

СЕКСУАЛЬНЫЕ РАССТРОЙСТВА

ДВГМУ, 2020

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Сексология – наука, изучающая половую жизнь в её физиологическом, психологическом и социальном аспектах.

Сексопатология – часть сексологии. Это отрасль клинической медицины и клинической психологии, изучающая различные аспекты половых расстройств, в том числе поведенческие, личностные и социальные.

Распространённость различных форм сексуальных расстройств в популяции колеблется от 2 до 50% в зависимости от пола и возраста. Обращаемость за сексологической помощью не отражает истинную распространённость патологии в популяции.

Обращаемость за сексологической помощью зависит от степени социальной и сексуальной дезадаптации, наличия и степени тяжести основного и сопутствующего заболевания, характерологических особенностей людей, а также доступности психологической помощи.

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Существуют две рубрики расстройств, связанных с сексуальным поведением:

1. **расстройства, связанные с физиологическими нарушениями;**
2. **расстройства зрелой личности.**

1-ая рубрика рассматривает половые дисфункции (сексуальные дисфункции, сексуальные расстройства, сексуальные нарушения).

2-ая рубрика – расстройства половой идентификации, расстройства сексуального предпочтения, психологические и поведенческие расстройства, связанные с сексуальным развитием и ориентацией.

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Половые дисфункции – это различные варианты неспособности индивида вести полноценную половую жизнь в результате воздействия органических, психогенных факторов или их сочетания.

Диагностику сексуальных дисфункций проводят на основании представления о связи половых расстройств с определённой фазой цикла сексуальных реакций человека. Выделяют 4 такие фазы, следующие друг за другом, и соответствующие им половые дисфункции:

- ✓ влечение (либидо);
- ✓ возбуждение;
- ✓ оргазм;
- ✓ разрешение.

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Влечение характеризуется сексуальными желаниями и сексуальной активностью, предпочтениями в выборе объекта, а также индивидуальными представлениями о формах осуществления половой близости (*диапазон приемлемости*). Особая роль принадлежит энергетическому компоненту, связанному с функционированием глубинных структур головного мозга и эндокринных желёз. Именно он обеспечивает пробуждение полового влечения и во многом определяет его наличие и степень выраженности.

Половые дисфункции, связанные с нарушением влечения, следующие:

- ✓ сниженное влечение;
- ✓ отсутствие или потеря полового влечения (гиполибидемия и алибидемия);
- ✓ сексуальное отвращение (аверсия);
- ✓ отсутствие сексуального удовлетворения (ангедония);
- ✓ повышенное половое влечение (нимфомания – у женщин, сатириазис – у мужчин).

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Возбуждение проявляется в субъективном ощущении сексуального возбуждения и сопутствующих физиологических изменениях:

- У мужчин возникает эрекция полового члена, подтягивается мошонка, яички приподнимаются и увеличиваются в размерах, из бульбоуретральных желёз выделяется несколько капель мукоидного секрета. Это сопровождается покраснением кожи живота, груди, лица и шеи.
- У женщин – набухание молочных желёз, увеличение диаметра клитора и его головки; изменяется окраска малых и больших половых губ, отмечается выделение вагинальной смазки. Фаза возбуждения длится от нескольких минут до нескольких часов.

Сексуальные дисфункции, связанные с нарушением фазы возбуждения следующие:

- ✓ недостаточность или отсутствие генитальной реакции (расстройства сексуального возбуждения у женщин и эрекции у мужчин);
- ✓ диспареуния (болевые ощущения в области гениталий при половом акте; при этом нарушается фаза возбуждения и препятствуется удовольствию от сексуального процесса).

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Оргазм – наивысшая степень сексуального удовольствия, возникающего на пике сексуального возбуждения и сопровождающегося ритмическими сокращениями мышц промежности, анального сфинктера и внутренних половых органов. У мужчин обычно происходят ритмические сокращения простаты, семенных протоков и уретры, что приводит к выбросу семенной жидкости. У женщин – непроизвольные сокращения нижней трети влагалища и других мышечных групп.

Оргазм продолжается 5-15 секунд; сопровождается яркими эмоциональными переживаниями, сладострастными ощущениями и чувством завершенности полового акта. При ярком оргазме можно говорить о своеобразном “кинестетическом трансе” с фокусированием внимания на чувственных экстатических переживаниях. Сексуальные дисфункции этой фазы:

- ✓ оргазмическая дисфункция (у женщин);
- ✓ затруднение или отсутствие эякуляции (у мужчин);
- ✓ преждевременная эякуляция (у мужчин), при которой нередко снижена острота оргастических ощущений;
- ✓ постэякуляторная болезненность внизу живота и в тестикулах (у мужчин).

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Разрешение – фаза, сопровождающаяся ощущением физической и психической удовлетворённости, расслабления и благополучия, мышечной релаксацией. При этом мужчины на определённое время утрачивают способность к новому оргазму (возникает так называемый *рефрактерный период*, невосприимчивость), продолжительность которого варьируется у всех мужчин (от нескольких десятков секунд до многих часов). У женщин рефрактерного периода нет. Фаза разрешения длится 10-15 минут.

Половые дисфункции, связанные с этой фазой:

- ✓ посткоитальная дисфория;
- ✓ посткоитальная болезненность;
- ✓ отсутствие удовлетворения.

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Сексуальные дисфункции могут быть проявлениями биологических нарушений (*органических, соматогенных*), внутри- и межличностных конфликтов (*психогенных*), психических расстройств, либо результатом сочетания этих факторов (*смешанные*). В происхождении сексуальной дисфункции обычно участвуют разнообразные процессы, что порой затрудняет определение относительного преобладания того или иного факторов. Это позволяет трактовать их как смешанные или неопределённой этиологии.

Сексологическое обследование направлено на оценку состояния систем, обеспечивающих сексуальную функцию (эндокринной, нервно-психической, урогенитальной, гинекологической) и выявление степени их поражения.

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Сексуальные дисфункции при **расстройствах эндокринной системы** определяются первичным поражением центрального звена нейрогуморальной регуляции (диэнцефальный отдел, гипофиз, гипоталамус) или периферического (гонады, надпочечники и др.).

В этиологии этих расстройств играют роль наследственно-генетические аномалии, инфекционные и воспалительные процессы, нарушения кровообращения, новообразования.

Патогенез заключается в том, что нарушение нейрогуморальной регуляции половой функции, играющей роль “мотора” сексуальности, приводит к снижению полового влечения, которое в свою очередь определяет выраженность и силу других половых проявлений (возбуждение и lubricация, т.е. увлажнение влагалища у женщин, эрекция и эякуляция у мужчин). Это в конечном счёте приводит к нарушениям компонентов сексуального поведения.

Клиническая картина половых расстройств разнообразна и зависит во многом от очага поражения и характера патологического процесса.

Диагностика основана на выявлении сексуальных нарушений, сочетающихся со специфическими симптомами поражения определённых отделов промежуточного мозга и отдельных эндокринных желёз. Это устанавливается как внешним видом самого клиента (имеется в виду впечатление о его физическом развитии, облике, антропометрии) так и лабораторными данными, которые клинический психолог имеет право потребовать в клинике у самого клиента, либо заказать консультацию эндокринолога по клиенту (как в плане осмотра, так и в плане анализов) и в дальнейшем ознакомиться с результатами (спермограмма, содержание фруктозы в эякуляте, андрогенов и эстрогенов в крови, полового хроматина в буккальном соскобе, влагалищные мазки, суточная экскреция андрогенов и эстрогенов с мочой, пробы с дексаметазоном, АКТГ и др).

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Сексуальные дисфункции при **расстройствах психической сферы** связаны с нейродинамическими нарушениями, сформировавшимися или формирующимися поведенческими условно-рефлекторными стереотипами сексуального поведения. Они характеризуются нарушениями всех сексуальных проявлений (влечения, возбуждения, оргазма, процесса эякуляции, фазы разрешения).

Здесь диагностика основана на комплексном сексологическом и психопатологическом обследовании.

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Сексуальные дисфункции при **заболеваниях нервной системы** встречаются при поражениях головного, спинного мозга травматического, токсического, воспалительного или опухолевого происхождения.

Диагностика основана на выявлении сексуальных дисфункций, сочетающихся с очаговой симптоматикой поражения головного, спинного мозга или периферической нервной системы (можно пользоваться консультациями врачей узкой специализации).

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Дисфункции при **заболеваниях урогенитальной (мужчины) и гинекологической (женщины) сфер** связаны с патологией артериовенозной системы (атеросклероз, травмы кровеносных сосудов и др.), воспалительными процессами и травматическими поражениями.

Диагностика основана на выявлении сексуальной дисфункции, сочетающейся с симптомами основного заболевания.

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

В плане диагностики и психокоррекции необходимо соотносить интенсивность сексологических проявлений с возрастом пациентов и индивидуальной половой конституцией. Под **половой конституцией** понимается совокупность устойчивых биологических свойств, складывающихся под влиянием наследственных факторов и условий развития в пренатальном периоде и раннем онтогенезе; половая конституция лимитирует (ограничивает) диапазон индивидуальных потребностей на определённом уровне сексуальной активности. Для определения половой конституции применяется “шкала определения половой конституции”, предусматривающая учёт по определённым критериям (так называемым *векторам*), включающим оценку как генотипических особенностей человека, так и его половой активности.

У мужчин

Векторы	Конституция								
	слабая			средняя			сильная		
	1 0—1,5	2 1,6—2,5	3 2,6—3,5	4 3,6—4,5	5 4,6—5,5	6 5,6—6,5	7 6,6—7,5	8 7,6—8,5	9 8,6—9,0
I. Пробуждение либидо (годы)	17 и позже	16	15	14	13	12	11	10	9 и раньше
II. Первая эякуляция (годы)	19 и позже	17—18	16	15	14	13	12	11	10 и раньше
III. Трохантерный индекс (ТИ) — отношение роста к длине ноги	≤1,85	1,86—1,89	1,90—1,91	1,92—1,94	1,95—1,96	1,97—1,98	1,99	2,0	>2,0
IV. Оволосение лобка	Редкие пушковые волосы	Горизонталь по женскому типу	Тенденция к горизонтали	По мужскому типу			По мужскому типу с гипертрихозом		
V. Максимальный эксцесс, число эякуляций	0	2	3	4	5	6	7	8	9 и больше
VI. Время вхождения в полосу УФР после женитьбы (годы)	—	«Медовый месяц»	1	2—3	4—5	6—10	11—19	20—29	30 и больше
VII. Время вхождения в полосу УФР (абсолютный возраст)	—	До 22	23—26	27—31	32—36	37—40	41—45	46—50	51 и больше

Шкала векторного определения половой конституции женщин (по Жук Н. А.)

Критерий	Слабая	Средняя	Сильная
Первая менструация (менархе), лет	15-18	13-14	10-11
Регулярность менструаций	Длительные нарушения без видимых внешних причин	Эпизодические нарушения только при неблагоприятных воздействиях	Регулярные без патологии
Первый оргазм, лет	>30-35	20-25	<11-17
Первый оргазм после начала регулярной половой жизни, лет	Через 3-10 лет	Через 3-12 месяцев	До начала
Оволосение	Лобок с редкими прямыми волосами или более густыми в центре	Лобок с вьющимися волосами и горизонтальной верхней границей (женский тип)	Лобок с вьющимися волосами и дорожкой до пупка (по мужскому типу)
Возраст достижение 100% оргастичности, лет	35-40	20-30	<15-18
Время достижение 100% оргастичности после начала регулярной половой жизни, лет	Через 5-15 лет	Через 6-48 месяцев	Сразу же
Первая беременность после начала половой жизни	Через 3-10 лет	Через 3-12 месяцев	Сразу же даже при контрацепции
Характер течения беременности	Угроза прерывания, патологическое протекание, токсикозы	Легко протекающие токсикозы	Нормальное течение
Роды	Длительные и тяжелые с большой потерей крови	Средней продолжительности и тяжести	Быстрые и легкие
Возраст наступление климакса, лет	40-45	45-50	50-55
Трохантерный индекс	меньше 1,97	1,97-2,00	больше 2,0

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Мастурбация – суррогатная форма полового удовлетворения путём самораздражения основных эрогенных зон. Различают физиологические разновидности в виде:

- ✓ мастурбации в период юношеской гиперсексуальности,
- ✓ заместительной, наблюдающейся после начала половой жизни при отсутствии полового партнёра,
- ✓ подражательной.

Патологическая мастурбация наблюдается преимущественно у страдающих психическими расстройствами и проявляется в виде предпочтения реальным сексуальным контактам с партнёром. Нередко носит навязчивый характер.

СЕКСУАЛЬНЫЕ ДИСФУНКЦИИ, СВЯЗАННЫЕ С ВЛЕЧЕНИЕМ

Снижение, отсутствие или потеря полового влечения проявляются в виде снижения либидо с недостатком или отсутствием сексуальных фантазий и желания сексуальной близости.

В формировании и развитии расстройства полового влечения прослеживается взаимодействие ряда негативных факторов. Слабая половая конституция, задержка полового и психосексуального развития, деформации личности могут способствовать возникновению расстройства либидо под воздействием негативных психологических факторов, психических нарушений, побочного действия лекарственных средств.

СЕКСУАЛЬНЫЕ ДИСФУНКЦИИ, СВЯЗАННЫЕ С ВЛЕЧЕНИЕМ

Расстройство полового влечения на фоне психотропной терапии происходит по нескольким механизмам. К *центральным неспецифическим* механизмам относят опосредованное угнетающее влияние на сексуальную функцию седативного эффекта нейролептиков и появление экстрапирамидной симптоматики. К *центральным специфическим* относят непосредственное влияние нейролептиков на рецепторы лимбической системы и гипоталамуса, в частности на серотонинергическую и дофаминергическую.

Подавление дофаминергической и усиление серотонинергической активности снижает половое влечение и угнетает сексуальные реакции.

Транзиторное подавление сексуального влечения наблюдается в результате воздействия дезадаптирующих факторов (напряжённая работа, стрессовые ситуации, потеря партнёра, конфликтные отношения с партнёром, последствия приёма лекарственных препаратов, психотропных средств и др.) и различных интоксикаций. Сексуальное влечение обычно восстанавливается после устранения дезадаптирующих факторов.

СЕКСУАЛЬНЫЕ ДИСФУНКЦИИ, СВЯЗАННЫЕ С ВЛЕЧЕНИЕМ

Тотальное подавление сексуального влечения чаще всего наблюдается при аффективных расстройствах, психогенных депрессивных состояниях, аффективных нарушениях в рамках шизофрении и органического поражения головного мозга (ЧМТ, опухоли, сосудистые заболевания), эндокринных заболеваниях (гипогонадизм, гиперпролактинемия и др.).

Выраженное, нередко фазовое изменение сексуального влечения (от явного усиления половой функции до полного угнетения) – зачастую один из начальных и наиболее очевидных симптомов психических заболеваний, сопровождающихся выраженными аффективными расстройствами. Резкие колебания либидо (обычно ослабление полового влечения, возникающее через определённые промежутки времени и сохраняющееся в течение 1 – 2 мес.), наряду с периодической головной болью и другими психосоматическими симптомами, могут быть проявлениями циклотимии (более мягкая форма биполярки) и маскированной депрессии.

СЕКСУАЛЬНЫЕ ДИСФУНКЦИИ, СВЯЗАННЫЕ С ВЛЕЧЕНИЕМ

Нередко половое влечение подавляется при возникновении бредовых идей и обманов чувств. Расстройство либидо иногда сочетается с убежденностью в том, что половая связь уже просто немыслима. Это сопровождается уверенностью в наличии какой-то совершенно особой, редкой, трудно диагностируемой и очень тяжелой неизлечимой болезни. При ипохондрической депрессии с идеями отрицания (нигилистический бред, в данном случае с отрицанием половых органов) люди утверждают, например, что половой член стал меньше в размерах и сморщился, изменилась его форма и т.д.. Весь смысл жизни для таких людей тотчас сводится к бесчисленным измерениям своих половых органов и занесению результатов в особые тетради.

Диагностика основана на следующих критериях:

- ✓ ослабление интереса к сексуальным фантазиям, поиску сексуальных стимулов, мыслям о сексуальной стороне жизни, сопровождавшимся ранее субъективным приятным эмоциональным оттенком;
- ✓ ослабление интереса к сексуальной активности, предприимчивости во взаимоотношениях с партнёрами или к проявлениям аутоэротизма (половое влечение к самому себе).

СЕКСУАЛЬНЫЕ ДИСФУНКЦИИ, СВЯЗАННЫЕ С ВЛЕЧЕНИЕМ

При **сексуальном отвращении (аверсии)**, половая связь с партнёром вызывает сильные негативные чувства, страх или тревогу, отвращение к половой близости и отсутствие адекватного сексуального удовлетворения. Увеличивающийся разрыв между эмоциональным восприятием специфических стимулирующих факторов и рассудочной их оценкой способствует заметному ослаблению половой функции даже при сохраняющемся на первых порах либидо. Резкое ослабление или полное исчезновение прежних эмоциональных связей с партнёром в конечном итоге приводит к полной утрате полового интереса к нему и в лучшем случае, человек может относиться к этому как к исполнению супружеского долга. Половой акт становится одной из самых тяжких обязанностей, одним из наиболее сильных психотравмирующих и, следовательно, астенизирующих факторов.

СЕКСУАЛЬНЫЕ ДИСФУНКЦИИ, СВЯЗАННЫЕ С ВЛЕЧЕНИЕМ

При **сексуальной ангедонии** возникают нормальные сексуальные реакции (эрекция, эякуляция, возбуждение), переживается оргазм, но отсутствует субъективная удовлетворённость близостью. Утрачивается психический компонент оргазма. Это расстройство чаще возникает при невротических реакциях диссоциативного типа, депрессиях и шизофрении.

- ✓ **Повышенное половое влечение** – повышенная сексуальная активность и её разнообразие, которое может находить выражение в патологической мастурбации или сексуальных оргиях. У мужчин её обозначают термином “сатириазис”, у женщин – “нимфомания”. Как симптом встречается при маниакальных и гипоманиакальных состояниях, шизофрении, органических заболеваниях головного мозга, гормональных нарушениях, а также при интоксикации некоторыми наркотическими веществами. Женщины, страдающие нимфоманией, не испытывают оргазм, что дополнительно способствует поддержанию высокого уровня сексуального возбуждения (*нимфоманическая фригидность*). Выделяют 4 разновидности нимфомании:
 - ✓ связанную с навязчивыми идеями, возникает на фоне органического поражения ГМ, гормональных расстройств или иных соматических заболеваний;
 - ✓ в рамках гипомании
 - ✓ на фоне врождённого сильного полового влечения;
 - ✓ мнимую, отмечающуюся у женщин, которые вынуждены по различным причинам психологического характера поддерживать частые сексуальные контакты со многими мужчинами (*промискуитет*)

СЕКСУАЛЬНЫЕ ДИСФУНКЦИИ, СВЯЗАННЫЕ С ВОЗБУЖДЕНИЕМ

Отсутствие генитальной реакции (расстройства сексуального возбуждения, эректильная дисфункция) проявляется в виде нарушения эрекции у мужчин и сексуального возбуждения у женщин. У мужчин неспособность поддерживать или достигать эрекции полового члена, достаточной для проведения полового акта, принято называть **эректильной дисфункцией**. Распространённость эректильных расстройств увеличивается с возрастом, составляя 7% у молодых и достигая 48% у мужчин старше 45 лет.

СЕКСУАЛЬНЫЕ ДИСФУНКЦИИ, СВЯЗАННЫЕ С ВОЗБУЖДЕНИЕМ

По механизму возникновения эректильной дисфункции выделяют органическую, психогенную и смешанную. В пользу психогенного характера при отсутствии расстройства сексуального влечения свидетельствуют следующие признаки:

- ✓ сохранные спонтанные эрекции во сне и сразу после пробуждения;
- ✓ эрекция при мастурбации;
- ✓ возникновение эрекции при эротических ласках с её последующим ослаблением при попытке интроитуса;
- ✓ появление эрекции в ситуациях, провоцирующих сексуальное возбуждение, если исключается возможность половой близости;
- ✓ избирательность нарушений эрекции (с конкретным партнёром или в конкретной ситуации).

СЕКСУАЛЬНЫЕ ДИСФУНКЦИИ, СВЯЗАННЫЕ С ВОЗБУЖДЕНИЕМ

Органические эректильные расстройства могут быть связаны с недостаточностью артериального и венозного кровообращения полового члена, нейропатией, гормональными нарушениями или изменениями полового члена, приводящими к его деформации (болезнь Пейрони), а также побочные эффекты некоторых лекарственных препаратов (нейролептики, антидепрессанты, бета-адреноблокаторы, диуретики, препараты лития, транквилизаторы, антигистамины и др.)

СЕКСУАЛЬНЫЕ ДИСФУНКЦИИ, СВЯЗАННЫЕ С ВОЗБУЖДЕНИЕМ

Различают следующие расстройства эрекции:

- ✓ её полное отсутствие при попытке совершить половой акт;
- ✓ частичная эрекция, затрудняющая или делающая невозможным введение полового члена во влагалище;
- ✓ нормальная эрекция перед половым сношением, но исчезающая после введения полового члена во влагалище.

Наиболее распространённой причиной функциональных расстройств эрекции является *синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи*. Ситуационно обусловленные сексуальные неудачи могут вызывать у мужчины, преимущественно психоастенического склада, сомнения в своих силах, приводя к гиперконтролю очередного интимного сближения. Он начинает выступать в роли наблюдателя за своими сексуальными реакциями (в первую очередь эрекцией) и действиями, а также за поведением партнёрши. Постоянное наблюдение и оценка происходящего отвлекают мужчину от близости, сексуальной активности. При этом утрачивается спонтанность и естественность, необходимые для возникновения эрекции и поддержания полового возбуждения, достаточного для осуществления коитуса.

СЕКСУАЛЬНЫЕ ДИСФУНКЦИИ, СВЯЗАННЫЕ С ВОЗБУЖДЕНИЕМ

В некоторых случаях тревожное ожидание сексуальной неудачи, сопровождающееся внезапной потерей эрекции, возникает лишь при определённых условиях или с определённой женщиной. В других случаях – может быть постоянным, т.е. сопровождать каждую попытку полового акта с любой женщиной. Если основные проявления тревожного состояния сексуальной неудачи достигают степени уверенности в собственной неполноценности, то у мужчины значительно возрастает страх потерпеть фиаско при интимной близости. В таких случаях возникает *коитофобия*, когда страх перед сексуальными контактами исключает любые попытки вступить в половую связь. При длительном существовании коитофобии может снизиться либидо, при этом изменяется и само поведение людей, которое является отражением защитных механизмов, в том числе рационализации (обесценивание половой жизни, уход в различные сферы деятельности).

Одной из форм расстройств эрекции является *приапизм*, для которого характерна длительная эрекция с ощущением дискомфорта и болезненности. При приапизме не происходит отток крови от полового члена. Данная патология может быть следствием интоксикации, а также органических заболеваний, воспалительных процессов, новообразований и посттравматических изменений полового члена. Патология также может быть спровоцирована приёмом некоторых вазоактивных препаратов (апоморфин, гепарин, тразодон и др.).

СЕКСУАЛЬНЫЕ ДИСФУНКЦИИ, СВЯЗАННЫЕ С ВОЗБУЖДЕНИЕМ

Для женщин нарушение генитальных реакций – отсутствие увлажнения влагалища при сексуальной стимуляции (**нарушение lubricации**) – проявляется в виде:

- ✓ отсутствия увлажнения при всех соответствующих ситуациях;
- ✓ увлажнения, недостаточного для обеспечения субъективно приятного введения полового члена;
- ✓ нормального увлажнения лишь в некоторых случаях (например, с определённым партнёром, при мастурбации).

Причиной расстройства lubricации могут быть психогенные факторы в виде конфликтных и дисгармоничных отношений в паре, неприятия партнёра и отсутствие желания близости с ним, недостаточного возбуждения из-за неадекватной и кратковременной стимуляции, а также неблагоприятной ситуации, вызывающей у женщины неприятные опасения (страх нежелательной беременности и др.). Причиной органической природы расстройства lubricации у женщин могут быть воспалительно-инфекционные заболевания, их осложнения (спайки и т.п.), гормональные нарушения (например, дефицит эстрогенов после менопаузы, гипотериоз и т.д.) и побочные эффекты лекарственных препаратов, аналогичных, как у мужчин.

СЕКСУАЛЬНЫЕ ДИСФУНКЦИИ, СВЯЗАННЫЕ С ОРГАЗМОМ

Оргазмическая дисфункция проявляется отсутствием оргазма (**аноргазмия**) или его запаздыванием после фазы нормального сексуального возбуждения. У женщин частота встречаемости этой патологии – 30%, у мужчин – 5% в популяции.

Оргазм у женщин подразделяют:

- ✓ по источнику возникновения: коитальный, экстракоитальный (во время сна); мастурбационный; петтинговый; случайный (в состоянии аффекта или при сильной вибрации);
- ✓ по локализации: клиторальный; вагинальный; смешанный; неопределённой локализации;
- ✓ по течению: кратковременный (пикообразный); многократный (мультиоргазм); затяжной (волнообразный); стёртый (редуцированный).

СЕКСУАЛЬНЫЕ ДИСФУНКЦИИ, СВЯЗАННЫЕ С ОРГАЗМОМ

Аноргазмия может быть *первичной* (оргазм не испытывался никогда, ни в какой ситуации) или *вторичной* (расстройство началось после периода нормального функционирования). Если аноргазмия проявляется во всех ситуациях и с любым партнёром – это *абсолютная* аноргазмия, если при определённых ситуациях и с конкретным партнёром – это *относительная* аноргазмия. В начале половой жизни аноргазмия может быть временной, связанной с запаздыванием психосексуального развития. У многих женщин отмечается циклическое изменение либидо и разная способность к достижению оргазма в зависимости от фазы менструального цикла.

СЕКСУАЛЬНЫЕ ДИСФУНКЦИИ, СВЯЗАННЫЕ С ОРГАЗМОМ

Оргазм у мужчины функционально связан с семяизвержением. При расстройствах эта связь нарушается: оргазм не сопровождается семяизвержением, или семяизвержение не сопровождается оргазмом. Может наблюдаться стёртое оргазмическое ощущение, снижение его яркости.

Причины оргазмической дисфункции следующие (говорится именно о женщинах): психологические факторы, связанные со страхом нежелательной беременности; снижение или отсутствие полового влечения; психические расстройства, в частности аффективные и невротические нарушения, расстройства личности; конфликтные отношения с партнёром и ближайшим окружением; усвоенные ложные негативные установки по отношению к сексуальной жизни и мужчинам (*пуританское воспитание*); алкоголизм; девиации (гомосексуализм, садомазохизм и др.); определённый стереотип сексуальных реакций вследствие дезадаптивных форм мастурбации. Органические причины: гипотериоз; сахарный диабет; недостаточность половых гормонов; патологию малого таза; токсические влияния; приём лекарственных средств, тормозящих оргазм (транквилизаторы, нейролептики, антидепрессанты и др.). Чтобы адекватно оценить параметры оргазмичности женщины необходимо учитывать её психофизиологические особенности, предшествующий сексуальный опыт, способность испытывать оргазм при определённых стимуляциях или во сне, возраст, гинекологический статус, наличие постоянного и чуткого партнёра. Факторы способствующие достижению женщиной оргазма: оптимальное содержание андрогенов и эстрогенов в организме; хорошая реактивность нервной системы; напряжение мышц промежности во время полового акта; предварительные ласки; присутствие эмпатии к партнёру; хорошее сексуальное воображение.

СЕКСУАЛЬНЫЕ ДИСФУНКЦИИ, СВЯЗАННЫЕ С ОРГАЗМОМ

Оргазмическая дисфункция чаще всего наблюдается у женщин с преобладанием демонстративных, шизоидных, зависимых и ананкастных черт личности. Первичная аноргазмия у этих лиц возникает на фоне задержки психосексуального развития, обусловленного как личностными особенностями так и “неправильным” воспитанием, и нередко носит тотальный характер. Неудачи при попытках самостоятельно наладить сексуальную жизнь обуславливают декомпенсацию, что приводит к снижению социальной активности и трудностям в отношениях с противоположным полом.

Партнёрская ситуация играет важную роль в возникновении оргазмической дисфункции у женщин, чаще всего коитальной аноргазмии. Отсутствие сексуальной культуры (эгоистическое стремление мужчины добиться собственного сексуального удовлетворения, игнорируя переживания женщины) и наличие сексуальных проблем у партнёра не создают благоприятных условий для переживания оргазма женщиной. Трудности в достижении оргазмических ощущений также наступают, когда женщина вступает в интимные отношения с мужчиной, не испытывая при этом к нему полового влечения (брак по расчёту, по настоянию родных и т.д.), даже если её устраивает материальное положение, совместный быт и культурные интересы).

СЕКСУАЛЬНЫЕ ДИСФУНКЦИИ, СВЯЗАННЫЕ С ОРГАЗМОМ

Вторичная аноргазмия чаще всего возникает на фоне психотравмирующих ситуаций (супружеская измена, межличностные конфликты, аборты, в том числе и по настоянию партнёра, тяжёлая беременность и роды, венерические заболевания и др.). Аффективные расстройства, нередко возникающие у таких женщин, могут привести к снижению либидо и, как следствие, к низкой половой предприимчивости. Негативное отношение к партнёру, с которым связана та или иная психотравмирующая ситуация, приводит к сексуальной аверсии по отношению к данному партнёру и возникновению относительной аноргазмии.

СЕКСУАЛЬНЫЕ ДИСФУНКЦИИ, СВЯЗАННЫЕ С ОРГАЗМОМ

Преждевременная эякуляция обычно наступает до или во время имиссии полового члена. Бывает *относительной* (после 30-60 фрикций или от 1 до 3 мин.) и *абсолютной* (до 1 мин.). Такое расстройство у мужчины может возникать после сексуальной абстиненции (воздержание от половых контактов на какое-то время, чаще длительное), при астенических состояниях невротической и органической природы.

Для больных *невротическими расстройствами* характерна связь сексуальных нарушений с общей невротической симптоматикой. У них преждевременная эякуляция вначале является единственной сексуальной патологией. При усугублении состояния снижается половое влечение, а при присоединении патологической фиксации и тревожных опасений – нарушение эрекции.

Преждевременная эякуляция также наблюдается и при *тревожно-фобических расстройствах*. Напряжённая подготовка к половому акту с предварительными эротическими представлениями может привести к тому, что прикосновений к женщине хватит для наступления эякуляции. Формированию коитофобии способствует нарастающая от неудачи к неудаче фиксация на ускоренной эякуляции (по типу ожидания со всё большим снижением настроения в ожидании очередного “провала”).

Асперматизм – отсутствие эякуляции при половом сношении или других замещающих его сексуальных действиях. Семязвержение, наступающее при ночных поллюциях и мастурбации, свидетельствует о функциональном характере асперматизма. Причины: сексуальное утомление при эксцессах, конфликт с партнёршей, гомосексуальные и садистские девиации и др., алкоголизм.

СЕКСУАЛЬНЫЕ ДИСФУНКЦИИ, СОПРОВОЖДАЮЩИЕЕСЯ БОЛЕВЫМИ ОЩУЩЕНИЯМИ

Вагинизм – расстройство, проявляющееся спазмом мышц влагалища, в результате чего невозможно осуществить имиссию полового члена. Спазмы сопровождаются болевыми ощущениями. В тех случаях, когда обнаруживается органическая почва для болевых проявлений, речь идёт о *псевдовагинизме*. Возникновению вагинизма способствуют соматические и психические факторы. У женщин, страдающих вагинизмом, часто встречаются различные виды невротических расстройств (тревожно-фобические, тревожно-депрессивные), а также различные виды специфических личностных расстройств (шизоидные, демонстративные, тревожные).

Задержка психосексуального развития, воспитание с ложными и негативными установками по отношению к сексуальной жизни и мужчинам в целом), болезненные гинекологические манипуляции, насилие и грубое поведение партнёра при половом акте, патологический страх боли с детства в сочетании с боязнью темноты, грызунов, насекомых, высоты и т.д., эмоциональная неустойчивость – всё это основные причины возникновения вагинизма. Стоит также отметить, что вагинизм может возникнуть не только при насилии, болезненной дефлорации и грубом поведении партнёра, но и при нерешительном, стеснительном поведении мужчин, которые оцениваются женщинами как любящие, заботливые, тактичные, уступчивые.

СЕКСУАЛЬНЫЕ ДИСФУНКЦИИ, СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ БОЛЕВЫМИ ОЩУЩЕНИЯМИ

Вагинизм обычно возникает с началом половой жизни. Выделяют 3 степени вагинизма:

- I. спастическая реакция наступает при введении полового члена, пальца, либо инструмента при гинекологическом исследовании;
- II. реакция наступает при прикосновении к половым органам или ожидании прикосновения к ним;
- III. реакция наступает при одном представлении о половом акте или гинекологическом исследовании.

Явления вагинизма могут возникать и после периода нормальной половой жизни, если по отношению к женщине было совершено сексуальное насилие, либо она испытывает сильные негативные чувства к своему партнёру. Без соответствующего лечения это может привести к серьёзным конфликтам в отношениях между сексуальными партнёрами, возникновению сексуальных проблем у партнёра и разрыву отношений.

СЕКСУАЛЬНЫЕ ДИСФУНКЦИИ, СОПРОВОЖДАЮЩИЕСЯ БОЛЕВЫМИ ОЩУЩЕНИЯМИ

Диспареуния проявляется болевыми ощущениями при половом акте. Возникает в основном у женщин, но встречается и у мужчин. Примерно 30% женщин после оперативных вмешательств на женских половых органах страдают диспареунией в качестве временного осложнения, часто сопровождающегося снижением сексуального влечения. Тяжесть проявлений зависит от наличия и степени выраженности психопатологических расстройств (аффективных нарушений, специфических расстройств личности). В тех случаях, когда у женщин боль возникает во время полового акта при введении полового члена или его глубоком проникновении и не связана с органическими причинами, вагинизмом и нарушениями lubricации, а у мужчин отмечаются иные жалобы во время полового акта и отсутствует связь с локальными соматическими факторами, можно говорить именно о психогенной природе расстройства.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ И КОРРЕКЦИИ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ

Выделяют три основных этапа лечебно-реабилитационных мероприятий. Задачей **первого этапа** является смягчение конфликтной партнёрской ситуации, коррекция масштаба переживаний по поводу соматического заболевания и создание у человека положительной лечебной перспективы. На **втором этапе** лечение направлено на патогенетические механизмы, вызвавшие сексуальную дисфункцию, и редукцию невротической симптоматики. **Третьим этапом** является реадаптация отношений в паре, оптимальное взаимодействие сексуальных партнёров, что предотвращает возникновение дисгармонии отношений в дальнейшем. На этом этапе уточняется режим интимной близости, разнообразие позиций с учётом соматического состояния и сексуальных запросов партнёров.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ И КОРРЕКЦИИ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ

Ведущим методом является психотерапия. Наиболее её эффективный метод в данных случаях – поведенческая (бихевиоральная) терапия. Дабы добиться лучших результатов в лечении, необходимо сочетать различные методы бихевиоральной психотерапии, таких как релаксационный тренинг и десенсибилизация с секс-терапией. Широко используют такие методы, как рациональная, когнитивная и суггестивная психотерапия в гипнотическом и бодрствующем состояниях. Психотерапия носит не только разъяснительный характер, но и побудительный, мобилизующий, разрушающий пассивно-оборонительные позиции и установки личности. В случае недостаточности психотерапии и секс-терапии, включаются транквилизаторы и антидепрессанты (грандаксин, ксанакс, атаракс, тразодон и др.).

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ И КОРРЕКЦИИ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ

Терапия сексуальных дисфункций, обусловленных психическими болезнями и фармакологическими препаратами, требует особой осторожности, учёта психопатологической симптоматики. Терапевтические мероприятия при этом включают **ряд последовательных действий**:

1. психотерапевтические беседы, направленные на разъяснение путей нормализации сексуальной дисфункции;
2. уменьшение доз лекарственных препаратов после консультации с лечащим врачом;
3. замена препаратов по возможности на те, которые либо не влияют на сексуальную функцию вообще никаким образом, либо действуют на неё в меньшей степени;
4. фармакологическая коррекция сексуальных дисфункций с помощью адаптогенов, витаминов, йохимбина и др. препаратов.

Важное значение имеет регулирование и поддержание соответствующего уровня половой активности (нередко людям при лечении приходится отказываться от укоренившихся секс-стереотипов, связанных со временем и местом проведения полового акта. Партнёрам рекомендуется использовать наиболее благоприятные ситуации для сексуальной активности. Серьёзные трудности возникают при сексопедической коррекции – в большинстве случаев приходится изменять установившиеся сексуально-поведенческие стереотипы и рекомендовать расширение диапазона приемлемости ласк. Существенную помощь в этой работе может оказать правильно подобранная литература.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ И КОРРЕКЦИИ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ

Что касается **фармакотерапии**, то при наличии стойкой депрессивной и невротической симптоматики назначают антидепрессанты (тразодон, агомелатин и др.) и транквилизаторы (ксанакс, грандаксин, тофизопам и др.).

При астенических нарушениях – ноотропные препараты (ГАМК, пирацетам, кальция гопантенат, пиритинол и др.) – в сочетании с препаратами, улучшающими кровообращение (винпоцетин, пентоксифилин, экстракт гинкго билоба и др.), аминокислотными препаратами (метионин, глутаминовая и аспарагиновая кислоты и др.), витаминами группы В, аскорбиновой кислотой, анаболическими гормонами (нандролон и др.) и некоторыми нейропептидами.

Для стимуляции сексуальной активности широко применяют монокомпонентные (настойку заманихи, экстракт левзеи и др.) и поликомпонентные адаптогены.

При эректильной дисфункции – ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа (силденафил, уденафил и др.). Это препараты ситуационного действия. Однако, если мужчина страдает сердечно-сосудистым заболеванием, то данные препараты фосфодиэстеразы следует назначать с осторожностью.

При выявлении сосудистой природы расстройства эрекции – вазоактивные препараты (пентоксифилин, ницерголин, экстракт гинкго билоба и др.). приём этих препаратов стоит проводить совместно с локальной декомпрессией (специальный урологический массаж) полового органа.

РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ

Расстройства половой идентификации включают:

- ✓ транссексуализм;
- ✓ транссвестизм двойной роли;
- ✓ расстройство половой идентификации у детей.

Транссексуализм – устойчивое ощущение своей принадлежности к противоположному полу, несмотря на правильное формирование гонад, уrogenитального тракта и вторичных половых признаков, а также устойчивое желание избавиться от них и приобрести половые признаки противоположного пола. В клинической картине на первый план выступают нарушения полового самосознания и поло-ролевого поведения, обусловленные ощущением принадлежности к другому полу. Критерии диагноза:

- ✓ стабильное не меняющееся чувство принадлежности к другому полу, сопровождающееся дискомфортом;
- ✓ постоянная озабоченность и желание избавиться от первичных и вторичных половых признаков, приобрести противоположные с помощью хирургического и гормонального лечения
- ✓ отсутствие симптомов другой психической болезни (бывает, что при паранойальном синдроме шизофрении и органических заболеваниях ГМ человек изъявляет подобные желания, однако после достижения ремиссии – это пропадает).

При лечении рассматривают вопрос о смене пола; психотерапевтическое воздействие направлено на коррекцию объёма хирургического вмешательства, а также адаптацию к новой половой роли. Гормональную терапию назначают по эндокринологическим показаниям.

Прогноз неблагоприятный в случае, если транссексуалы с активным стремлением сменить пол не находят подобной возможности. Это приводит к возникновению затяжных депрессий, суицидальным мыслям (60% - у мужчин и 23% - у женщин) и попыткам (соответственно 20% и 8%)

РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ

Трансвестизм двойной роли (трансролевое поведение) – ношение одежды противоположного пола с целью получить удовольствие и испытать душевный комфорт от собственного внешнего вида и временного ощущения принадлежности к противоположному полу. Сам процесс переодевания (кроссдрессинга) не сопровождается сексуальным возбуждением и разрядкой.

Трансвеститское расстройство может диагностироваться у лиц любого пола с любой сексуальной ориентацией. Критерии:

- в течение не меньше чем 6 месяцев присутствует интенсивное сексуальное возбуждение от кроссдрессинга, что проявляется через фантазии, импульсы или поведение.
- у человека присутствует клинически значимый дистресс или ухудшения в важных сферах функционирования на фоне данного поведения.

В настоящее время не найдено путей лечения данного поведения.

РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОЙ ИДЕНТИФИКАЦИИ

Расстройства половой идентификации у детей характеризуются интенсивной постоянной неудовлетворённостью по поводу своего пола и настойчивому желанию принадлежать к противоположному. Возраст – дошкольный. Диагноз не может быть установлен, если к моменту появления признаков нарушения половой идентификации ребёнок достиг подросткового возраста. Необходимым диагностическим критерием является наличие постоянного желания принадлежать к противоположному полу (или убеждённость в принадлежности к нему), в сочетании с выраженным отказом от поведения, одежды и интересов, присущих его настоящему (зарегистрированному при рождении) полу. Во многих случаях – не отзываются на своё имя; просят, чтобы их называли именем противоположного пола. Присутствует слабость эмоциональной привязанности к родителю своего пола.

ПОЛОВЫЕ АУТОИДЕНТИФИКАЦИИ (ОБЗОР)

Данный вопрос не имеет смысла с точки зрения описания причин и механизмов возникновения таких половых *аутоидентификаций* как **гомо- и бисексуальность**, поскольку это абсолютно непредсказуемые, не подлежащие никаким временным рамкам нарушения половой ориентации, возникающие у тех или иных людей по пути онтогенеза. Наследственно-генетическая связь возникновения данных нарушений половой аутоидентификации не укоренилась. Но вопросы детского воспитания, в купе с акцентуациями личности, которые могут заостряться в процессе жизни человека, а также множество других “мелких” моментов – от окружения человека, до качества и выраженности аффекта его реагирования на различные события жизни, касающиеся как сексуальных тем, так и простых межличностных отношений, являются главной почвой для поиска причин этих нарушений.

РАССТРОЙСТВА СЕКСУАЛЬНЫХ ПРЕДПОЧТЕНИЙ (ПАРАФИЛИИ)

Парафилии – нарушение направленности полового влечения и форм его реализации.

- **Фетишизм** - возведение в культ фетиша, символизирующего сексуального партнёра, и половое влечение к нему, сопровождающееся сексуальным возбуждением. В качестве фетиша могут выступать предметы туалета (носовые платки, нижнее бельё, одежда, обувь) или определённые части тела (ноги, волосы, молочные железы и пр.). Фетиш обычно символизирует и замещает либо конкретный объект любви, либо собирательный образ предпочитаемых объектов по принципу “часть вместо целого”. Он помогает усилить яркость фантазий полового возбуждения. Элементы фетишизма сопровождают как нормальную, так и патологическую сексуальность. Половое удовлетворение может быть достигнуто не просто получением желаемого объекта, а путём его обоняния, осязания, прикладывания к половым органам в сочетании с мастурбацией.
- **Фетишистский трансвестизм** – ношение предметов туалета или одежды противоположного пола для восстановления соответствующей этому полу внешности и принадлежности к нему. Желание переодеваться в одежду противоположного пола связано с половым возбуждением, при достижении оргазма и снижении полового возбуждения это желание исчезает быстро.

РАССТРОЙСТВА СЕКСУАЛЬНЫХ ПРЕДПОЧТЕНИЙ (ПАРАФИЛИИ)

- **Эксгибиционизм** – влечение к обнажению половых органов перед представителями того или иного пола; встречается, как правило, у мужчин. Проявляется в демонстрации обнажённых половых органов, эрегированного полового члена, мастурбации. При этом особое значение имеет испуг женщины, поэтому эксгибиционисты предпочитают внезапное появление – из-за кустов, в проёме окна, в подъезде дома. При сочетании эксгибиционизма с садизмом для человека в первую очередь важны реакции страха и стыда у женщины, а при сочетании с мазохизмом, наоборот, преобладание собственных ощущений стыда и страха перед наказанием.
- **Вуайеризм (скопофилия)** – влечение к подглядыванию за половым актом или за обнажёнными либо раздевающимися людьми. Увлечение порнофильмами и порнокартинками также относится к проявлениям вуайеризма. Вуайеризм может сочетаться с элементами нарциссизма; в таких случаях люди могут довести половые акты до завершения, только наблюдая за собой в зеркало во время близости. Порнографическая скопофилия выражается в рассматривании порноматериалов перед коитусом, иначе он оказывается невозможным. Стремление к групповой активности, невозможность без этого добиться оргазма и эякуляции встречается у мужчин и женщин именно как проявление *триолизма* (половые акты 3 человек на глазах друг друга, один из вариантов групповой сексуальности).

РАССТРОЙСТВА СЕКСУАЛЬНЫХ ПРЕДПОЧТЕНИЙ (ПАРАФИЛИИ)

- **Педофилия** - половое влечение к детям. Основой для формирования педофилии часто служат нарушения коммуникации с лицами другого пола, а также сексуальные расстройства, затрудняющие нормальную половую жизнь.
- **Садомазохизм** характеризуется акцентуацией некоторых особенностей половой роли. Становление садизма и/или мазохизма начинается на ранних этапах онтогенеза. Элементы садизма, возникающие в раннем детском возрасте, обычно выходят в последующем за рамки нормального поведения; на их основе развиваются сексуальные парафилии. Формирование патологических садомазохистических тенденций и установок в значительной мере облегчается при эмоционально-лабильных, демонстративных, шизоидных, ананкастных расстройствах личности.

Садизм выражается в получении удовольствия только при унижении партнёра или жестоком с ним обращении. Наиболее часто встречается у мужчин и очень редко – у женщин. При крайних его проявлениях половое удовлетворение наступает при нанесении жертве телесных повреждений или даже её умерщвлении, причём максимальное возбуждение приходится на период агонии жертвы.

Встречаются и другие варианты садизма: активный флагелланнизм (удовольствие при бичевании других плетью, розгами и т.д.); копрофемия (желание произносить в присутствии лиц другого пола непристойные выражения, бранные слова, с целью вызвать смущение и стыд).

Мазохизм – патологическое поведение, при котором удовольствие достигается путём унижений и страданий, доставляемых партнёром, отсутствие которых может не принести сексуального удовлетворения.

РАССТРОЙСТВА СЕКСУАЛЬНЫХ ПРЕДПОЧТЕНИЙ (ПАРАФИЛИИ)

- **Зоофилия** - половое влечение к животным и получение сексуального удовлетворения в контактах с ними.
- **Некрофилия** – половое влечение к трупам и совершение с ними сексуальных действий. Поиск объекта для совершения полового акта с трупом представляет определённые трудности; некрофилы “охотятся” за трупами, пытаются проникнуть в места где есть покойник, устраиваются работать в морги.
- **Аутоэротизм (половой нарциссизм)** – направленность полового влечения на самого себя, влечение к любованию собственным телом (культ своего тела), сопровождающееся половым возбуждением.
- **Эфебофилия** – половое влечение к лицам подросткового и юношеского возраста. Во многих случаях контакты с подростками проходят незамеченными, вследствие их скрытности. С чувством благодарности воспринимают юноши и подростки проявления эфебофилии у женщин, которые добровольно берут на себя наставничество подростка при его первых шагах в сексуальной жизни. Наибольшее наслаждение эфебофилы получают от неопытности своих “подопечных”, так как обучение стимулирует половое возбуждение.
- **Геронтофилия** – половое влечение к лицам пожилого и старческого возрастов. В её истоках лежат: фиксация либидо на объекте, похожем на родителей; неудовлетворённость по какой-либо причине половыми контактами с молодыми людьми; инфантильность младшего партнёра; сексуальные комплексы со страхом перед людьми своего возраста; садомазохистические наклонности; «сворачивание» в детстве пожилыми людьми.

Лечение данных расстройств – психотерапия (гипноз, аутогенная тренировка, условно-рефлекторная поведенческая терапия). Во время психотерапии с целью ослабления полового влечения можно назначать нейрорепрессанты и антидепрессанты.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!!!