сделал обе операции, и тот сказал ему, что так и должно быть (угасание потенции). По телевизору посмотрел передачу с известным сексопатологом и поехал к нему для лечения в другой город. Этот врач выписал ему лекарство из настоев трав, которое он принимал в течение 1 месяца, однако какого-либо положительного эффекта это не дало. И хотя ему было предложено бесплатное процедурное лечение (физиотерапия, включая ЛД-терапию), однако, сопоставив цену лекарств, которые также необходимо было принимать, и необходимую квартирную плату со своими материальными возможностями, отказался от предложенного курса лечения. Затем приехал в родной город (Харьков) и обратился к нам за лечебной помощью.

О том, когда пробудились платонический и эротический компоненты либидо, не помнит. С большой долей сомнения (точно не может вспомнить) указывает, что сексуальный компонент либидо пробудился приблизительно в 16-17 лет. Также не помнит, в каком возрасте была первая эякуляция. Максимальный эксцесс – 4, но говорит, что «особо не старался». Женился в 28 лет. Половая жизнь с женой в основном была нерегулярной из-за частых ко-

мандировок, где руководил монтажом и наладкой оборудования. В сентябре 1997 г. познакомился с женщиной, с которой встречается до настоящего времени. Ей 55 лет. Она требовала, чтобы он развелся со своей женой и женился на ней. Более того, заявляла, что только после этого «даст ему». Однако он настоял на своем, и они стали жить половой жизнью. В настоящее время брат, в квартире которого он живет, собирается оперироваться, а затем будет жить с семьей в своей квартире, где сейчас живет пациент. В связи с этим больному в скором времени негде будет жить. Когда его партнерша узнала об этом, то вновь начала ставить ему прежние условия (сексуальные отношения только после женитьбы) и перестала жить с ним половой жизнью. Заявила, что когда он женится на ней, то они будут жить вместе в ее квартире. И раньше (после операций), и сейчас он не уверен в своих сексуальных возможностях. В настоящее время не знает, как долго он сможет жить половой жизнью, поэтому и боится жениться. Эта женщина не осведомлена о том, что ему была проведена двухсторонняя орхиэктомия (мошонка у него есть), и он не собирается ей об этом рассказывать.

Объективно: член 6 см, оволосение на лобке по женскому типу, отсутствие яичек в мошонке, выраженная двусторонняя гинекомастия, развившаяся после двухсторонней орхиэктомии и эстрогенотерапии (хлортрианизен). При опросе пациент отмечает, что до оперативных вмешательств у него было хорошо выраженное оволосение на передней поверхности грудной клетки, а также значительное количество волос на лопатках и шее. Ему даже говорили, что у него «овечья шерсть». Затем постепенно оволосение редуцировалось.

В данном случае у пациента был диагностирован первичный гипогонадизм, обусловленный двусторонней орхиэктомией, и состояние после операции на предстательной железе, что проявлялось множественными сексуальными дисфункциями, включая расстройства оргазма.

Было назначено следующее лечение: ЛД-терапия – 15 процедур, вигоур 1т 2 раза в день, а после окончания приема вигоура гериатрик фарматон 1т 1 раз в день, иохимбин 1т 3 раза в день (Харьковского производства), прозерин 1т (0,015) 2 раза в день. После проведения 5–6 сеансов ЛД-терапии в сочетании с назван-

ным выше медикаментозным лечением провел половой акт, который характеризовался хорошей эрекцией. После проведенной терапии эрекция стала возникать по утрам 2–3 раза в неделю и по выраженности бывает от слабой до сильной. При интимной близости эрекция возникает «тогда, когда возьму ее за грудь» (Кочарян Г. С. Секс после кастрации: клиническое наблюдение // Мир сексологии. – 2015. – №8. (Электронный журнал). – URL: <http://1sexology.ru/seks-posle-kastracii-klinicheskoe-nablyudenie/> (дата обращения: 14.02.2015).

УПРАЖНЕНИЕ «РЕФЛЕКС ОРГАЗМА»

«Рефлекс-оргазм – это энергетическое упражнение-медитация, разработанное австрийским психотерапевтом Вильгельмом Райхом. Оно помогает снять блоки и высвободить напряжение первого и второго энергетических центров (чакр) человека, способствуя выздоровлению и пробуждению органов, располагающихся внизу живота.

Вильгельм Райх – австрийский психотерапевт начала 20 столетия. Он разработал теорию «мышечного панциря», связав постоянные мышечные напряжения в теле человека с его характером и защитой от болезненного эмоционального опыта. Райх придавал огромное значение энергетической организации человека, находя в ней причины эмоциональных расстройств.

Идея о том, что все психологические проблемы – следствие застоя в организме природной или сексуальной энергии (оргона), была для западной цивилизации новой и революционной. Райх считал, что подобный застой возникает в процессе социализации ребенка и приводит к появлению энергетических блоков в мышцах.

Ребенок, который растет в доме, где выражение каких-либо чувств просто не терпят и не разрешают, учится не выражать их, для того, чтобы завоевать расположение родителей. Блокируя любое недопустимое в семье чувство и сдерживая энергию, ребенок постепенно становится энергетическим и эмоциональным калеккой. Напряжение, становясь хроническим, еще сильнее ограничивает свободное движение энергетических потоков. Рано или поздно оно приводит к образованию «мышечного панциря», что создает благоприятную почву для развития невротического характера, так как пресекается естественная эмоциональная деятельность человека.

Проводя день за днем, год за годом в подобном корсете, человек становится все более и более «тяжелым», он скован тем грузом эмоций, что таскает на себе в виде своеобразного мышечного панциря. В итоге скованность и безжизненность становятся для человека нормой, он перестает их замечать и теряет живой инте-

рес к жизни. Следствие такого ухода – потеря естественной эмоциональности, чувственности, невозможность получать наслаждение от жизни и работы, от любви и секса.

Вильгельм Райх разработал ряд техник, позволяющих разблокировать эти телесные зажимы, в результате чего энергия вновь начинает двигаться естественным образом, а человек ощущает себя ЖИВЫМ и свободным.

Одной из таких техник является «Рефлекс оргазма», основанный на открытой Райхом «Формуле оргазма». При изучении энергетических процессов в теле обнаружилось, что у большинства людей имеются проблемы с накоплением заряда и разрядкой. Взаимодействуя в социуме, в течение дня мы накапливаем избыточный заряд негативной или позитивной энергии. Неспособность освободиться от этого заряда, отпустить его и раскрыться для новой энергии и является причиной различных сексуальных дисфункций и многих заболеваний всего организма в целом.

Упражнение «Рефлекс оргазма» предполагает 5 стадий.



Первая стадия: 15 минут. Лягте на спину, вы можете поставить кулаки под пятки, важно таз максимально поднять вверх. Если вы решите кулаки под пятки не класть, то тогда руки лежат вдоль тела. Подтягивайте таз как можно выше, это создаст хороший заряд. Правильным считается, когда лобок в такой позе – са-

мая высшая точка в вашем теле. Тянуть таз вверх нужно постоянно, так как если вы просто будете его держать, в скором времени вы даже не заметите, как он опустится ниже. Тело имеет свойство принимать то положение, которое ему более удобно и комфортно, а такое положение не всегда имеет отношение к энергии, скорее наоборот, чем вам комфортнее, тем слабее заряд. Это не силовое упражнение, оно тренирует волю. Бросьте этот вызов себе и проделайте его тотально как первый и последний раз в жизни. У большинства людей уже на этой стадии начинается вибрация в ногах от усиления напряжения. Это то, что и должно происходить.

Вторая стадия: 15 минут. Убираете кулаки из-под пяток, продолжая оставаться стоять на носках, таз продолжайте тянуть вверх, вверх и еще раз вверх. Руки раскидываете в стороны, продолжаете сохранять глубокое дыхание, рот приоткрыт, и вы позволяете себе звучать. Любые слова, звуки, смех, слезы, выражение гнева или радости, пение, произнесение тарабарщины позволяют энергии начать двигаться от нижнего центра по всему телу. Можно ударять руками о поверхность пола, если это помогает выражению чувств. Как правило, во время этого периода вибрация начинает усиливаться и охватывать всё тело, но бывает, что блокировка в теле настолько сильна, что дрожь еле заметна или вовсе отсутствует. Именно поэтому желательно (но совсем не обязательно) первый раз сделать упражнение в присутствии грамотного терапевта, способного помочь вашему телу в этом процессе.

Третья стадия: 15 минут. Теперь начинайте пульсацию, подбрасывая таз вверх и вниз так, как будто снизу есть резиновый шар отталкивающий вас вверх от земли. Вы должны безостановочно и быстро качать тазом вверх-вниз, достигая максимальной амплитуды и скорости. При этом не нужно биться копчиком об пол! И не переставайте чувствовать. Позвольте своему телу тотально отдаться движению, это своего рода танец, где бёдра и таз ведут за собой всё тело.

Четвертая стадия: 10 минут. Соберите всю свою осознанность и всё внимание в промежности. Опускаем таз на пол и начинаем медленно слегка разводить и сводить колени. Важно: движения из стороны в сторону должны быть незаметны для глаз. Во время движений может возникнуть дрожь. Вы полностью сконцентрированы на своих ощущениях. Это именно то, что мы ждали,

очень медленно проходим этот отрезок, тело может немного подбросить вверх или вы можете издать какой-то звук. Таких участков может быть много. А может и не быть вовсе, главное не обустраивать себя ожиданиями.

Пятая стадия: 15 минут. Лежите в полной тишине, ничего не делая, просто расслабляясь, чувствуя и наблюдая.

Как часто нужно выполнять такое упражнение? Как чувствуете необходимость разрядки. Но помните, что упражнение – это всего лишь «рефлекс оргазма» и оно призвано научить ваше тело разрядке, показать ему способ, но лучшим способом, конечно же, остается секс.

Чем бы вы ни занимались, поиском женского счастья или здоровья, рано или поздно вы придете к тому, что все проблемы со здоровьем, энергетикой, судьбой, взаимоотношениями и т. д. имеют свои корни сразу на нескольких уровнях, – физическом, психологическом и ментальном. Многие практики, упражнения и медицина помогают лишь на время, так как не работают с причинами дисбаланса, потери своего женского начала, слабого здоровья. Есть техника, работающая именно с первопричинами и корнями всех проблем, решая их на всех уровнях» (Энергетическое упражнение-медитация «Рефлекс оргазма». – URL: <http://osoznanie.org/2297-energeticheskoe-uprazhnenie-meditaciya-refleks-orgazma.html> (дата обращения: 07.10.2016)).

В качестве одного из результатов этой телесно ориентированной техники называют приобретение способности к полноценной сексуальной разрядке.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ

Несмотря на огромную значимость расстройств эрекции и большую частоту обращений за сексологической помощью в связи с этими расстройствами, современные исследования свидетельствуют о большей распространенности у мужчин нарушений эякуляции. Чаще всего речь идет о преждевременном семяизвержении (premature ejaculation; PE). Отмечается, что PE – самая распространенная сексуальная дисфункция у мужчин до 40 лет [29], а также, что она имеет место почти у каждого третьего мужчины во всем мире в возрасте между 18 и 59 годами [14]. При этом за медицинской помощью обращается лишь от 1 до 12% лиц с данной патологией [5; 8].

Существуют значительные трудности в диагностировании PE, что связано с неоднозначными подходами к ее определению. Как следует из Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) [11] и Диагностического и статистического руководства по психическим заболеваниям 4-го пересмотра (DSM-IV) [16], при характеристике преждевременного семяизвержения учитывается длительность полового акта (без указания каких-либо точных значений). Способность контролировать его продолжительность мужчиной фиксируется в МКБ-10. Помимо этого, в МКБ-10 отмечается, что при преждевременном семяизвержении удовлетворенность у обоих партнеров отсутствует. Для обеих классификаций характерно доминирующее представление о PE как о преимущественно функциональном, не имеющем органической природы феномене. Так, в МКБ-10 такая возможность хотя и не отрицается, но считается маловероятной.

У разных авторов существуют подчас значительно различающиеся представления о нормальной минимальной продолжительности полового акта. Так, И. А. Попов [13] к PE относит такую, которая наступает спустя 7–10 сек и ранее или после 9–10 фрикций и менее. В противоположность этому на вопрос «Сколько же времени должен длиться половой акт?» В. И. Здравомыслов отвечает: «Мы считаем – не менее 5–10 мин» [3]. Следует отметить, что

В. И. Здравомыслов в своем мнении не одинок. Аналогичная точка зрения высказывается и в публикации N. Baum (Н. Баум) [5; 8].

В связи с этим Г. С. Васильченко [12] отмечает, что принятие нижней нормативной границы, предлагаемой И. А. Поповым, привело бы к отказу от лечения значительного числа мужчин, которые в нем нуждаются, страдая несомненными сексологическими расстройствами, в то время как принятие нижней нормативной границы, предлагаемой В. И. Здравомысловым, напротив, – к сексологической инвалидизации большинства мужчин, считающих себя здоровыми.

В свое время Н. S. Kaplan (Х. С. Каплан) [21] заявила, что термин «преждевременная эякуляция» следует относить к тем случаям, когда мужчина неспособен контролировать эякуляторный рефлекс и переносить высокую степень полового возбуждения без возникновения эякуляции. Однако У. Мастерс, В. Джонсон, Р. Колодни (W. Masters, V. Johnson, R. Kolodny) [10] отмечают, что большинство сексологов считают способность полностью контролировать эякуляцию не правилом, а исключением.

Интересно мнение, которое в 1948 г. высказали А. Kinsey (А. Кинси) и соавт. [22] о нормальной продолжительности полового акта. Они считали быструю эякуляцию признаком биологической компетентности и писали: «Примерно у трех четвертых всех мужчин оргазм достигается в пределах двух минут после начала сношения, и у немалой части мужчин разрядка может наступить до истечения минуты или даже в пределах 10–20 сек после интродекции». Они критически отнеслись к высказыванием клиницистов, настаивающих на отнесении эякуляций в разряд преждевременных во всех тех случаях, когда мужчина не способен задерживать эякуляцию до наступления оргазма у женщины. Также указанные авторы в цитируемом труде пишут: «Мужчина, реагирующий быстрой сексуальной разрядкой, будучи весьма далек от какой бы то ни было патологии, совершенно нормален среди других млекопитающих и совершенно обычен среди представителей собственного вида».

Эта точка зрения соответствует биологическому представлению о норме, которая, по-видимому, полностью применима к животным. Действительно, находящиеся в естественных условиях самцы (джунгли и т. п.) поставлены в условия, когда с целью избе-

гания срыва спаривания целесообразно в кратчайшие сроки ввести оплодотворяющее начало самке, а если за небольшое время будет проведено не одно, а несколько спариваний, то это тем более повысит генеративные возможности вида. В этом плане заслуживают внимания многочисленные данные, свидетельствующие, что продолжительность копулятивных циклов у различных видов обезьян составляет гораздо менее минуты. У низших млекопитающих продолжительность фрикционной стадии находится в таких же пределах [12].

Следует отметить, что вряд ли можно заподозрить животных в том, что с целью увеличения продолжительности полового акта для получения большего удовольствия они прибегают к какой-либо пролонгации, что нередко делают мужчины. Если говорить о людях, которые проводят половые акты в благоприятных условиях с целью получения наслаждения, то их представления о норме могут быть иными, что, естественно, отразилось и на мнении сексологов.

Что могло повлиять на изменение представлений о норме продолжительности полового акта у людей? Прежде всего тот факт, что произошло изменение в представлении о стоящей перед половым актом задаче. Если у животных речь в основном идет о продолжении рода, то у людей, помимо достижения этой чрезвычайно важной для сохранения вида цели, большое значение приобрела необходимость получения удовольствия при половом акте, обуславливающая необходимость его пролонгации, и, следовательно, контроль над эякуляцией, увеличивающий вероятность достижения женщинами оргазма.

Подтверждение нашей точки зрения мы нашли в публикации, в которой отмечается, что вследствие эволюции человеческой сексуальности способность контроля над временем эякуляции стала очень важной (Hong, 1984) [20]. Так как главной целью человеческой сексуальности стало удовольствие, мужчины учились контролю над эякуляцией по мере роста стремления к нему их и их партнерш. На основе этих представлений может быть постулировано, что контроль над эякуляцией носит не природный, а культуральный характер.

По нашему мнению, все же неверно считать получение удовольствия от секса приоритетным по отношению к воспроизвод-

ству человеческого рода. Обе эти задачи важны, и каждая из них имеет свое предназначение. Полагаем, что по отношению к мужчинам правомерным в оценке продолжительности их полового акта можно считать по меньшей мере *биосоциальный подход*. Более того, определения РЕ, приводимые в последних классификациях, предусматривают *биопсихосоциальный подход* [11; 15; 24]. Мы думаем, что сугубо *биологический подход в данном случае, который полностью применим к животным, для людей является недостаточным*.

Как следует из приведенных данных, задача установления нормативных параметров продолжительности полового акта не является легкой. Данную проблему попытались прояснить эксперты Международного общества сексуальной медицины (the International Society for Sexual Medicine; ISSM). В августе 2007 г. это общество назначило 21-го международного эксперта по проблеме РЕ и объединило их в созданный с этой целью Комитет для выработки определения преждевременной эякуляции (Committee for the Definition of Premature Ejaculation). Его участники встретились в Амстердаме в октябре 2007 г. и пришли к единодушному мнению, что к конструктам, которые следует считать необходимыми для определения РЕ, следует отнести скорость наступления эякуляции, воспринимаемую/осознаваемую самоэффективность и контроль семяизвержения, а также отрицательные последствия для личности от РЕ [24].

Кроме этого, было предложено определять существующую с начала половой жизни (lifelong) РЕ как мужскую сексуальную дисфункцию, характеризующуюся эякуляцией, которая всегда или почти всегда происходит до или в течение приблизительно одной минуты после влагалищного проникновения. Также она характеризуется неспособностью задерживать семяизвержение при всех или почти всех влагалищных проникновениях и отрицательными последствиями для личности, такими как дистресс, беспокойство, фрустрация и/или избегание сексуальной близости. Отмечается, что это определение касается только мужчин с РЕ, существующей с начала половой жизни, и применимо только к гетеросексуальному интравагинальному коитусу. Эта группа экспертов также пришла к заключению, что не существуют достаточного числа опубликованных объективных данных, которые позволили бы предло-

жить дефиницию приобретенной PE, базирующуюся на доказательствах [24].

Для повторного обсуждения этой проблемы Комитет (the ISSM PE Guidelines Committee) собирался в сентябре 2009 г. в Лондоне в расширенном составе. На этот раз в него вошли 26 признанных международных экспертов. Выводы относительно критериев PE, которые были даны Комитетом в 2007 г., не изменились [17].

В последней американской классификации сексуальных расстройств (2013 г.), которая представлена в Диагностическом и статистическом руководстве по психическим заболеваниям 5-го пересмотра (DSM-5), PE трактуют как устойчивую или повторяющуюся эякуляцию, которая происходит во время партнерской сексуальной активности в течение приблизительно 1 мин после проникновения во влагалище и до того, как индивидуум пожелает этого [15]. Выделяется 3 формы ее тяжести:

- легкую (эякуляция происходит в течение примерно от 30 сек до 1 мин после проникновения во влагалище);
- умеренную (эякуляция происходит в течение примерно 15–30 сек после проникновения);
- тяжелую (эякуляция происходит до сексуальной активности, в ее начале или в течение приблизительно 15 сек после проникновения).

В контексте данной публикации интересно обратить внимание на следующий факт. В DSM-5 отмечается, что оценки распространенности PE широко варьируют в зависимости от используемого определения. Подчеркивается, что более чем 20–30% мужчин в возрасте 18–70 лет выражают беспокойство по поводу того, как быстро они эякулируют, однако *с принятием нового определения PE («семяизвержение происходит в течение примерно 1 мин после проникновения во влагалище») только у 1–3% мужчин будет диагностироваться данное расстройство.*

Известно, что большую роль в возникновении PE уделяют психогенным факторам. В связи с этим называют страх, стресс, депрессию, эмоциональное или умственное перенапряжение, тревожное опасение/страх сексуальной неудачи, проблемы во взаимоотношениях сексуальных партнеров, патологические сексуальные поведенческие стереотипы (сформировавшийся по разным

причинам паттерн быстро эякулировать при мастурбации или при половых актах). Также называют расстройство эрекции (опасение ее потери может заставить мужчину стремиться к быстро протекающему половому акту, опуская свои обычные стратегии задержки наступления оргазма), какое-либо заболевание, которое обуславливает беспокойство при половых актах (например, кардиальная патология может заставить мужчину стремиться быстро эякулировать) [6; 8].

Садистическое и нарциссическое поведение определены в классических теориях психоанализа в качестве главных причин РЕ. Быстро эякулируя, мужчина символически и физически как бы «крадет» оргазм у своего партнера. Рядом авторов приводятся примеры, когда РЕ наступает, если половые акты по определенной причине нежелательны для мужчин, поэтому они заинтересованы в их быстром завершении. В этих случаях клиникопатогенетический анализ сексуальных расстройств позволил выявить возможности их развития по механизму условной приятности [6; 8].

Н. S. Kaplan (Х. С. Каплан) [21] предложила гипотезу, согласно которой причина неумения сдерживать эякуляцию заключается в отсутствии осознания тех ощущений, которые предваряют наступление оргазма. Предполагается, что в данный момент мужчина переживает некое отвлекающее его волнение. Однако именно перцептивное осознание ощущений, сопровождающих тот или иной рефлекс (например, при мочеиспускании или дефекации), согласно данной гипотезе, является важным условием приобретения и развития произвольного контроля. Существуют и другие психогенные причины РЕ.

Вместе с тем следует отметить, что в настоящее время исследователи отказались от точки зрения, согласно которой РЕ обуславливается влиянием сугубо психологических факторов, т. е. имеет исключительно психогенное происхождение. Так, известно, что РЕ бывает и психогенной, и биогенной, и смешанной (когда в ее генезе участвуют факторы как психогенной, так и биогенной модальности). Помимо этого, следует отметить, что РЕ может существовать с начала половой жизни или быть приобретенной.

Некоторые эксперты считают, что, хотя и биологические и психологические факторы играют роль в большинстве случаев РЕ,

биологическая основа более вероятна, если речь идет о проблеме, существующей с начала половой жизни (первичная PE). В статье «Тенденции в исследовании преждевременной эякуляции за последние 25 лет» [25] был проведен анализ публикаций, представленных в двух главных базах данных (PsychINFO и MEDLINE) за период с 1979 г. по 2006 г. Хотя число публикаций о PE увеличилось только в MEDLINE, 25-летняя тенденция показала снижение в пропорции психологических поведенческих статей в обеих базах данных и увеличение статей биологической и фармакологической ориентации. На основании полученных результатов, авторы, в частности, выражают беспокойство в связи с тем, что исследователи упускают возможность изучать важные биоповеденческие взаимодействия, лежащие в основе эякуляторного ответа и PE.

Среди биогенных причин PE, в частности, называют гиперестезию головки и уздечки полового члена, увеличение дорсальных нервов пениса, короткую уздечку, высокую вибрационную чувствительность головки полового члена, состояние тазовых мышц и мышц, окружающих половой член. Мышцы, которые окружают член, находятся у мужчин, страдающих преждевременным семяизвержением, в гиперактивном состоянии. У них имеют место рефлексивные гипертонические сокращения промежностных мышц, как только они собираются провести интродукцию или когда они ее осуществляют. Кроме того, известно, что в процессе семяизвержения при PE мышцы, которые участвуют в генерировании эякуляции, находятся в гиперактивном состоянии.

К биогенным причинам PE также причисляют хронический простатит, урогенитальные сексологические расстройства, осложненные стойким нарушением механизмов нервной регуляции, поражения спинного мозга, нарушения на уровне гипоталамо-лимбико-ретикулярного комплекса, синдром парацентральных долек, гипертиреоз [4; 8], а также опиоидную абстиненцию [15].

Необходимо обратить особое внимание на возможную роль хронического простатита в генезе PE. Хотя некоторые авторы пытаются отрицать возможность его патогенного влияния на сексуальные функции по сугубо биологическим механизмам, однако существует целый ряд исследований, указывающих на такую возможность. *Не следует забывать, что простата участвует в акте эякуляции, поэтому ее поражение может отразиться на*

этом процессе. Интерес представляет мнение по данному вопросу, представленное в последней американской классификации сексуальных расстройств 2013 г., которая является составной частью DSM-5. *В разделе, посвященном РЕ, простатит в качестве ее этиологического фактора указан трижды* [15].

Нами были выделены и охарактеризованы следующие модели формирования сексуальных дисфункций у больных хроническим простатитом: нейрорецепторная, психосоматическая, психопатологической детерминации, вегетодисфункциональная, алгическая, дисгормональная, смешанная, системная (интегративная, холистическая) [8]. В системной модели, которой нужно отдать несомненное предпочтение, выполнены исследования И. И. Горпинченко [2], а также И. А. Ланцберга и О. З. Лившица [9]. Данная модель учитывает роль различных факторов (в том числе обусловленных органическим поражением простаты) в их взаимодействии при формировании сексуальных дисфункций.

Следует отметить, что в последние годы выявлено влияние генетических факторов в генезе РЕ. Однако еще в 1943 г. В. Schariro (Бернхард Шапиро) в своей статье [28] отметил, что некоторые мужчины (члены семьи мужчин с РЕ) также имеют РЕ. В 1998 г. в Нидерландах была обнаружена высокая распространенность существующей с начала половой жизни РЕ среди мужчин-родственников первой линии голландских мужчин с такой же формой РЕ [24], а близнецовые исследования в Финляндии, результаты которых были опубликованы в 2007 и 2009 г., выявили существенный умеренный генетический эффект для РЕ [18; 19].

Результаты исследований, проведенных на генетическом уровне, свидетельствуют о том, что к возникновению РЕ предрасполагает нарушение генетического контроля системы серотонинергической регуляции [26]. В другой работе отмечается, что у мужчин с РЕ имеет место унаследованная измененная чувствительность центральных рецепторов серотонина [23]. В работах последних лет, обращающих внимание на биологический фундамент РЕ, отмечается, что она опосредуется главным образом нарушениями серотонинергической нейротрансмиссии и определенными серотониновыми рецепторами и, в меньшей степени, окситоцинергической нейротрансмиссией в ЦНС [30]. Н. Д. Ахвледиани [1]

также отмечает, что повышенным риском возникновения РЕ сопровождаются S/S и S/LA генотипы гена транспортера серотонина.

Изучение влияния ДНК на РЕ было выполнено Р. Janssen (П. Янссен) и соавт. в Нидерландах в 2009 г. [4]. Полученные результаты поддерживают модель генетической предрасположенности, существующей с начала половой жизни РЕ, а не представление, согласно которому в основе этого расстройства у всех мужчин лежат генетические влияния.

Недавнее открытие шведских и финских ученых также свидетельствует о возможном участии генетического фактора в развитии РЕ [27]. В ходе исследования было установлено, что РЕ обусловлена дефектом гена, который контролирует выброс допамина (анализ ДНК).

В заключение следует отметить, что РЕ может быть психогенной, биогенной / соматогенной и смешанной. Попытки полностью исключить или значительно преуменьшить роль биогенных факторов в генезе РЕ следует считать несостоятельными.

Сведения, приведенные в данном приложении, ранее были отражены нами в специализированном журнале [7].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ахвледиани Н. Д. Преждевременное семяизвержение: эпидемиология, факторы риска, диагностика и лечение: автореф. ... д-ра мед. наук. – М., 2011. – 48 с.
2. Горпинченко И. И. Характеристика сексуальных расстройств у больных хроническим простатитом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Киев, 1977. – 19 с.
3. Здравомыслов В. И. Функциональные сексологические расстройства у женщин, их классификация и терапия // Проблемы современной сексопатологии. – М., 1972. – С. 409–425.
4. Кочарян Г. С. Биогенные детерминанты преждевременной эякуляции // Здоровье мужчины. – 2014. – №2 (49). – С. 64–68.

5. Кочарян Г. С. Преждевременная эякуляция: терминология, эпидемиология, дефиниции, «философия» диагноза // Здоровье мужчины. – 2013. – №2 (45). – С. 151–159.
6. Кочарян Г. С. Преждевременная эякуляция: психогенные детерминанты // Здоровье мужчины. – 2013. – №4 (47). – С. 86–88.
7. Кочарян Г. С. Преждевременная эякуляция: современный взгляд на проблему // Здоровье мужчины. – 2018. – №1 (64). – С. 61–64.
8. Кочарян Г. С. Расстройства эякуляции и их лечение. – Х.: Вид-во Віровець А. П. «Апостроф», 2012. – 328 с.
9. Ланцберг И. А., Лившиц О. З. Хронические простатиты в структуре сексуальных нарушений // Вопросы сексопатологии (материалы научно-практической конференции). – М.: Труды Московского НИИ психиатрии МЗ РСФСР, 1969. – С. 96–99.
10. Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р. (Masters W., Johnson V., Kolodny R.) Основы сексологии / Пер. с англ. – М.: Мир, 1998. – х. + 692 с.
11. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб.: «АДИС», 1994. – 304 с.
12. Общая сексопатология. Руководство для врачей / Под ред. Г. С. Васильченко. – М.: Медицина, 1977. – 488 с.
13. Попов И. А. Материалы к психогигиене половой жизни мужчины. Дис. канд. мед наук. – М., 1969. – 239 с.
14. Broderick G. A. Premature ejaculation: on defining and quantifying a common male sexual dysfunction // J Sex Med. – 2006. – 3, Suppl 4. – P. 295–302.
15. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. – United States: American Psychiatric Association, 2013. – 947 p.
16. Diagnostic Criteria from DSM-IVTM. Fifth printing. – Washington: American Psychiatric Association, 1996. – ix + 358 p.
17. International Society for Sexual Medicine's Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Premature Ejaculation / Stanley E. Althof, Ph.D., Carmita H. N. Abdo, M.D., Ph.D., John Dean,

- M.D., Geoff Hackett, M.D., Marita McCabe, Ph.D., Chris G. McMahon, M.D., Raymond C. Rosen, Ph.D., Richard Sadovsky, M.D., Marcel D. Waldinger, M.D., Ph.D., Edgardo Becher, M.D., Gregory A. Broderick, M.D., Jacques Buvat, M.D., Irwin Goldstein, M.D., Amr I. El-Meliegy, M.D., Francois Giuliano, M.D., Ph.D., Wayne J. G. Hellstrom, M.D., Luca Incrocci, M.D., Emmanuelle Jannini, M.D., Kwangsung Park, M.D., Sharon Parish, M.D., Hartmut Porst, M.D., David Rowland, Ph.D., Robert Segraves, M.D., Ph.D., Ira Sharlip, M.D., Chiara Simonelli, Ph.D., Hui Meng Tan, M.D. // *J Sex Med.* – 2010. – 7 (9). – P. 2947–2969.
18. Jern P., Santtila P., Johansson A., Varjonen M., Witting K., von der Pahlen B., Sandnabba N. K. Evidence for a genetic etiology to ejaculatory dysfunction // *Int J Impot Res.* – 2009. – 21 (1). – P. 62–67.
 19. Jern P., Santtila P., Witting K., Alanko K., Harlaar N., Johansson A., von der Pahlen B., Varjonen M., Vikstrum N., Algars M., Sandnabba K. Premature and delayed ejaculation: genetic and environmental effects in a population-based sample of Finnish twins // *J Sex Med.* – 2007. – 4 (6). – P. 1739–1749.
 20. Kamischke A., Nieschlag E. Update on medical treatment of ejaculatory disorders // *International Journal of Andrology.* – 2002. – 25 (6). – P. 333–344.
 21. Kaplan H. S. *The new sex therapy.* – New York: Brunner/Mazel, 1974. – 544 p.
 22. Kinsey A. C., Pomeroy W. B., Martin C. E. *Sexual behavior in the human male.* – Philadelphia: Saunders, 1948. – 804 p.
 23. McMahon C. G., McMahon C. N., Leow L. J. New agents in the treatment of premature ejaculation // *Neuropsychiatr Dis Treat.* – 2006. – 2 (4). – P. 489–503.
 24. McMahon C. G., Althof S. E., Waldinger M. D., Porst H., Dean J., Sharlip I. D., Adaikan P. G., Becher E., Broderick G. A., Buvat J., Dabees K., Giraldi A., Giuliano F., Hellstrom W. J., Incrocci L., Laan E., Meuleman E., Perelman M. A., Rosen R. C., Rowland D. L., Segraves R. An evidence-based definition of lifelong premature ejaculation: report of the International Society for Sexual Medicine (ISSM) ad

- hoc committee for the definition of premature ejaculation // *J Sex Med.* – 2008. – 5 (7). – P. 1590–1606.
25. Rowland D., Burek M. Trends in research on premature ejaculation over the past 25 years. – *J Sex Med.* – 2007. – 4 (5). – P. 1454–1461.
26. Safarinejad M. R. Polymorphisms of the serotonin transporter gene and their relation to premature ejaculation in individuals from Iran // *J Urol.* 2009. – 181 (6). – P. 2656–2661.
27. Santtila P., Jern P., Westberg L., Walum H., Pedersen C. T., Eriksson E., Sandnabba N. K. The dopamine transporter gene (DAT1) polymorphism is associated with premature ejaculation // *J Sex Med.* – 2010. – 7 (4 Pt 1). – P. 1538–1546.
28. Schapiro B. Premature ejaculation. A review of 1130 cases // *J Urol.* – 1943. – 50. – P. 374–379.
29. Vardi Y., McMahon C. G., Waldinger M. D., Rubio-Aurioles E., Rabinowitz D. Are premature ejaculation symptoms curable? // *J Sex Med.* – 2008. – 5 (7). – P. 1546–1551.
30. Waldinger M. D. Premature ejaculation: definition and drug treatment // *Drugs.* – 2007. – 67 (4). – P. 547–568.
31. Waldinger M. D., Rietschel M., Nothen M. M., Hengeveld M. W., Olivier B. Familial occurrence of primary premature ejaculation // *Psychiatric Genet.* – 1998. – 8. – P. 37–40.

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	4
Глава 1. Физиология оргазма и его переживание	8
Глава 2. Эрогенные зоны	38
Глава 3. Оргазм и феномен женской эякуляции	66
Глава 4. Женский оргазм: борьба и смена парадигм (представлений)	95
Глава 5. Классификации оргазма и пути его достижения	109
Глава 6. Продолжительность оргазма; однократные, повторные и множественные оргазмы; рефрактерный период; патологический оргастический статус	141
Глава 7. Определения расстройств оргазма и их распространенность	157
Глава 8. Формирование расстройств оргазма	179
Глава 9. Преодоление трудностей в достижении оргазма и психотерапия его расстройств	193
Глава 10. Биологическая терапия расстройств оргазма	228
Глава 11. Имитация оргазма	245
Глава 12. Женский оргазм и фертильность	272
Глава 13. Расстройство в форме постоянного генитального возбуждения, синдром раздраженных половых органов	297
Глава 14. Диагноз расстройств потенции и некоторые нюансы обследования пациентов с сексуальными дисфункциями	311
Глава 15. Современные концепты клинической сексологии и парадигмы терапевтического сопровождения больных с сексуальными дисфункциями	329
ПРИЛОЖЕНИЯ	338
Приложение 1. Различные формы расстройств оргазма: клинические иллюстрации	338
Приложение 2. Упражнение «рефлекс оргазма»	377
Приложение 3. Современные представления о преждевременной эякуляции	381

CONTENTS

PREFACE	4
Chapter 1. The physiology of orgasm and its emotional experience	8
Chapter 2. Erogenous zones	38
Chapter 3. Orgasm and the phenomenon of female ejaculation	66
Chapter 4. Female orgasm: the struggle and change of paradigms (ideas)	95
Chapter 5. Classification of orgasm and ways to achieve it	109
Chapter 6. The duration of orgasm; single, repeated and multiple orgasms; refractory period; pathological orgasmic status	141
Chapter 7. The definitions of orgasm disorders and their prevalence	157
Chapter 8. The formation of orgasm disorders	179
Chapter 9. Overcoming of difficulties in achieving orgasm and psychotherapy of its disorders	193
Chapter 10. Biological therapy of orgasm disorders	228
Chapter 11. Imitation of orgasm	245
Chapter 12. Female orgasm and fertility	272
Chapter 13. Persistent genital arousal disorder, restless genital syndrome	297
Chapter 14. The diagnosis of potency disorders and some nuances in examining patients with sexual dysfunctions	311
Chapter 15. The modern concepts in clinical sexology and the paradigms of therapeutic support for patients with sexual dysfunctions	329
APPENDICES	338
Appendix 1. Various forms of orgasm disorders: clinical illustrations	338
Appendix 2. The «reflex of orgasm» exercise	377
Appendix 3. Modern ideas of premature ejaculation	381

У книзі глибоко і всебічно характеризується проблема оргазму у жінок і чоловіків. Наведено сучасні дані про його фізіологію і переживання, різні моделі сексуального реагування, визначення і класифікації ерогенних зон, відомості про феномен жіночої еякуляції («струменевий оргазм»), парадигми генітально активованого оргазму у жінок, класифікації жіночого оргазму, різні шляхи його досягнення, дані щодо тривалості оргазму, одноразових, повторних і багаторазових оргазмів, визначення розладів оргазму та його частота, чинники різної модальності, які беруть участь у формуванні цих розладів, рекомендації та терапевтичні підходи щодо їх подолання. Також обговорені питання, які пов'язані з імітацією оргазму і можливістю її впливу у жінок на здатність завагітніти. Охарактеризовані розлад у формі постійного генітального збудження та синдром роздратованих статевих органів, які, зокрема, характеризуються як численними мимовільними оргазмами, так і перманентним предоргастичним станом. Представлені деякі методологічні підходи автора, що дозволяють більш ефективно здійснювати діагностику і лікування сексуальних дисфункцій, а також сучасні дані про передчасну (ранню) еякуляцію, яка може бути однією з причин коїтальної аноргазмії у жінок. На сьогоднішній день це перша вітчизняна книга, яка повністю присвячена панорамному висвітленню і обговоренню проблеми оргазму та подолання його розладів.

Для лікарів, психологів, фізіологів; викладачів і студентів вищих навчальних закладів та курсів, де проводиться підготовка названих фахівців; освічених людей, які цікавляться питаннями сучасної сексології.

Наукове видання

Кочарян Гарнік Суренович

ОРГАЗМ, ЙОГО РОЗЛАДИ ТА ЇХ ПОДАЛАННЯ

Російською мовою

Підписано до друку 22.10.18. Формат 60x84 1/16. Папір офсетний.

Гарнітура Arial, Times New Roman. Ум. друк. арк. 23,02.

Наклад 500 прим. Заказ № 1022/8-18.

Видавництво ТОВ «ДІСА ПЛЮС»

Свідоцтво суб'єкта видавничої справи: серія ДК № 4047 від 15.04.2011 р.

61029, м. Харків, шосе Салтівське, буд. 154,

тел. (057) 768-03-15, e-mail: disadruk@gmail.com

Надруковано з готових оригінал-макетів у друкарні ФОП Петров В. В.

Єдиний державний реєстр юридичних осіб та фізичних осіб-підприємців.

Запис № 2400000000106167 від 08.01.2009 р.

61144, м. Харків, вул. Гв. Широнінців, 79в, к. 137, тел. (057) 78-17-137.

E-mail: bookfabrik@mail.ua

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРЕ

КОЧАРЯН Гарник Суренович – доктор медицинских наук, профессор, академик Российской академии естествознания (РАЕ), действительный член European Academy of Natural History, заслуженный деятель науки и образования (РАЕ), профессор кафедры сексологии, медицинской психологии, медицинской и психологической реабилитации Харьковской медицинской академии последипломного образования Министерства здравоохранения Украины, член Ассоциации сексологов и андрологов Украины, Российского научного сексологического общества, Профессионального объединения врачей сексологов.

В 1974 г. с отличием окончил лечебный факультет Харьковского медицинского института (ныне Харьковский национальный медицинский университет). В 1983 г. защитил кандидатскую диссертацию по психоневрологическим аспектам сексопатологии, а в 1992 г. – докторскую диссертацию «Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин (формирование, патогенетические механизмы, клинические проявления, психотерапия)» в НИИ социальной и судебной психиатрии им. В. П. Сербского (ныне Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии [г. Москва, Россия]).

С 1984 г. по 1987 г. преподавал на кафедре психотерапии Украинского института усовершенствования врачей (современное название «Харьковская медицинская академия последипломного образования» [ХМАПО]). В настоящее время работает профессором кафедры сексологии, медицинской психологии, медицинской и психологической реабилитации ХМАПО, сотрудником которой является с 1987 г. Является заместителем председателя специализированного ученого совета ХМАПО по защите кандидатских и докторских диссертаций по специальности «Медицинская психология» (для врачей и психологов) и членом редакционных коллегий ряда научно-практических журналов.

Проводит большую лечебную и консультативную работу (сексуальные нарушения, пограничные психические расстройства). В своей практической деятельности использует различные методы психотерапии и биологического лечения.