

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	5
Глава 1. ОРГАЗМ	9
1.1. Физиология оргазма	9
1.2. Психология оргазма	20
1.3. Варианты оргазма у женщин	29
1.4. Функции оргазма	51
Глава 2. ОРГАЗМИЧЕСКИЕ ДИСФУНКЦИИ:	
ОБЩИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ	66
2.1. Терминология	66
2.2. Аноргазмия и коморбидные сексуальные дисфункции	68
2.3. Обрацаемость по поводу аноргазмии	72
2.4. Обзор взглядов на клинические формы оргазмических дисфункций.....	76
2.5. Два патогенетических механизма психогенных сексуальных дисфункций	78
Глава 3. СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ И ЕГО НАРУШЕНИЙ (ОНТОГЕНЕЗ И ДИЗОНТОГЕНЕЗ СЕКСУАЛЬНОСТИ)	81
3.1. Нормальное психосексуальное развитие и его этапы	82
3.2. Нарушения психосексуального развития	88
3.3. Воспитательные влияния и эмоциональные аспекты психосексуального развития	91
Глава 4. КОНЦЕПЦИЯ ТЕЛЕСНЫХ АСПЕКТОВ ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ (ФОРМИРОВАНИЕ ЭРОГЕННЫХ ЗОН)	98
4.1. Эрогенные зоны как аспект психосексуального развития	98
4.2. Оценка состояния эрогенных зон	105
Глава 5. МАСТУРБАЦИЯ, ПСИХОСЕКСУАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ ОРГАЗМИЧЕСКИЕ ДИСФУНКЦИИ	109
5.1. Мастурбация: общая характеристика	109
5.2. Причины коитально-неадекватных (дезадаптивных) методов мастурбации	114

5.3. Дезадаптивные (коитально-неадекватные) методы мастурбации у женщин	120
5.4. Адаптивные (коитально-адекватные) методы мастурбации	149
5.5. Роль некоторых клинических типов мастурбации при оргазмических дисфункциях	151
5.6. Диагностика методов мастурбации	162
Глава 6. ТИПОЛОГИЯ ОРГАЗМИЧЕСКИХ ДИСФУНКЦИЙ	165
6.1. Взгляды на типологию оргазмических дисфункций	165
6.1. Понятие об оргазмической способности	167
6.2. Типологический ряд оргазмических дисфункций у женщин ..	168
6.3. Варианты адаптации по фактору оргазма	183
Глава 7. АЛГОРИТМ ОБСЛЕДОВАНИЯ И КЛИНИЧЕСКИЕ (ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ) ФОРМЫ ОРГАЗМИЧЕСКИХ ДИСФУНКЦИЙ	185
7.1. Клиническая форма оргазмической дисфункции № 1. Мнимые оргазмические дисфункции	189
7.2. Клиническая форма оргазмической дисфункции № 2. Симптоматические (органические, нозогенные) оргазмические дисфункции	197
7.3. Клиническая форма оргазмической дисфункции № 3. Невротические варианты психогенных оргазмических дисфункций (торможение оргазма)	206
7.4. Дизонтогенетические варианты психогенных оргазмических дисфункций (клинические формы № № 4, 5, 6)	212
7.5. Сочетанные варианты оргазмических дисфункций	231
Глава 8. ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ОРГАЗМИЧЕСКИХ ДИСФУНКЦИЙ	236
8.1. Мнимые аноргазмии	236
8.2. Симптоматические оргазмические дисфункции	238
8.3. Невротические варианты психогенных оргазмических дисфункций	239
8.4. Дизонтогенетические варианты психогенных оргазмических дисфункций. Этапы лечения	242
8.5. Психотерапевтические методы, адаптированные к терапии оргазмических дисфункций	267
8.6. Реабилитация при оргазмических дисфункциях	284
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	290
ЛИТЕРАТУРА	293

Глава 6. ТИПОЛОГИЯ ОРГАЗМИЧЕСКИХ ДИСФУНКЦИЙ

6.1. Взгляды на типологию оргазмических дисфункций

Типология (феноменология) ОД означает внешние проявления оргазмии, без учета ее этиопатогенетических механизмов. Типологические (феноменологические) проявления — важный аспект понимания ОД. Например, при коитальной аноргазмии нет способности к коитальному оргазму, но он возможен в иных проявлениях, т.е. какая-то оргазмическая способность у женщины присутствует, нужно ее четко представлять. В процессе лечения оргазмическая способность постепенно повышается, и это показывает динамику лечения.

Необходимость в выделении и разработке таких понятий, как типология ОД и оргазмическая способность (ОС), назрела давно. В своих работах [99] Т. Е. Агаркова и С. Т. Агарков выделяют следующую типологию ОД:

1. Относительное снижение оргастичности (*hypoorgasmia relativa* — НОР). При этом снижена частота наступления оргазма. Выделяют разную степень снижения оргастичности [99, 113]: а) легкая степень — снижение оргастичности до 50–79%, б) средняя степень — снижение оргастичности до 20–49%, в) выраженная степень — снижение оргастичности до 1–19%.

2. Абсолютное снижение оргастичности (*hypoorgasmia absoluta* — НОА). При этом к снижению частоты оргазма присоединяется снижение его яркости.

3. Относительное отсутствие оргазма (*anorgasmia relativa* — АОР), т.е. оргазма нет в сношении, но он возможен вне полового акта. При этом авторы предлагают маркировать то, как женщина может получить оргазм, что, по сути, как раз и означает ее оргазмическую способность. Ими выделены следующие варианты возможного оргазма при АОР: а) при петтинге (p); б) при мастурбации (m); в) в состоянии необычного эффекта (а); г) во время сна (s). Например, АОРm означает относительную аноргазмию с возможностью мастурбаторного оргазма.

4. Абсолютное отсутствие оргазма (*anorgasmia absoluta* — АОА). Оргазм не наступает ни при каких обстоятельствах.

5. Ложное отсутствие оргазма (anorgasmia spuris — AOS). Невысокая вершинность оргастической серии у мультиоргазмичных женщин, что рождает чувство неудовлетворенности и фрустрации.

Обозначены основные варианты типологии, но нам представляется, что для нужд терапии такое деление является недостаточным. Термин «гипооргазмия» (сниженный оргазм) описывает здесь как снижение частоты оргазма, так и снижение его яркости. Но снижение яркости оргазма в дальнейшем выделили в отдельную форму в МКБ-10 — ангедонию. Кроме того, снижение яркости оргазма может отмечаться и без сочетания со снижением частоты его наступления. Для обозначения уменьшения частоты оргазма нами был предложен более адекватный термин «брадиказмия» [24, 26, 28], т. е. урежение оргазма, или редкий оргазм, в отличие от гипооргазмии (сниженный оргазм).

В отношении термина «относительная аноргазмия» более адекватным и уже утвердившимся в мире является термин «коитальная аноргазмия», т. е. нет оргазма в сношении, но он может быть достигнут как-то иначе. Предложенная авторами типология учитывает всех вариантов ОД.

Однако, обозначая некоторые из возможных вариантов дисфункции оргазма при коитальной (относительной) аноргазмии, авторы практически начинают оперировать понятием «оргазмическая способность», но не выделяют его. А это крайне важно для понимания коитальных вариантов АО. Из всех вариантов оргазмической способности у женщин ими выделено только четыре варианта. Однако при диагностике коитальной аноргазмии и ее лечении необходимо знать все возможные варианты ОС, которые встречаются на практике, и уметь их выявлять. Это важно для построения терапии в виде отдельных этапов, что повышает ее эффективность.

МКБ-10 тоже предлагает некоторую типологию ОД, но вестим общую:

1. Оргазм не наступал ни в одной ситуации.

2. Оргазмическая дисфункция развилась после периода относительно нормальной реакции:

а) Общая дисфункция: ОД развивается во всех ситуациях и с любым партнером.

б) Ситуационная дисфункция:

— у женщин в некоторых ситуациях оргазм наступает (например, при мастурбации или с определенным партнером);

— у мужчин может быть один из следующих признаков:

- оргазм только во время сна, но никогда в состоянии бодрствования;
- никогда в присутствии партнера;
- в присутствии партнера, но не во время полового акта.

Представленная типология тоже не отражает всех форм ОД и недостаточна для понимания механизмов коитальной аноргазмии у женщин. Даже для мужчин варианты аноргазмии в МКБ-10 представлены более детально, хотя тоже не полностью.

Таким образом, удовлетворяющего требованиям практики варианта типологического деления ОД, основанного на выявлении и оценке соответствующей оргазмической способности, пока не предложено. Но при психогенных ОД имеющаяся оргазмическая способность является отправной точкой построения терапии. Для коитальной терапии ОД необходимо четко и детально представлять типологию в контексте имеющейся оргазмической способности. Работа с проблемами женских ОД заставила нас проанализировать встречавшиеся в практике варианты ОД и имеющейся при этом оргазмической способности [32, 35, 36, 40]. Полученные результаты мы ранжировали по степени их влияния на сексуальную коммуникацию.

6.1. Понятие об оргазмической способности

Понятие об оргазмической способности и его детальная разработка крайне важны в работе с проблемами оргазма у женщин. Оргазмическая способность характеризует как качественные, так и количественные (частотные) характеристики способности к оргазму. Качественные характеристики отражают различные внекоитальные модели достижения оргазма, на которые способна женщина. Например, при коитальной аноргазмии возможны разные варианты спонтанного, мастурбаторного, петтингового оргазма. Но при наличии коитального оргазма могут иметь место проблемы оргазмом. Обычно это связано с его количественной недостаточностью. В таких ситуациях ОС будет характеризовать уже не качественную, а количественную (частотную) сторону оргазма, т. е. процент имеющейся оргастичности [84].

При наличии нескольких вариантов получения оргазма женщиной при коитальной ОД под оргазмической способностью мы понимаем тот вариант получения оргазма, который выше по уровню коммуникации. Например, при коитальной аноргазмии женщина спо-

собна к оргазму в трех вариантах: ночью во сне, при мастурбации при петтинге. В отличие от спонтанного, мастурбаторный оргазм уже произволен, что повышает адаптацию. Но оргазм при петтинге еще выше по уровню адаптации в силу своего партнерского характера, и именно он отразит имеющуюся максимальную ОС женщины. Оргазмическая способность формируется в процессе психосексуального развития, и большую роль при этом играет мастурбация с ее различными вариантами.

Понятие оргазмической способности нам необходимо для оценки приобретенной (вторичной) ОД. Если способность к оргазму утрачена, то какой она была до ухудшения? Можно утратить способность к коитальному, петтинговому или также мастурбаторному оргазму.

Кроме того, понятие оргазмической способности шире, чем понятие оргазмической дисфункции. При способности женщины к коитальному оргазму его частота может быть различна. У мужчин нормой считается коитальный оргазм, близкий к 80–100% (при условии, что нет чрезмерно завышенной половой активности). Но у женщин понятие нормы в отношении частоты достижения коитального оргазма шире, вплоть до многократного, т. е. оргазмическая способность характеризует как диапазон патологии (оргазмические дисфункции), так и разные варианты оргазмической нормы.

6.2. Типологический ряд оргазмических дисфункций у женщин

При маркировке типологии ОД мы сначала указываем феномен самой ОД (абсолютная аноргазмия, коитальная аноргазмия, ПКС БО), а далее — имеющуюся оргазмическую способность. Но типология не отражает патогенеза аноргазмии, она дополняет патогенетический диагноз и выделенные патогенетические группы. Нам выделен полный спектр типологических проявлений аноргазмии, который встречается в практике. Ниже представлены варианты типологии ОД, ранжированные по степени нарастания оргазмической способности, и цифровой материал, полученный в нашей группе (875 женщин с ОД). Данная статистика отражает не ситуацию в популяции, а типологию ОД среди женщин, обратившихся по поводу оргазмической дисфункции к сексологу. Общие варианты типологии ОД представлены в табл. 6.1.

Таблица 6.1

Общие варианты типологии оргазмических дисфункций

Тип дисфункции	Частота	
	абс.	%
Абсолютная аноргазмия	274	31,3
Коитальная аноргазмия	491	55,8
Паракоитальный оргазм	69	7,8
Брадиоргазмия	41	4,7
Итого	875	100

1. Абсолютная аноргазмия (274 человека — 31,3%). Оргазма нет вообще: ни в спонтанных вариантах, ни в каких-то произвольных формах сексуальной активности (мастурбация, петтинг, половой акт). При этом оргазмическая способность отсутствует. При перечисленных формах абсолютной аноргазмии у женщины вообще нет телесного опыта переживания оргазма (оргазмического телесного языка, оргазмического рефлекса), а также телесных триггеров оргазма, прежде всего зрелых (запускающих оргазм) эрогенных зон. Самый глубокий вариант блокирования ПСР женщины.

2. Коитальная аноргазмия (491 человек — 55,8%). Нет оргазма в половом акте, но оргазмическая способность есть, и она проявляется в иных вариантах. Типология коитальной ОД по вариантам оргазмической способности отражена в табл. 6.2.

Таблица 6.2

Типология коитальной оргазмической дисфункции по вариантам оргазмической способности

Оргазмическая способность при коитальной ОД	Частота	
	абс.	%
Спонтанные оргазмы	72	14,7
Мастурбаторные оргазмы	252	51,3
Петтинговые оргазмы	123	25
Импримитивно-коитальные оргазмы	44	9
Итого	491	100

Глава 8. ЛЕЧЕНИЕ И РЕАБИЛИТАЦИЯ ОРГАЗМИЧЕСКИХ ДИСФУНКЦИЙ

Лечение и реабилитация ОД строятся индивидуально, комплексно на основе выделенных клинических типов аноргазмии, дизонтогенетических и сочетанных аноргазмиях — поэтапно. Прежде всего, лечение должно опираться на выделенные и описанные клинические патогенетические формы аноргазмии.

8.1. Мнимые аноргазмии

Описание различных вариантов мнимых аноргазмий представлено выше.

При мнимых аноргазмиях по типу «предъявления к себе чрезмерных требований», «возведения на себя воображаемых изъяснений» и «с неадекватной личностной реакцией на естественные проявления и колебания сексуальности» на первое место выходят методы разъяснительной психотерапии и психокоррекции. Они направлены на формирование адекватных представлений в отношении оргазма, себя, партнера. Требуется коррекция масштаба переживаний, купирование эмоциональных реакций (мы указывали, что хотя аноргазмия мнимая, но страдания по этому поводу реальные). Сами неадекватные представления и оценки в данных вариантах аноргазмии могут касаться яркости оргазма, частоты его переживания, условий его достижения, длительности самого оргазма и пр.

В ряде случаев причина этих вариантов мнимых аноргазмий — просто неправильные представления женщины (дезинформационно-оценочный вариант), а некие гиперкомпенсаторные проявления скрытых невротических механизмов. Тогда нужны не разъяснения, а глубинная психотерапия.

При мнимых аноргазмиях, «обусловленных сексуальными нарушениями у партнера» (чаще всего преждевременной эякуляцией), необходимо проработать с женщиной данную проблему и помочь партнеру. Нормализация длительности сношения позволит получать коитальный оргазм.

При мнимых аноргазмиях «с отсутствием естественно необходимой для женщины техники секса», т. е. при дисгармониях, лечение направлено на повышение сексуальной коммуникации, изменение

сексуального поведения партнеров, совершенствование техники секса, гармонизацию сексуального взаимодействия.

Для этого необходимо проработать и устранить потенциально возможные блокирующие телесное взаимодействие психологические факторы, сформировать адекватные установки на технику секса, повысить сексуальную коммуникацию в паре, изменить технику секса за счет использования адаптационных вариантов секстерапии. Все это позволит женщине, способной на партнерский оргазм, получать его.

Отсутствие техники секса может иметь разные причины.

1. Бывает, что мужчина не знает о необходимости прелюдии и роли клитора в силу банальной неграмотности, хотя ныне такое встретить трудно. При этом нужны коррекция установок, разъяснения, рациональная психотерапия и адаптационная секстерапия.

2. Мужчина имеет позитивную установку на клиторную стимуляцию и старается это делать, но не имеет соответствующего навыка. Он не может его «найти», не знает, как его стимулировать, делает это неправильно. Для терапии нужен коммуникативный тренинг и адаптационная секстерапия, особенно с методами контакта рук [52, 56, 76] — см. ниже.

3. Мужчина имеет глубинный психологический протест против того, чтобы ласкать женщину. Это имеет свои психологические причины [35, 63, 77]. Например, мужчина имеет выраженные коитоцентрические установки, он отказывается от прелюдии (или сокращает ее до уровня «возбудиться самому»). Рекомендации по технике секса провоцируют его психологическое сопротивление. Следует понять психологические причины его отказа от ласк (проблемы отношений с женой и неприятие ее, его гиперролевые установки, латентно-гомосексуальные тенденции и пр.). Для лечения необходимо заниматься терапией его психологических проблем, супружеской терапией и адаптационной секстерапией [7, 56, 63].

4. Иногда запрет на ласки можно встретить и со стороны женщины. Причины различны: отвержение партнера, т. е. его ласк; секс — это «супружеский долг» ради сохранения семьи и благополучия детей (секс — только для мужа, цель — не ласки, а побыстрее отделаться...); чувство, что за желанные ласки нужно расплачивается нежеланным сексом; реакция на то, что мужчина «делает все не так, и лучше никаких ласк, чем такие». Бывает, что у женщины есть потребность в упреках и манипуляциях, ей выгодно не по-

лучать оргазм (например для управления мужем); или женщина может иметь проблемы неприятия своего тела и запрещает (наказывает тело лишением телесного удовольствия) и пр. При решении таких вариантов мнимой аноргазмии нужно выявлять проблемы и заниматься их психотерапией, после чего можно решить вопрос об изменении техники секса.

Наработка новых эффективных методов техники секса при гармонии требует хорошей коммуникации и обсуждения в сексуальных предпочтениях, но лучше делать это вне секса. В время секса тоже необходима коммуникация и обратная связь, преимущественно невербальная. Большее значение имеют контакты рук, чередование активности и пассивности рук партнеров (см. ниже). Особенно это касается наработки навыков эффективной стимуляции клитора.

В целом проблемы мнимых аноргазмий, в том числе дисгармоний, решаются успешно.

8.2. Симптоматические оргазмические дисфункции

Поскольку аноргазмия (типологически — брадиоргазмия) в данной клинической группе вторична и обусловлена соответствующей соматической или психиатрической нозологией, лечить следует основное заболевание. Каузальный принцип означает: устранить причину — исчезнут и его последствия, т. е. устранили основное заболевание — исчезнут и симптомы. Поскольку круг основных соматических и психиатрических заболеваний широк, лечение основного заболевания должно проходить у соответствующего специалиста.

Однако параллельно лечению основного заболевания у специалиста сексолог может проводить необходимые сугубо сексологические мероприятия. Особенно это касается тех заболеваний, которые неизлечимы или не поддаются необходимой компенсации. Если основную нозологию не устранить, то не устранить и саму аноргазмию. Но ситуацию с аноргазмией можно смягчить, адаптировать женщину (пару) к ней. Так как причину не устранить (не вылечить), речь идет уже о реабилитации. Тяжелые инвалидизирующие соматические и психические заболевания могут затруднять поиск партнера и партнерский секс. Заместительные методы реабилитации при этом будут означать использование заместительной мастурбации, в том числе с использованием фаллоимитаторов, вибраторов

идеоматериалов и пр. Особенно это будет касаться инвалидов детства и инвалидов молодого (репродуктивного) возраста. В паре к этому добавится заместительный петтинг, при недостаточности половых реакций (недостаточная lubricация) можно использовать искусственные lubricанты и пр. Компенсаторно-адаптационные методы реабилитации означают усиление сексуальной стимуляции в паре, изменения сексуальных позиций и техники секса, адаптированные к особенностям основного заболевания и компенсирующие их. И помощь в этих вопросах ложится на сексолога, а не на профильного специалиста.

Отдельно упомянем об астенических состояниях, которые могут иметь бытовой характер или сопутствовать любой нозологии. При астенических состояниях не исключена их фармакотерапия: адаптогены, энерготоники, противоастенические, ноотропные, метаболитические, сосудистые, витаминные и другие препараты. Хотя такое лечение повышает тонус, но не устраняет причину астении, эффект будет временным. Есть лечение — есть эффект, закончилось лечение — закончился эффект. И только устранение причины болезни или чрезмерных нагрузок) решит проблему.

В отношении нагрузок, стрессов и истощения можно сказать, что лучшим сексуальным стимулятором является праздность. Когда человек беззаботен, полон сил, у него все есть, душа ни о чем не болит, то он начинает подумывать о сексе и испытывать сексуальные желания. Но как этого достичь? Астения бытового характера (чрезмерные нагрузки: дети, быт, работа, магазины, муж и др.) — явление нередкое. И это, казалось бы, можно легко устранить, снизить нагрузки. Но одно дело — порекомендовать это женщине, порекомендовать-то несложно, а другое дело — есть ли возможность реализовать это.

8.3. Невротические варианты психогенных оргазмических дисфункций

При психогенных аноргазмиях с невротическим подавлением оргазма методом каузальной терапии будет патогенетическая психотерапия. Для эффективной каузальной терапии необходимо выяснить психологические причины подавления оргазма. Вероятные невротические причины подавления оргазма были указаны выше, и это иллюстрирует как разнообразие психологических причин подавления оргазма, так и необходимость глубокой

психотерапевтической работы с невротическими вариантами АО. В целом они могут быть обусловлены ситуационными, интрапсихическими (личностными) и интерперсональными (партерными) факторами.

В отличие от дизонтогенетических вариантов АО, где могут преобладать тренинговые, развивающие методы психотерапии (особенно тренинговые варианты секстерапии), при невротических вариантах будут преобладать нетренинговые личностно-ориентированные (патогенетические) методы психотерапии. Именно эти методы психотерапии будут являться каузальной терапией, т. е. будут выявлять невротические проблемы, блокирующие оргазм, и устранять их.

В сексологии при психогенных половых нарушениях, помимо традиционных (вербальных) психотерапевтических методов, разработан специфический метод психотерапии, получивший название секстерапии. По сути, секстерапия является вариантом телесно-ориентированной психотерапии. Секстерапия, как и другие методы психотерапии, варьирует в диапазоне от личностно-ориентированных (патогенетических) методов до поведенческих (биовиоральных, тренинговых, реконструктивных) методов. В зависимости от специфики решаемых задач секстерапия может тяготеть к тому или иному полюсу. Это проявится через поставленные в процессе терапии цели и задачи, через особенности их вербализации, через используемый специалистом «психотерапевтический язык».

У. Мастерс и У. Джонсон [76, 77] всегда настоятельно подчеркивают, что их секстерапия нацелена не на тренинг и обучение, а на устранение тормозящих сексуальность психологических факторов. В результате «автоматически растормаживается естественный половой рефлекс». Исключение они делают только для изначальных оргазмических дисфункций, говоря, что в этих ситуациях нередко требуется «обучение».

У ряда авторов [50, 52, 56, 63, 123] при секстерапии в различной степени сочетаются патогенетические и тренинго-обучающие (реконструктивные) методы секстерапии. Х. С. Каплан [52] сочетает поведенческий подход в секстерапии с аналитическими методами психотерапии, т. е. переходит к анализу сопротивления, которое может возникать в процессе секстерапии.

В целом при невротических вариантах АО будут преобладать тренинговые, а патогенетические варианты психотерапии, патогенетические (нетренинговые) варианты секстерапии, варианты десенсибилизирующей секстерапии.