



РОССИЙСКОЕ
ОБЩЕСТВО
ПСИХИАТРОВ



Первый Санкт-Петербургский
государственный медицинский университет
имени академика И.П.Павлова

Сексуальные расстройства: взгляд психиатра

Иван Андреевич Мартынихин

Врач-психиатр, к.м.н.

Доцент кафедры психиатрии и наркологии 1СПбГМУ им. И.П. Павлова

Член Исполкома Российского общества психиатров

23.03.2021

План вебинара:

1. Сексология и сексуальное здоровье: определение понятий
2. Классификации сексуальных расстройств, проблемы сексуального здоровья в медицинском контексте, сексология в ряду медицинских специальностей
3. Сексуальные дисфункции
 - a) Нарушения сексуального влечения
 - b) Нарушения возбуждения
 - c) Оргазмические нарушения
 - d) Болевые сексуальные расстройства
4. Половая идентичность и её расстройства (гендерная неконгруентность, транссексуализм)
5. Сексуальная ориентация/сексуальные предпочтения и её нарушения (парафилии)

Не прозвучат сегодня:

- Сексуальные расстройства, связанные с урогенитальными и соматическими заболеваниями
- Вопросы сексуального просвещения, консультирования при партнерской сексуальной дисгармонии

1. Сексология и сексуальное здоровье: определение понятий



Всемирная ассоциация сексуального здоровья —
международная организация, объединяющая
представителей 63 обществ сексологов, основана
в 1978 году (РФ не представлена)

- До 2005 — «Всемирная ассоциация сексологии».
Название изменено, чтобы подчеркнуть, что сексология
является лишь инструментом для достижения
сексуального здоровья.
- Совместно с ВОЗ работает над стратегиями улучшения
сексуального здоровья

Секс и сексуальность

Дефиниции WAS (2007):

- **Sex (англ. пол)** — относится к биологическим характеристикам, которые определяют людей как женщин или мужчин. Эти наборы биологических характеристик не являются взаимоисключающими, поскольку есть индивиды, обладающие чертами и тех, и других, но позволяют различать среди людей мужчин и женщин. В общем употреблении во многих языках термин «секс» часто используется для обозначения «сексуальной активности», но для технических целей в контексте обсуждений сексуальности и сексуального здоровья предпочтительнее приведенное выше определение.
- **Сексуальность** является существенным аспектом человеческого существования на протяжении всей жизни и включает в себя пол, гендерную идентичность (и роли), сексуальную ориентацию, эротизм, удовольствие, близость и размножение. Сексуальность переживается и выражается в мыслях, фантазиях, желаниях, убеждениях, отношениях, ценностях, поведении, практиках, ролях и отношениях. Хотя сексуальность может включать в себя все эти измерения, не все они всегда переживаются или выражаются. **На сексуальность влияет взаимодействие биологических, психологических, социальных, экономических, политических, культурных, этических, правовых, исторических, религиозных и духовных факторов.**

Сексуальное здоровье

- Сексуальное здоровье является неотъемлемой частью общего состояния здоровья, благополучия и качества жизни.
- Это состояние физического, эмоционального, психического и социального благополучия в части сексуальности, а не только отсутствие заболеваний или дисфункции.
- Сексуальное здоровье предполагает позитивное и уважительное отношение к сексуальности и сексуальным отношениям, а также возможность иметь безопасный секс, приносящий удовольствие, лишенный принуждения, дискриминации и насилия.
- Для достижения и поддержания сексуального здоровья необходимо, чтобы сексуальные права всех людей уважались, защищались, и чтобы была возможность осуществлять их.
- Предстоит еще много работать, чтобы все вышеизложенное нашло свое отражение в политике и практике общественного здравоохранения.

Био-психо-социальная парадигма



Биопсихосоциальная модель здоровья:
George L. Engel
1977



Сексология

- Сексология: общий термин, охватывающий научное изучение всех аспектов сексуальности
- Производные:
 - Сексологический — прилагательное для описания аспекта изучения сексуальности.
 - Сексолог — существительное для описания человека, практикующего сексологию [в различных сферах: психология, медицина, образование, социология, антропология и пр.]
- Сексуальная медицина [клиническая (медицинская) сексология] — отрасль медицины, которая специализируется на всех аспектах сексуального здоровья.



International Society
for Sexual Medicine



Сексологи: кто они?

- **Поведенческие науки (Behavioural Sciences)**
 - Консультант в области сексуального здоровья (Sexual Counsellor): лицо с признанной профессиональной квалификацией в одной или нескольких поведенческих науках и специально обученное практике сексологии в том, что касается предоставления советов и рекомендаций в личных, психологических, социальных или духовных аспектах сексуальной жизни.
 - **Психотерапевт в области сексуального здоровья (Sexual Psychotherapist):** лицо с признанной профессиональной квалификацией в области поведенческих или клинических наук, специально обученное практике сексологии, применительно к диагностике и психотерапевтическому лечению сексуальных расстройств.
- **Клинические науки**
 - **Врач сексуального здоровья (Sexual Health Physician):** врач, прошедший подготовку сексологии в аспекте предоставления медицинских услуг, связанных с сексуальным здоровьем.
 - **Хирург сексуального здоровья (Sexual Health Surgeon):** врач, прошедший подготовку сексологии в аспекте предоставления хирургических услуг, связанных с сексуальным здоровьем.
- **Образование и педагогические науки**
 - Педагог по сексуальным вопросам: педагог, специализирующийся на вопросах сексологии, применительно к обучению детей, подростков, взрослых, образованию родителей и лиц с особыми потребностями в области сексуальности.
- **Социо-культурная сфера**
 - Антрополог-сексолог: человек с признанной степенью в области антропологии, специально обученный практике сексологии, применительно к проведению антропологических исследований.
 - Социолог-сексолог: человек с признанной степенью в области социологии, специально обученный практике сексологии, применительно к проведению социальных и культурных исследований.

2. Классификации сексуальных расстройств, проблемы сексуального здоровья в медицинском контексте, сексология в ряду медицинских специальностей

Международная классификация болезней 10-ого пересмотра (МКБ-10, 1990)

Глава 5. Психические и поведенческие расстройства (F)

- F50 - F59/ ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ, СВЯЗАННЫЕ С ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМИ НАРУШЕНИЯМИ И ФИЗИЧЕСКИМИ ФАКТОРАМИ
 - **F52/ Сексуальные расстройства (дисфункции), не обусловленные органическими нарушениями или болезнями**
 - F52.0 Отсутствие или потеря сексуального влечения
 - F52.1 Отвращение к половым сношениям и отсутствие полового удовольствия
 - F52.2 Недостаточность генитальной реакции
 - F52.3 Оргазмическая дисфункция
 - F52.4 Преждевременная эякуляция
 - F52.5 Вагинизм неорганического происхождения
 - F52.6 Диспареуния неорганического происхождения
 - F52.7 Повышенное половое влечение
- F60 - F69/ РАССТРОЙСТВА ЛИЧНОСТИ И ПОВЕДЕНИЯ В ЗРЕЛОМ ВОЗРАСТЕ
 - **F64/ Расстройства половой идентификации**
 - F64.0 Транссексуализм
 - F64.1 Трансвестизм двойной роли (трансролевое поведение)
 - F64.2 Расстройство половой идентификации в детском возрасте
 - **F65/ Расстройства сексуального предпочтения**
 - F65.0 Фетишизм

- F65.1 Фетишистский трансвестизм
- F65.2 Эксгибиционизм
- F65.3 Вуайеризм
- F65.4 Педофилия
- F65.5 Садомазохизм
- F65.6 Множественные расстройства сексуального предпочтения
- **F66/ Психологические и поведенческие расстройства связанные с половым (психосексуальным) развитием и ориентацией по полу**
 - F66.0 Расстройство психосексуального созревания (развития)
 - F66.1 Эгодистоническая ориентация по полу
 - F66.2 Расстройство сексуальных отношений

Глава 14. Заболевания урогенитальной системы (N)

- N 40-48 Заболевания мужских половых органов
 - **N48.4 Импотенция органической природы**
- N 80-98/ Невоспалительные заболевания женского полового тракта
 - N 94 Боль и другие...
 - **N94.1 Диспареуния**
 - **N94.2 Вагинизм**

Международная классификация болезней 11-ого пересмотра (МКБ-11, 2019)

• Глава 17: Состояния, связанные с сексуальным здоровьем

• Сексуальные дисфункции

- Гипоактивная дисфункция сексуального желания
- Дисфункция сексуального возбуждения
 - Дисфункция сексуального возбуждения у женщин
 - Эректильная дисфункция у мужчин
- Оргазмическая дисфункция
- Эякуляторная дисфункция

• Сексуальные болевые расстройства

• Гендерная инконгруэнтность

• Глава 6: Психические и поведенческие расстройства

• Парафилии

• Расстройства контроля импульсов

- Комппульсивное расстройство сексуального поведения

Самостоятельный междисциплинарный раздел. Цели создания:

- 1) Подчеркнуть разную (смешанную) природу расстройств
- 2) Дестигматизация. Повышение доступности помощи

17 Conditions related to sexual health

Coded Elsewhere Не входит в главу:

- Changes in female genital anatomy ()
- Changes in male genital anatomy ()
- Paraphilic disorders (6D30-6D3Z)
- Adrenogenital disorders (5A71)
- Predominantly sexually transmitted infections (1A60-1A9Z)
- Contact with health services for contraceptive management (QA21)

ICD-11 for Mortality and Morbidity

Search

- ▶ 16 Diseases of the genitourinary system
- ▼ 17 Conditions related to sexual health
 - ▼ Sexual dysfunctions
 - ▶ HA00 Hypoactive sexual desire dysfunction
 - ▶ HA01 Sexual arousal dysfunctions
 - ▶ HA02 Orgasmic dysfunctions
 - ▶ HA03 Ejaculatory dysfunctions
 - HA0Y Other specified sexual dysfunctions
 - HA0Z Sexual dysfunctions, unspecified
 - ▶ Sexual pain disorders
 - ▶ HA40 Aetiological considerations in sexual dysfunctions and sexual pain disorders
 - ▶ Gender incongruence
 - HA8Y Other specified conditions related to sexual health
 - HA8Z Conditions related to sexual health, unspecified
- ▶ 18 Pregnancy, childbirth or the puerperium

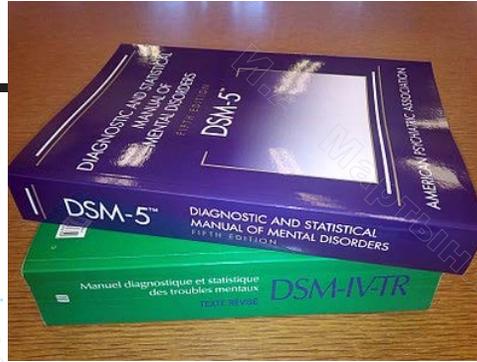
ICD-11 for Mortality and Morbidity

Search

- ▼ 06 Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders
 - ▶ Neurodevelopmental disorders
 - ▶ Schizophrenia or other primary psychotic disorders
 - ▶ Catatonia
 - ▶ Mood disorders
 - ▶ Anxiety or fear-related disorders
 - ▶ Obsessive-compulsive or related disorders
 - ▶ Disorders specifically associated with stress
 - ▶ Dissociative disorders
 - ▶ Feeding or eating disorders
 - ▶ Elimination disorders
 - ▶ Disorders of bodily distress or bodily experience
 - ▶ Disorders due to substance use or addictive behaviours
 - ▶ Impulse control disorders
 - ▶ Disruptive behaviour or dissocial disorders
 - ▶ Personality disorders and related traits
 - ▼ Paraphilic disorders
 - 6D30 Exhibitionistic disorder
 - 6D31 Voyeuristic disorder
 - 6D32 Pedophilic disorder
 - 6D33 Coercive sexual sadism disorder
 - 6D34 Frotteuristic disorder

Table 11.2 DSM-5 Classification

302.74	(F52.32)	Delayed ejaculation
	ICD-10	
302.72	(F52.21)	Erectile disorder
302.73	(F52.31)	Female orgasmic disorder
302.72	(F52.22)	Female sexual interest/arousal disorder
302.76	(F52.6)	Genito-pelvic pain Penetration disorder
302.71	(F52.0)	Male hypoactive sexual desire disorder
302.75	(F52.4)	Premature early ejaculation
302.79	(F52.8)	Other specified sexual dysfunction
302.70	(F52.9)	Unspecified sexual dysfunction
Gender dysphoria		
302.6	(F64.2)	Gender dysphoria in children
302.85	(F64.1)	Gender dysphoria in adolescents and adults
302.6	(F64.8)	Other specified gender dysphoria
302.6	(F64.9)	Unspecified gender dysphoria
Paraphilic disorder		
302.82	(F65.3)	Voyeuristic disorder
302.4	(F65.2)	Exhibitionistic disorder
302.89	(F65.81)	Frotteuristic disorder
302.83	(F65.51)	Sexual masochism disorder
302.84	(F65.52)	Sexual sadism disorder
302.2	(F65.4)	Pedophilic disorder
302.81	(F65.0)	Fetishistic disorder
302.3	(F65.1)	Transvestic disorder
302.89	(F65.89)	Other specified paraphilic disorders
302.9	(F65.9)	Unspecified paraphilic disorder



Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам Американской психиатрической ассоциации 5-ого пересмотра (DSM-5, 2013):

Три раздела (главы), посвящено
сексуальному здоровью:

- 1) Сексуальные дисфункции
- 2) Гендерная дисфория
- 3) Парафилии

ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РФ от 8 октября 2015 г. N 707н ОБ УТВЕРЖДЕНИИ
 КВАЛИФИКАЦИОННЫХ ТРЕБОВАНИЙ К МЕДИЦИНСКИМ И
 ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИМ РАБОТНИКАМ С ВЫСШИМ ОБРАЗОВАНИЕМ ПО
 НАПРАВЛЕНИЮ ПОДГОТОВКИ "ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И МЕДИЦИНСКИЕ
 НАУКИ"

Специальность "Сексология"	
Уровень профессионального образования	Высшее образование — специалитет по одной из специальностей: "Лечебное дело", "Педиатрия"
	Подготовка в ординатуре по специальности "Сексология"
Дополнительное профессиональное образование	Профессиональная переподготовка по специальности "Сексология" при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре по специальности "Психиатрия"
	Повышение квалификации не реже одного раза в 5 лет в течение всей трудовой деятельности
Должности	Врач-сексолог; заведующий (начальник) структурного подразделения (отдела, отделения, лаборатории, кабинета, отряда и другое) медицинской организации — врач-сексолог

Психиатрия



Показатели	Число физических лиц основных работников на занятых должностях
Психиатры	10544
Психиатры детские	1381
Психиатры подростковые	118
Психотерапевты	1341
Сексологи	28
Судебно-психиатрические эксперты	730

Сексологи в ЛПУ Минздрава РФ в 2019 году

Таблица 26

Учреждения, оказывавшие внебольничную помощь в Российской Федерации в 2017-2019 гг.

РФ и федеральные округа	Число кабинетов соответствующего профиля											
	психиатрические			психотерапевтические			психоэндокринологические			сексологические		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019	2017	2018	2019
РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ	2274	2319	2374	724	715	663	1	1	1	33	31	34

Единственная самостоятельная кафедра сексологии в РФ:

Кафедра сексологии Ленинградского ГИДУВа – СПб МАПО – СЗГМУ им. И.И. Мечникова (1989 – 2014)

- Зав.каф.: С.С. Либих, Б.Е. Алексеев
- «За четверть века обучение на кафедре прошли более 6000 врачей различных специальностей, клинических психологов, педагогов-психологов» (<https://psychiatr.ru/news/195>)
- В настоящее время входит состав в кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова



Отделение сексологии и терапии сексуальных дисфункций

[Контакты](#)[Сотрудники](#)

Отделение было организовано в 1965 году и стало основой Всесоюзного научно-методического Центра медицинской сексологии и сексопатологии, **Федерального научно-методического Центра медицинской сексологии и сексопатологии – официального ведущего учреждения среди научных и лечебных учреждений данного профиля.** Основатель отдела профессор Посвянский Павел Борисович, руководил отделом до 1973 года; затем возглавлял отдел и центр профессор Васильченко Георгий Степанович; а с 1992 года по настоящее время руководит отделом профессор Кибрик Николай Давидович.

Научные разработки отделения касаются оптимизация методов диагностики, терапии и уст **сексуальных дисфункций** и **сексуальных дисгармоний** в паре на основе изучения патогенетических аспектов клинических проявлений. В рамках этой темы:



Москва, Кропоткинский переулок, 23

[О Центре](#)[Горячая](#)[Горячая](#)[Контакты](#)

ФГБУ "НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского" Минздрава России

Базовая организация стран-участниц СНГ в области психиатрии и наркологии

[МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ](#)[ОБРАЗОВАНИЕ](#)[НАУЧНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ](#)

[Главная](#) / [Научно-исследовательские подразделения](#) / [Отдел судебно-психиатрической экспертизы в уголовном](#)

Лаборатория судебной сексологии

Лаборатория судебной сексологии Отдела судебно-психиатрических экспертиз основана на основании решения Ученого совета Центра (протокол № 6 от 01.07.94) и приказа Минздрава России от 08.07.94 г. № 50-рук от 08.07.94 г.

Научной специальности «сексология» в перечне ВАК нет

Не защищено | doctors-sexologists.ru/home.html

[Главная](#)[Устав](#)[Приказы, законы](#)[Врачи сексологи](#)[Регистрация](#)[Мероприятия](#)[Инфо](#)[Публикации](#)**Навигация**[На главную](#)[Устав POVCS](#)

Профессиональное объединение врачей сексологов



Межрегиональная общественная организация «Профессиональное объединение врачей сексологов»

создана по инициативе врачей сексологов, при поддержке Федерального научно-методического Центра медицинской сексологии и сексопатологии, а также кафедры сексологии Северо-Западного медицинского университета им. Мечникова с целью объединения врачей сексологов, имеющих государственные сертификаты по специальности "Сексология".

3. Сексуальные дисфункции

Сексуальные дисфункций в МКБ-11 (2019)

«Сексуальные дисфункции — это синдромы, различными путями приводящие к тому, что взрослые люди испытывают трудности с получением сексуального удовлетворения, с сексуальной активностью без принуждения.

Сексуальная реакция — это сложное взаимодействие психологических, межличностных, социальных, культурных и физиологических процессов, и один или несколько из этих факторов могут повлиять на любую стадию сексуальной реакции.

Чтобы считаться сексуальной дисфункцией, нарушение функции должно:

- 1) возникать часто (но может отсутствовать в некоторых ситуациях);
- 2) присутствовать не менее нескольких месяцев; и
- 3) быть связано с клинически значимым дистрессом»

Как разграничить норму и патологию в сфере психического здоровья?

Норма (от лат. *norma* — правило, образец).

В медицине и психологии термин «норма» часто используется для обозначения здоровья, но их нельзя считать синонимами.

Выделяют несколько видов норм:

- **Статистическая**, характеризует статистическое большинство описываемых объектов
- **Физиологическая**
- **Индивидуальная**
- **Социальная** (конвенциональная) — т. е. принятые в определенной группе или общности правила, предписывающие или запрещающие какое-либо поведение или действия
- [Партнерская?]

Норма как отсутствие патологии

- **Патологией** в психиатрии считают **нарушения психических функций**, приводящие к:
 - **субъективному неблагополучию** (субъективно неприятным переживаниям)
- и/или*
- **нарушению функционирования** (дезадаптации) или **социально неприемлемому поведению**

Систематика психических расстройств Курта Шнайдера (1950)

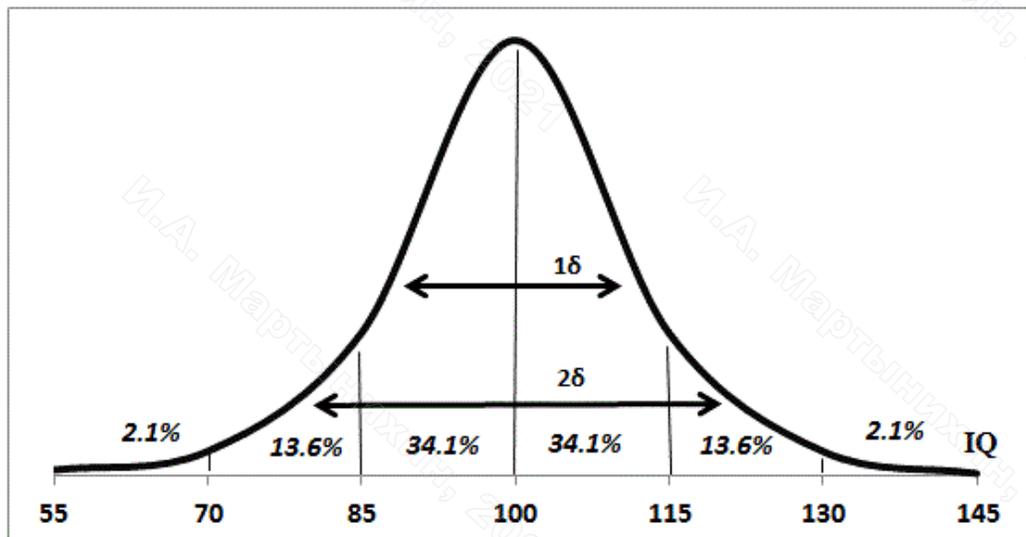
- **Болезнь** – «существует только в телесном», болезнь можно иметь или не иметь [Категориальная диагностика]

Есть болезнь

Нет болезни

- **Аномальное** – отклонение «от среднего уровня», «разновидность нормального», его вариация. Между нормальным и аномальным нет четкой границы, нет принципиальных различий [Дименсиональная/прототипная диагностика]

«... аномальные личности – лишь вариации личностей, ... дефекты интеллекта ... всего лишь вариации интеллектуальных способностей»



Распределение частот значения IQ в популяции

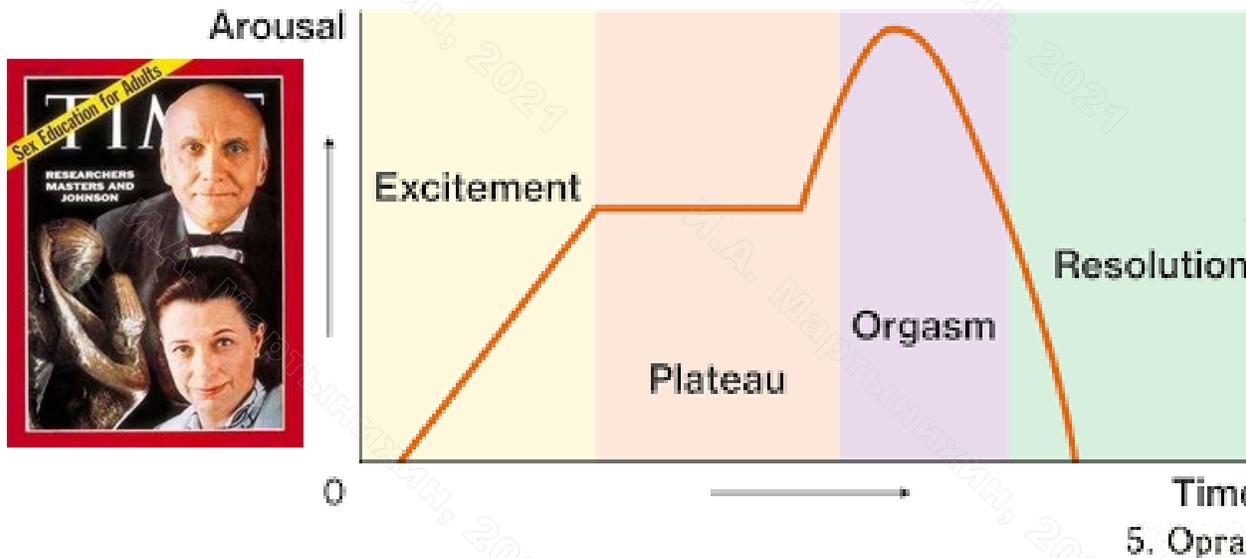
Аномальное не подразумевает классификации, так как к классу можно принадлежать или не принадлежать. Для аномалий может существовать только типология – можно быть более или менее похожим на тип, быть ближе или дальше от него => **фундаментальная проблема классификаций этих расстройств**

Цикл сексуальных реакций человека

- Masters & Johnson Human Sexual Response (1966) –

4 фазы:

1. Возбуждение
2. Плато
3. Оргазм
4. Завершение



Шарль Гельман (1983):

1. сексуальный интерес,
2. сексуальное желание,
3. возбуждение,
4. плато,
5. оргазм,
6. разрешение,
7. рефрактерный период,
8. психическая переработка

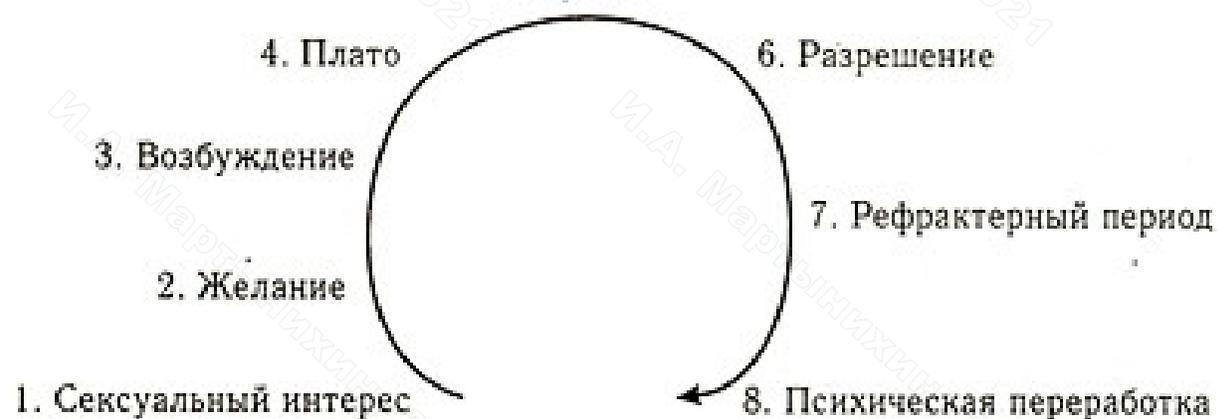


Рис. 1. Цикл сексуального отклика

Классификация сексуальных дисфункций в МКБ-11 (2019)

1. **Гипоактивная дисфункция сексуального желания**
2. **Дисфункция сексуального возбуждения**
 - a) Дисфункция сексуального возбуждения у женщин
 - b) Эректильная дисфункция у мужчин
3. **Оргазмическая дисфункция**
 - a) Аноргазмия
4. **Эякуляторная дисфункция**
 - a) Преждевременная эякуляция
 - b) Задержка эякуляции
- (5) **Сексуальные болевые расстройства**
 - a) Расстройство сексуальной боли-проникновения
(Sexual pain-penetration disorder)

Подтипы для каждого из расстройств:

1. В течение всей жизни / Приобретенное
2. Генерализованное / Ситуативное

Дополнительный спецификатор:
«Этиологические соображения при сексуальных дисфункциях и сексуальных болевых расстройствах»

Связано с:

- психологическими или поведенческими факторами, включая психические расстройства
- употреблением психоактивных веществ или лекарств
- отсутствием знаний или опыта
- факторами взаимоотношений
- культуральными факторами

1. Гипоактивная дисфункция сексуального желания

— характеризуется **отсутствием или заметным снижением желания** или мотивации к сексуальной активности, что проявляется в любом из следующего:

1. снижение или отсутствие спонтанного желания (сексуальных мыслей или фантазий);
2. снижение или отсутствие ответного желания на эротические сигналы и стимулы;
3. неспособность поддерживать желание или интерес к сексуальной активности после её инициации (начала)

Паттерн уменьшенного или отсутствующего спонтанного или ответного желания или неспособности поддерживать желание или интерес к сексуальной активности **проявлялся эпизодически или постоянно** в течение периода, по крайней мере, **нескольких месяцев** и связан с клинически **значимым дистрессом**.

МКБ-10: F52.0 Отсутствие или потеря полового влечения

- Потеря полового влечения является основной проблемой, а не вторичной по отношению к другим сексуальным затруднениям, таким как отсутствие эрекции или диспареуния. Отсутствие полового влечения не исключает сексуального удовлетворения или возбуждения, но делает половую активность менее вероятной.
 - Включаются: фригидность; сниженное сексуальное влечение; гипоактивное сексуальное влечение.
-
- А. Должны отмечаться общие критерии половых дисфункций (F52).
 - Б. Отсутствие или потеря полового влечения, проявляющееся уменьшением выискивания намеков на сексуальные темы, или размышлений о сексе, сочетающихся с чувством влечения, и сексуальных фантазий.
 - В. Отсутствует интерес к инициации половой активности с партнером или в одиночку (мастурбации), что приводит к такой частоте половой активности, которая отчетливо ниже, чем ожидается, исходя из возраста и условий, или к такой частоте, которая является отчетливо более низкой по сравнению с предыдущим уровнем.

Асексуальность — не патология, если нет дистресса!



Википедия
Свободная энциклопедия

Заглавная страница
Рубрикация
Указатель А — Я
Избранные статьи
Случайная страница
Текущие события

Участие

Сообщить об ошибке
Сообщество
Форум
Свежие правки
Новые страницы
Справка
Пожертвовать

Инструменты

Ссылки сюда
Связанные правки
Служебные страницы
Постоянная ссылка

Статья

Обсуждение

Читать

Текущая версия

Править

Править код

История

Искать в Википедии



Асексуальность

Материал из Википедии — свободной энциклопедии

[править | править код]

Текущая версия страницы пока не проверялась опытными участниками и может значительно отличаться от версии, проверенной 3 марта 2021; проверки требуют 2 правки.

*Не следует путать с **антисексуальностью** и **агендерностью**.*

Асексуа́льность — определение или самоопределение людей, которые не испытывают **полового влечения**.

Асексуальностью не является сознательное половое воздержание при наличии полового влечения. Асексуальность можно считать отсутствием **сексуальной ориентации** либо одним из её вариантов наряду с **гетеросексуальностью**, **гомосексуальностью** и **бисексуальностью**^{[1][2][3]}.

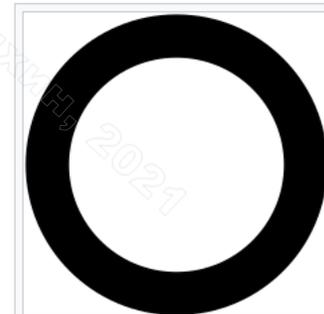
Около 1 % человеческой популяции являются асексуалами^[4].

Содержание [показать]

Дебаты [править | править код]

Асексуальность отличается от антисексуальности. В то время как асексуалы могут иметь много общего с антисексуалами, асексуальность не подразумевает положительного/отрицательного отношения к самому явлению **секса**. Также асексуальность не всегда означает физическую неспособность к **половому акту** и/или **продолжению рода**.

До сих пор ведутся дискуссии по поводу того, следует ли считать асексуальность **ориентацией** или половой конституцией



Символ асексуальности

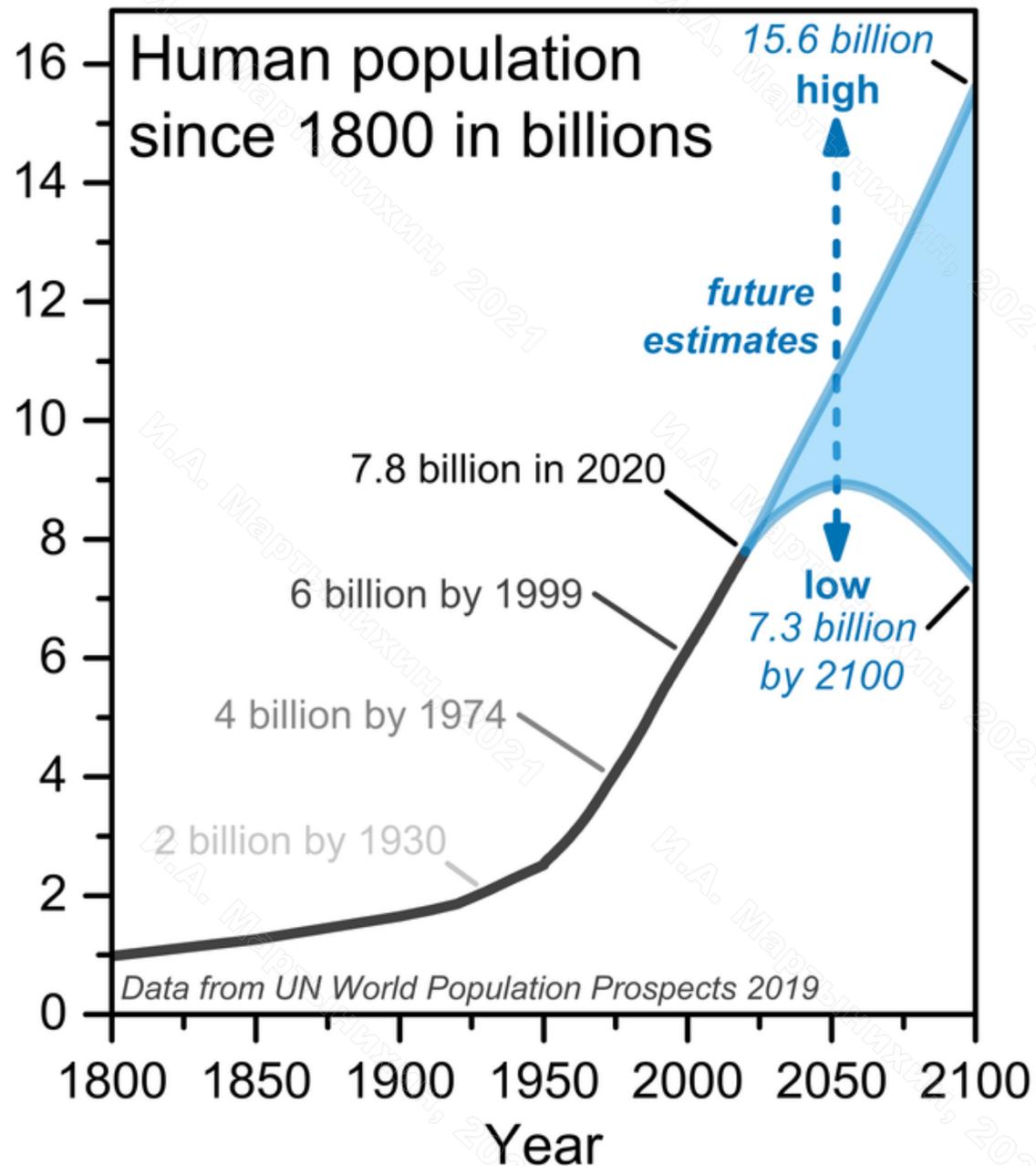
Сексуальная ориентация

Раздел сексологии

Бинарные классификации

Асексуальность • Бисексуальность • Билюбопытство • Гетеросексуальность • Гомосексуальность

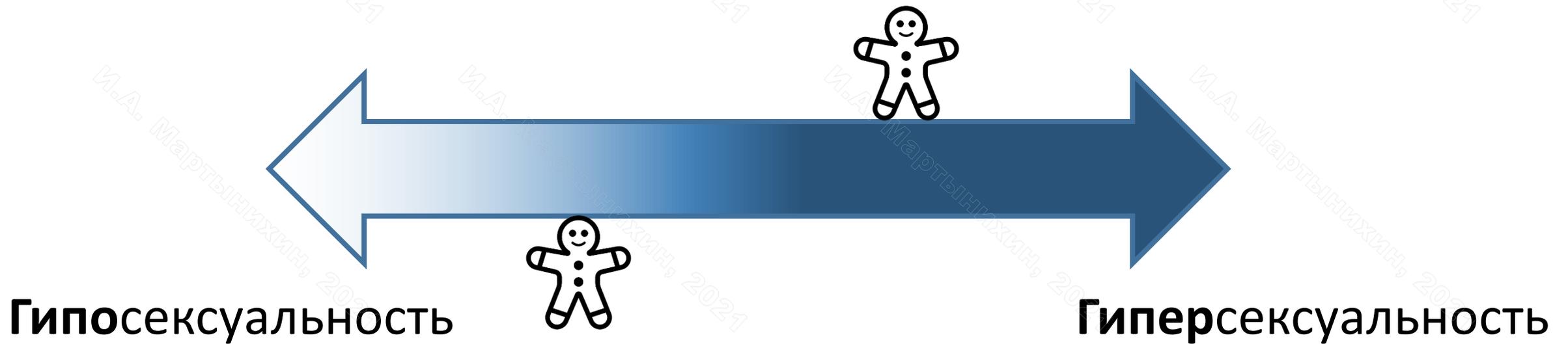
- ~~1886 г Крафт-Эбинг. «извращением – при существующей возможности естественного полового удовлетворения – необходимо считать всякое проявление полового инстинкта, не соответствующее целям природы, т.е. размножению»~~
- **Размножение – не единственная цель сексуальных отношений!**
- Чайлдфри (англ. childfree — свободный от детей) — субкультура и идеология, характеризующаяся сознательным желанием не иметь детей. Термин «childfree» возник в противовес слову «childless» («бездетный»). На волне эмансипации защитники прав человека предложили его, утверждая, таким образом, что отсутствие детей — это привилегия развитого социума [Википедия].
 - **Реджекторы («чайлдхейтеры»)** — люди, которые в принципе не любят детей и деторождение и испытывают неприязнь к детям как таковым и всему, что связано с процессом деторождения и грудного вскармливания.
 - **Аффексьонадо** — это люди которые не испытывают неприязни к детям, но им нравится бездетный образ жизни. Дети представляются им лишней обузой, помехой для в принципе их устраивающего бездетного образа жизни.
 - **Отказники** — это те люди, которые не могут принять однозначного решение, заводить детей или нет
 - **Откладыватели** — это те люди, которые всё время откладывают рождение детей на более поздний срок и с возрастом очень часто принимают решение не заводить детей вовсе.



Население земли

- 1 миллиард — 1804 год
- 2 миллиарда — 1927 год
- 3 миллиарда — 1960 год
- 4 миллиарда — 1974 год
- 5 миллиардов — 11 июля 1987 года
- 6 миллиардов — 12 октября 1999 года
- 7 миллиардов — 31 октября 2011 года
- 7,88 миллиардов — 23 марта 2021 года

Сексуальная активность — где норма?



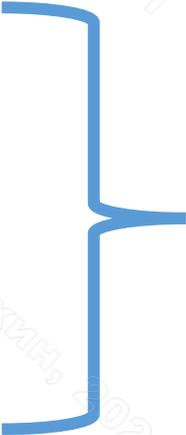
- Половая конституция ???
- Партнерская дисгармония ???

«Нормальная» частота сексуальных контактов

- Репрезентативная выборка взрослых жителей США (26 тыс. чел.):
 - «средняя частота сексуальных контактов» (2014 год) — приблизительно 54 раза/год или 1 раз/неделю

Twenge, J.M., Sherman, R.A. & Wells, B.E. Declines in Sexual Frequency among American Adults, 1989–2014. *Arch Sex Behav* 46, 2389–2401 (2017).

- Частота существенно зависит от:
 - Пола
 - Возраста
 - Статуса партнерских отношений (женат/не женат)
 - Этнической принадлежности
 - Религии
 - И пр.

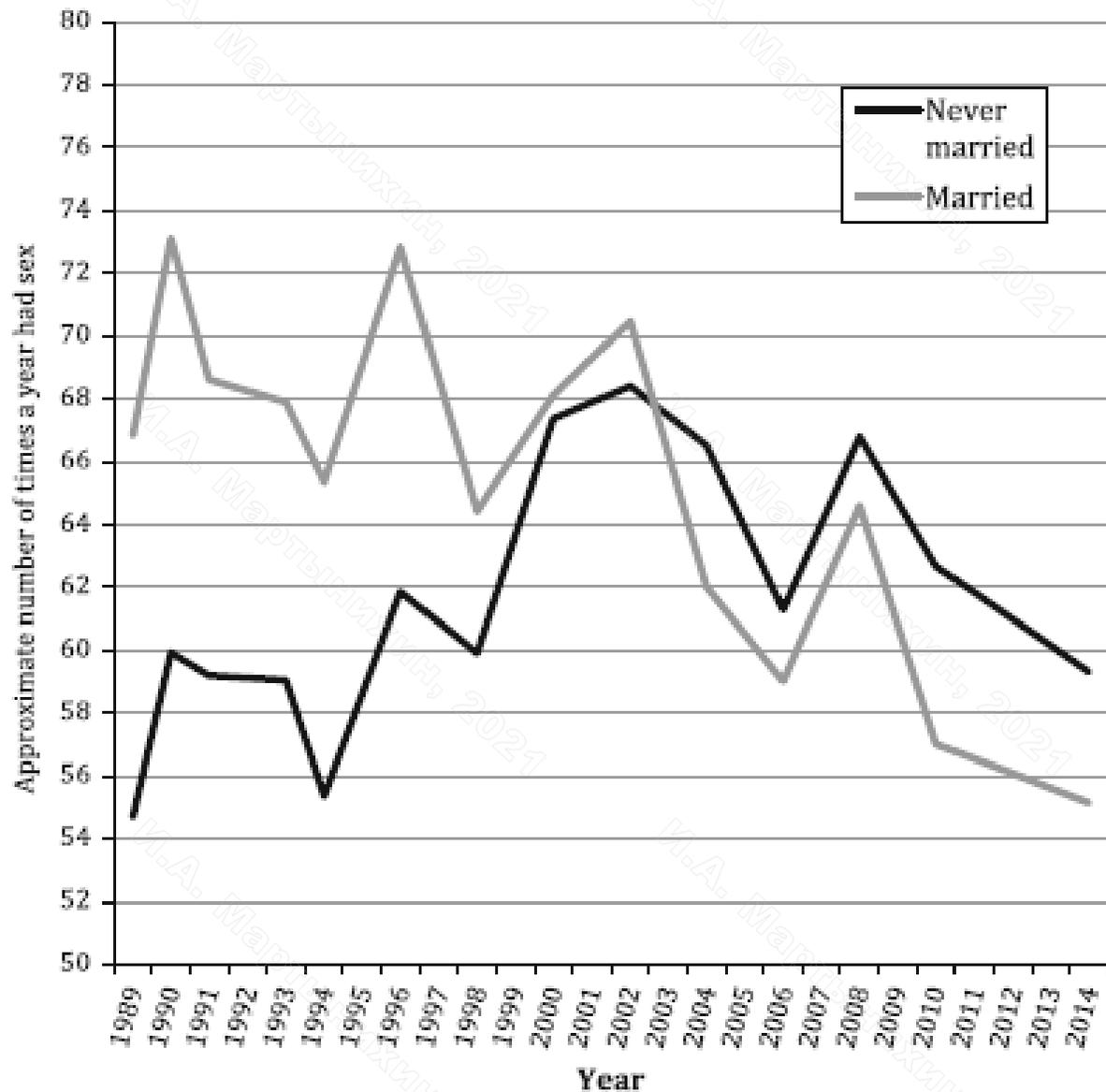


Средняя частота —
не очень
информативный
показатель!



- Частота сексуальных контактов в США снижалась с 1989 по 2014 год

Twenge, J.M., Sherman, R.A. & Wells, B.E. Declines in Sexual Frequency among American Adults, 1989–2014. *Arch Sex Behav* 46, 2389–2401 (2017).



- В США сексуальных контактов стало больше у неженатых и молодых

Twenge, J.M., Sherman, R.A. & Wells, B.E. Declines in Sexual Frequency among American Adults, 1989–2014. *Arch Sex Behav* 46, 2389–2401 (2017).

ISSM: Какая «нормальная» частота секса?

- Все пары разные. **«Правильная» частота — это та, которая удовлетворяет обоим партнерам.** Чтобы понять это, может потребоваться время, но сосредоточение внимания на близости, общении и привязанности к партнеру важнее, чем беспокойство о количестве контактов и частоте секса у других пар.
 - Даже если мужчины и женщины чаще занимаются сексом, это не значит, что они счастливее. Исследователи из Университета Карнеги-Меллона провели исследование с участием 64 пар в возрасте от 35 до 65 лет. Половине пар было дано указание удвоить свою недельную частоту; другой половине таких инструкций не было. Пары ответили на вопросы о своей сексуальной активности и своем счастье. Те, кто занимался сексом чаще, не были счастливее. Фактически, их уровень счастья немного снизился. Оказалось, что, когда им сказали больше заниматься сексом, они потеряли часть своей спонтанности и возбуждения
- Также возможно, что **один партнер хочет заниматься сексом чаще или реже, чем другой.** Общение здесь имеет решающее значение, поскольку парам нужно находить компромиссы. Квалифицированный консультант сексолог может помочь партнерам в этих переговорах.

Половая конституция?

Васильченко Г.С. (ред) Частная сексопатология

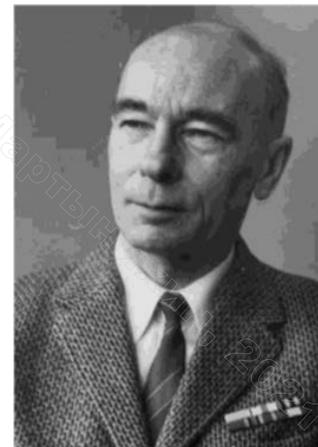
(руководство для врачей). М., 1983

Шкала векторной оценки половой конституции 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

Векторы		Конституция				средняя		сильная		патология и редкие конституциональные варианты	
		слабая			9						
		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						
I. Менструальная функция	Первая менструация в возрасте (годы)	17 и позже	16	15	14	13	12	11	10	9 и раньше	
	Регулярность менструаций	Аменорея или единичные редкие менструации	Длительные нарушения цикла без видимых внешних воздействий	Нарушения только при неблагоприятных воздействиях (психоэмоциональных, соматических, медикаментозных)	Эпизодические кратковременные нарушения при выраженных неблагоприятных воздействиях	Регулярная без патологии				Нарушения менструальной функции	
II. Детородная функция	Сроки наступления беременности после начала половой жизни	—	10 лет и больше	3—9 лет	1—2 года	3—6 мес	1—3 мес	Даже при контрацепции		—	
	Характер течения беременности	—	Невынашивание, тяжелая патология беременности. Мертворождения	Угроза прерывания, патологическое течение, токсикозы беременности	Легко протекающие токсикозы беременности	Нормальное течение				—	
III. Трохантерный индекс		1,88	1,89—1,93	1,94—1,96	1,97—1,98	1,99	2,00	2,01—2,02	2,03—2,04	≥2,05	
IV	Характер оволосения	A ₀ P ₀	A ₁ P ₁	A ₂ P ₂	По женскому типу A ₃ P ₃			Тенденция к мужскому	Мужское	Мужское с гипертрихозом (гирсутизм)	
V	Пробуждение эротического либидо (годы)	≥17	15—16	14	13	12	11	10	9	8 и раньше	
VI. Оргазм	Первый оргазм	В возрасте (годы)	—	≥35	31—34	26—30	21—25	18—20	15—17	12—14	11 и раньше
		Время после начала регулярной половой жизни	—	10 лет	3—9 лет	1—2 года	6—11 мес	2—5 мес	1 мес	До начала регулярной половой жизни или при первом конгусе	До контакта с партнерши
	Достижение 50—100% оргастичности	В возрасте (годы)	—	40	35	30	25	20	19	18—16	15 и раньше
Время после начала регулярной половой жизни		—	10—15 лет	5—9 лет	3—4 года	1—2 года	6—11 мес	2—5 мес	1 мес	Сразу с начала половой жизни	

Половая конституция? Васильченко Г.С. (ред) Частная сексопатология (руководство для врачей). М., 1983 Шкала векторной оценки половой конституции у женщин



Георгий Степанович Васильченко (1921-2006) — российский невропатолог, один из основоположников советских сексологии и сексопатологии.

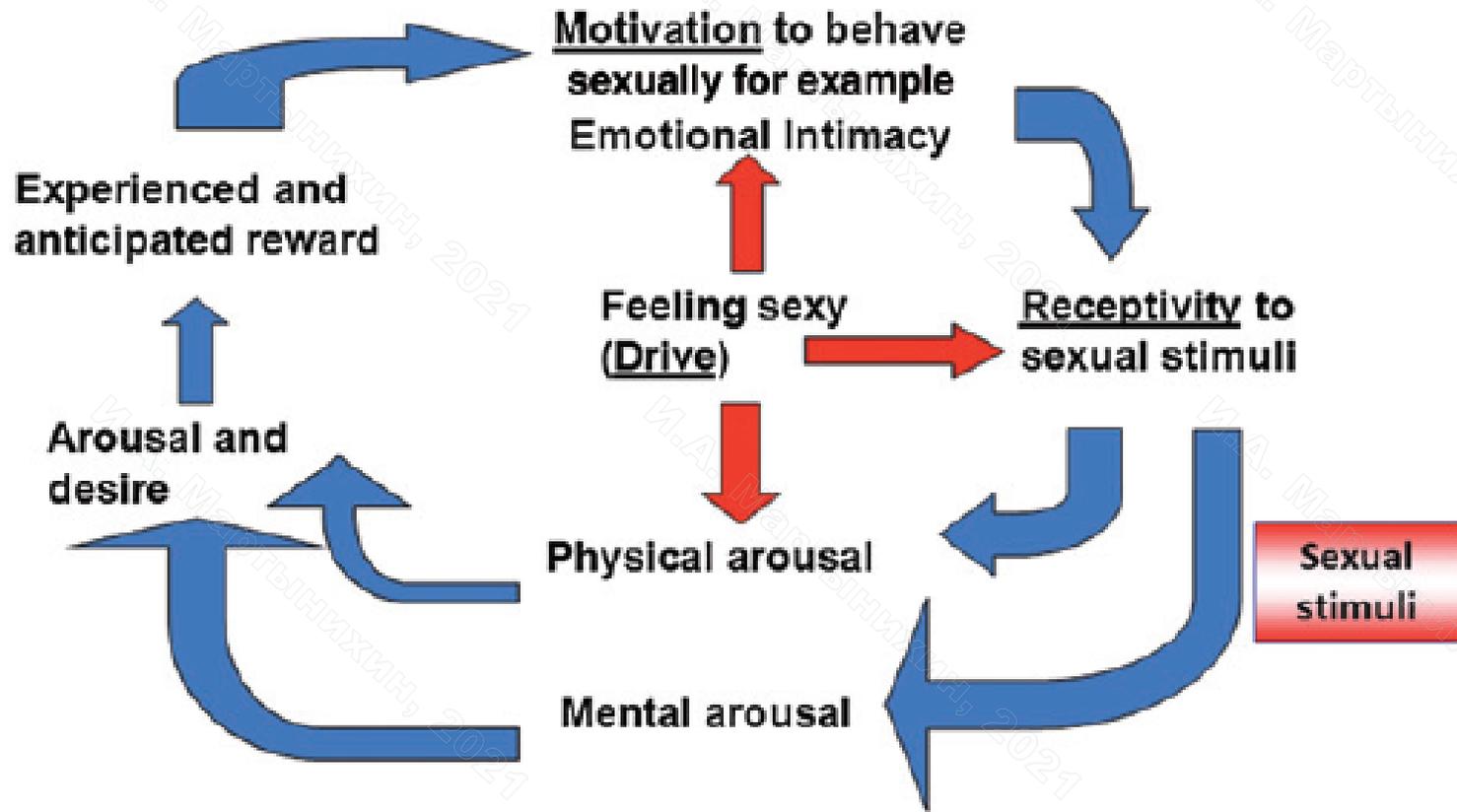
Половое влечение

(либидо, от лат. libido — похоть, желание, страсть, стремление)

- Влечение (Drive) – биологический компонент
 - Гормональные влияния на гипоталамические и лимбические структуры головного мозга
 - Ближе к инстинктивному поведению (врожденные паттерны поведения)
 - Спонтанное влечение
- Мотивация – психологический компонент
 - Связана с системой вознаграждения
 - Мотивация к сексуальной активности может отражать стремление к сексуальному удовольствию, близости, доставлению удовольствия партнеру, желанию, эмоциональному или нарциссическому удовлетворению, а также мотивы, не связанные напрямую с сексуальным желанием или поведением (например, финансовая выгода)
 - Определяет избирательность влечения
- Восприимчивость к сексуальным стимулам
 - Смесь физической реактивности (возможно, связанной с сенсibilизацией рецепторов или нейрохимических систем) и когнитивных процессов, таких как степень тормозящей исполнительной функции, опыт и ожидание сексуального удовольствия или вознаграждения

Bitzer J., 2013

-
- В процессе эволюции: меньше биологического, больше психологического компонента
 - У мужчин биологический компонент больше, чем у женщин
 - У более интеллектуально развитых людей психологический компонент в среднем больше, чем у менее развитых

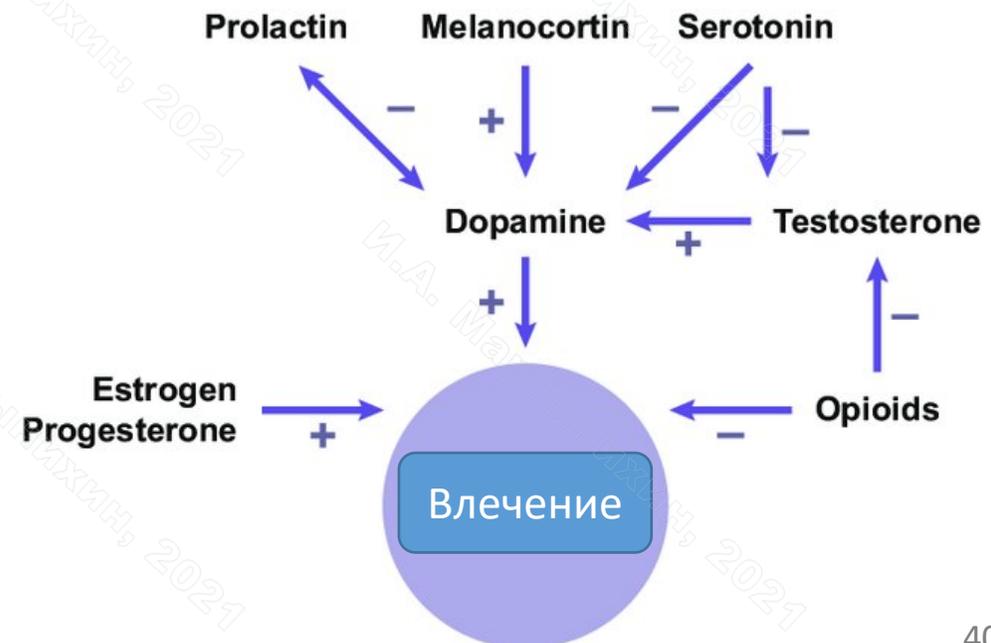


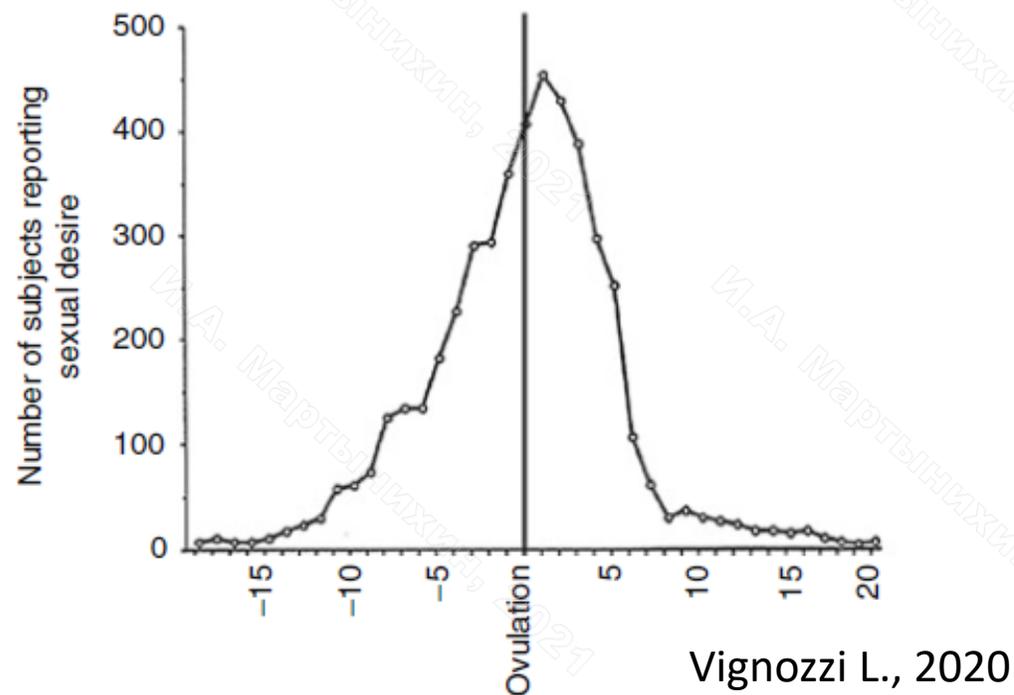
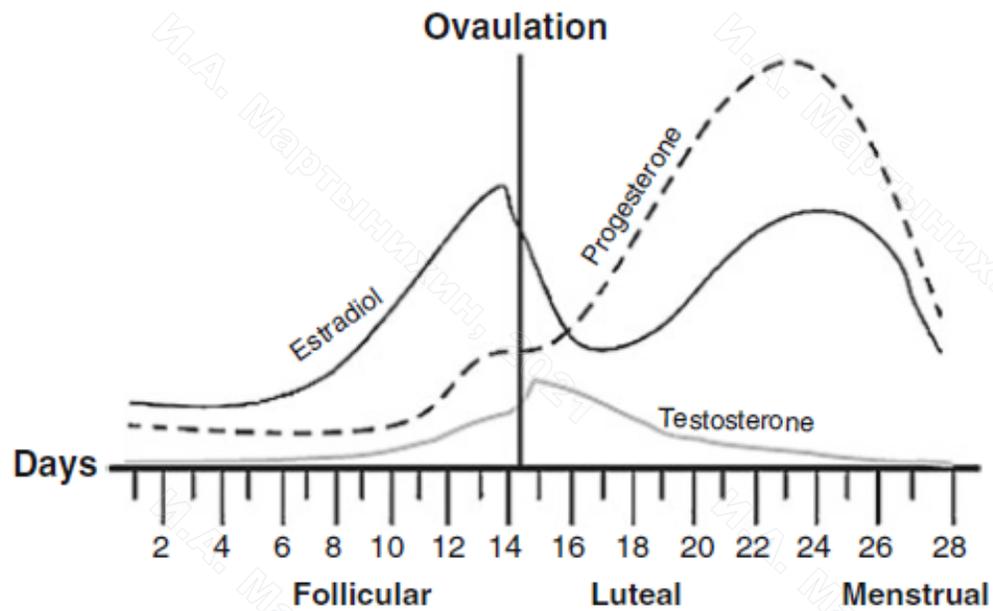
Adapted from Basson R. *Med Aspects Hum Sex*. 2001;1:41-42.

Figure 1 Basson's circular model

Половые гормоны и женское половое влечение

- Эстрадиол – повышает восприимчивость к сексуальным сигналам, возбудимость
- Тестостерон – главный гормон сексуального интереса у женщин. Уровень положительно коррелирует с сексуальным интересом, активностью, реагированием, эротическим фантазированием
- Пролактин, серотонин, опиаты – снижают половое влечение
- Прогестерон – неоднозначное влияние на половое влечение, усиливает негативные эмоции

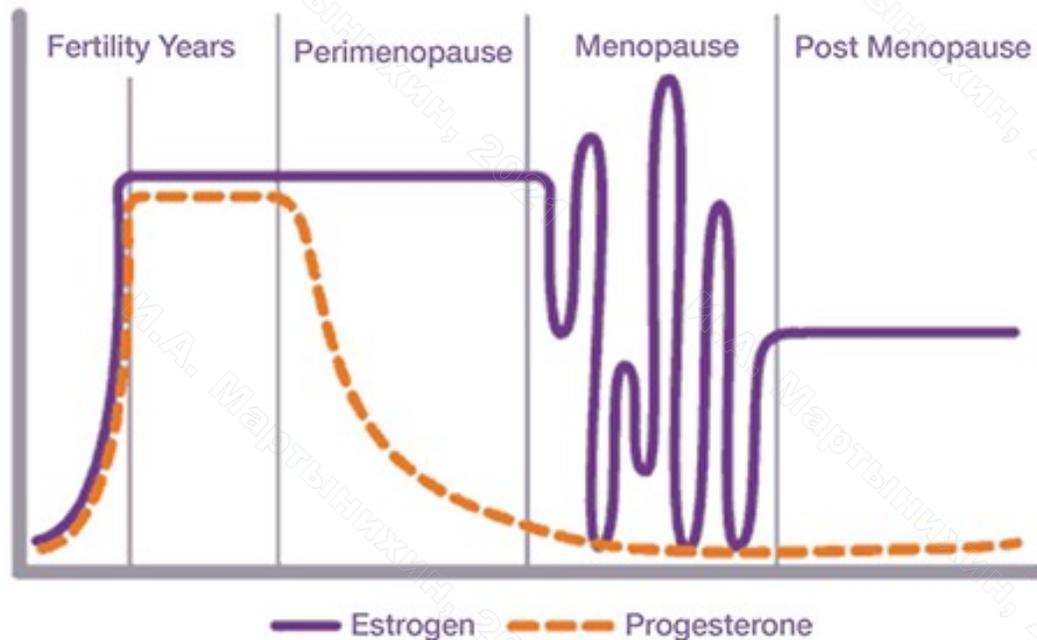




Vignozzi L., 2020

Сексуальное влечение и менструальный цикл

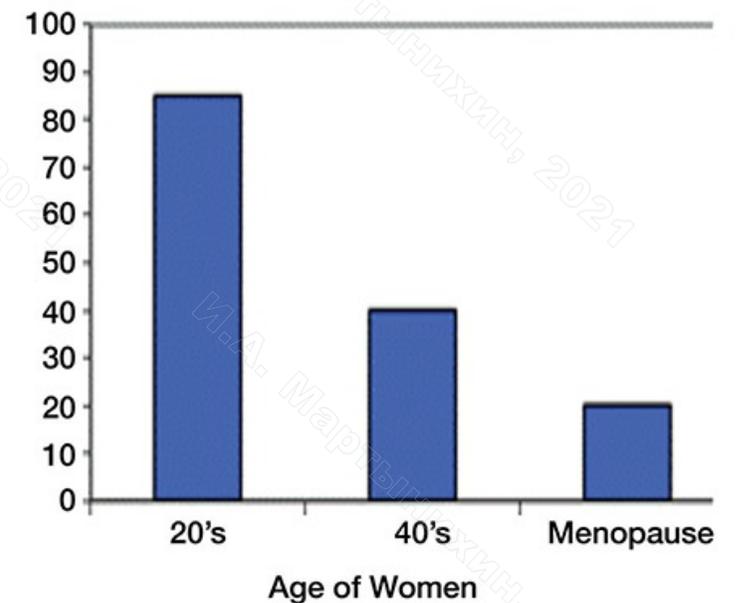
Сексуальное влечение и половые гормоны у женщин



В постменопаузе терапия эстрогенами улучшает сексуальное влечение, возбуждение, возможность достижения оргазма

Есть противоречивые данные о том, что КОКи снижают половое влечение у некоторых женщин. Возможно, особенно, если содержат гестагены с антиандрогенной активностью (ципротерона ацетат, диеногест, дроспиренон)

И гормональная терапия в постменопаузе, и КОКи улучшают субъективное самовосприятие, что позитивно влияет на влечение



Уровень тестостерона

Table 1 Medications that can cause female sexual dysfunction (FSD)

Medication		Desire	Arousal	Orgasm
Psychotropics	Antipsychotics	+		+
	Barbiturates	+	+	+
	Benzodiazepines	+	+	
	Lithium	+	+	+
	SSRIs	+	+	+
	TCA	+	+	+
	MAO inhibitors			+
	Trazodone	+		
	Venlafaxine	+		+
Cardiovascular and antihypertensive medications	Anti-lipids	+		
	Beta-blockers	+		
	Clonidine	+	+	
	Spirolactone	+		
	Methyldopa	+		
Hormonal preparations	Danazol	+		
	GnRh-agonists	+		
	GnRh-analogs	+	+	
	Hormonal contraceptives	+		
	Antiandrogens	+	+	+
Other	Tamoxifen	+	+	
	Histamine H2-receptor blockers	+		
	Phenytoin sodium	+		
	Aromatase inhibitors	+		
	Chemotherapeutics	+	+	
	Anticholinergics		+	
	Amphetamines and related anorexic drugs			+
Narcotics			+	

Adapted from: [68–71].
 SSRIs = selective serotonin reuptake inhibitors; TCA = tricyclic antidepressants; MAO inhibitors = monoamine oxidase inhibitors

Снижение сексуального влечения в связи с проблемами со здоровьем:

Например,

- Сердечно-сосудистые заболевания
- Неврологические заболевания
- Опухоли
- Эндокринные р-ва
 - Гиперпролактинемия
 - Андрогенная недостаточность (пост-оварэктомии, гипопитуитаризм, надпочечниковая недостаточность)
 - Послеродовой период, постменопауза
- Психические расстройства
 - Депрессии [не всегда]
 - Тревожные и фобические расстройства
 - Расстройства, связанные со стрессом (ПТСР и пр.)
 - Психозы (включая шизофрению)

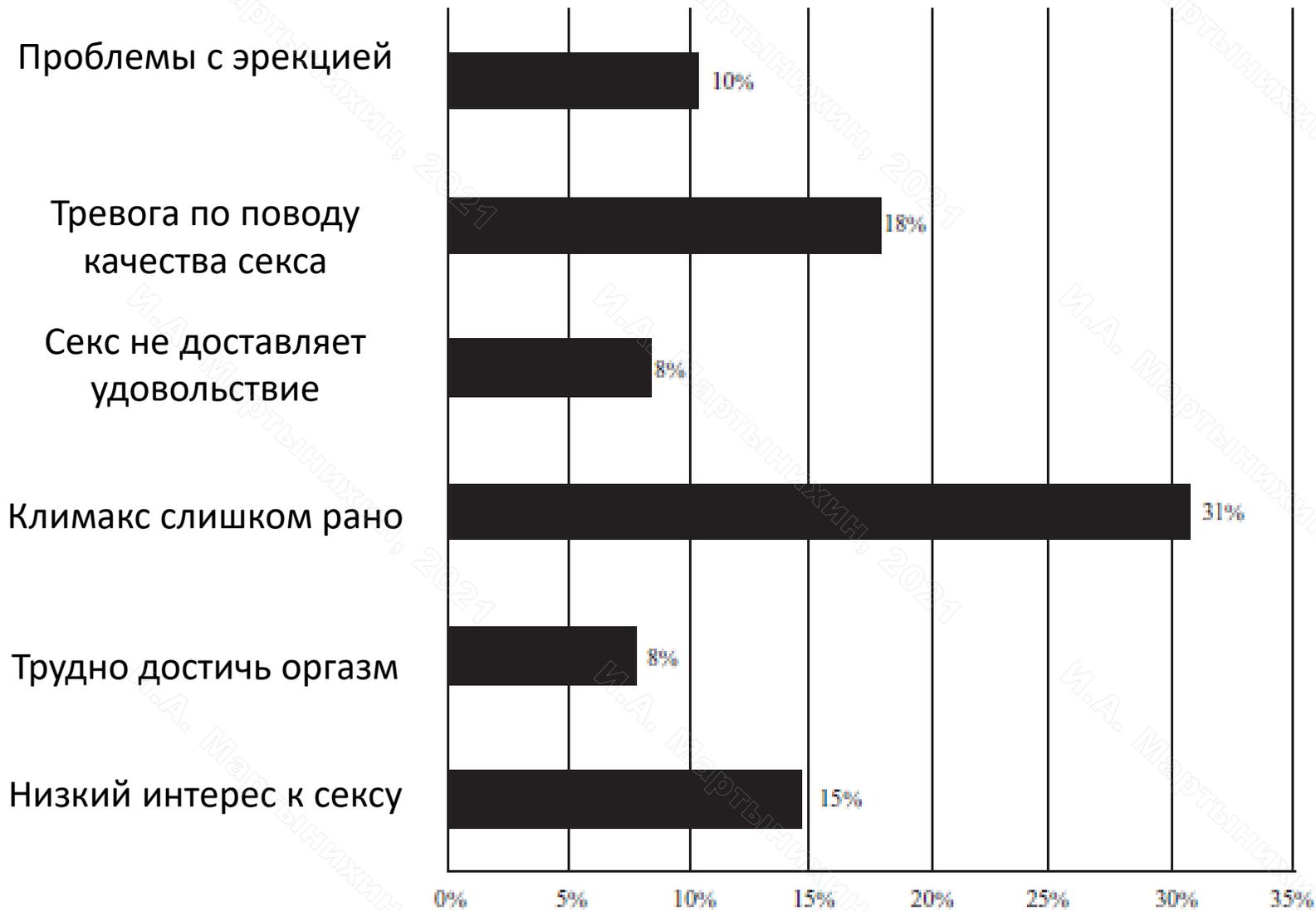
Психологические факторы и сексуальное влечение

- Индивидуальные
 - Неблагоприятные условия раннего развития
 - Эмоциональное отвержение в детстве
 - Сексуальное насилие/злоупотребление
 - Неблагоприятный подростковый опыт
 - Перенесенные психотравмирующие факторы
 - Отвлекающие факторы
 - Беспокойство и тревожные опасения
 - Ожидания (предвкушение) негативного опыта
- Факторы взаимоотношений
 - Сексуальная дисфункция партнера
 - Продолжительность отношений и рутина
 - Общее недовольство отношениями
 - Дефицит коммуникации

Bitzer J., 2013

Терапия гипоактивной дисфункции сексуального желания у женщин

- Преобладает психологический мотивационный компонент:
 - Индивидуальное/семейное консультирование
 - Когнитивно-поведенческая терапия тревоги и пр.
 - Сексуальная терапия (тренировка чувственности и пр.) — «систематический структурно смоделированный эротический тренинг в сочетании с психотерапевтическим анализом неосознанных конфликтов пациента» (Х.С. Каплан, «Сексуальная терапия»)
- Преобладает биологический компонент (собственно недостаток влечения):
 - Лечение соматических, эндокринных, психических расстройств
 - Менопаузальная гормональная терапия производными эстрадиола (+ тестостерон при хирургической менопаузе (?))
 - Бупропион — ингибитор обратного захвата норадреналина и дофамина (NDRIs) (не используется в РФ)
 - Тразодон — ингибитор обратного захвата серотонина + антагонист 5-HT_{2A} и 2C рецепторов
 - Флибансерин («Addyi», «Эдди», «женская виагра») — агонист 5HT_{1A} и антагонист 5-HT_{2A} рецепторов
 - Бремеланотид — агонист меланокортиновых рецепторов



Жалобы на сексуальное функционирование у мужчин

— эпидемиологическое исследование в США в 1999

Figure 1 Prevalence of low sexual desire/Interest in men disorder compared with other sexual dysfunctions prevalence as reported by Laumann et al. [7].



Гипоактивная дисфункции сексуального желаниа (ГДСЖ) у мужчин

Standard Operational Procedures for Low Sexual Desire in Men, Rubio-Aurioles, 2013

Гиперсексуальность?

(устар.: нимфомания у женщин, сатириазис у мужчин; эротомания)

В МКБ-10 (1990):

- F52/ Сексуальные расстройства (дисфункции), не обусловленные органическими нарушениями или болезнями
 - повышенное сексуальное влечение (F52.7)
- F98/ Другие эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте
 - «неумеренная мастурбация» (F98.8)

В МКБ-11 (2019):

- Расстройства контроля импульсов
 - Компульсивное расстройство сексуального поведения

МКБ-11: Компulsive расстройство сексуального поведения

- Компulsive расстройство сексуального поведения характеризуется неспособностью контролировать интенсивные повторяющиеся сексуальные импульсы или побуждения, что приводит к повторяющемуся сексуальному поведению.
- Симптомы могут включать повторяющиеся сексуальные действия, которые
 - становятся центральным элементом жизни человека, вплоть до игнорирования здоровья и личной заботы или других интересов, действий и обязанностей;
 - приводят к многочисленным безуспешным попыткам значительно снизить повторяющееся сексуальное поведение;
 - сохраняются, несмотря на неблагоприятные последствия или получение от него незначительного или нулевого удовлетворения.
- Паттерн неспособности контролировать интенсивные сексуальные импульсы или позывы и, как следствие, повторяющееся сексуальное поведение проявляется в течение длительного периода времени (например, 6 месяцев или более) и вызывает заметный стресс или значительные нарушения в личной, семейной, социальной, образовательной, образовательной и других сферах, профессиональных или других важных областях деятельности.
- Неблагоприятные последствия, которые связаны только с моральными суждениями и неодобрением сексуальных импульсов, побуждений или поведения, недостаточны для диагностики этого расстройства

Компульсивное расстройство сексуального поведения

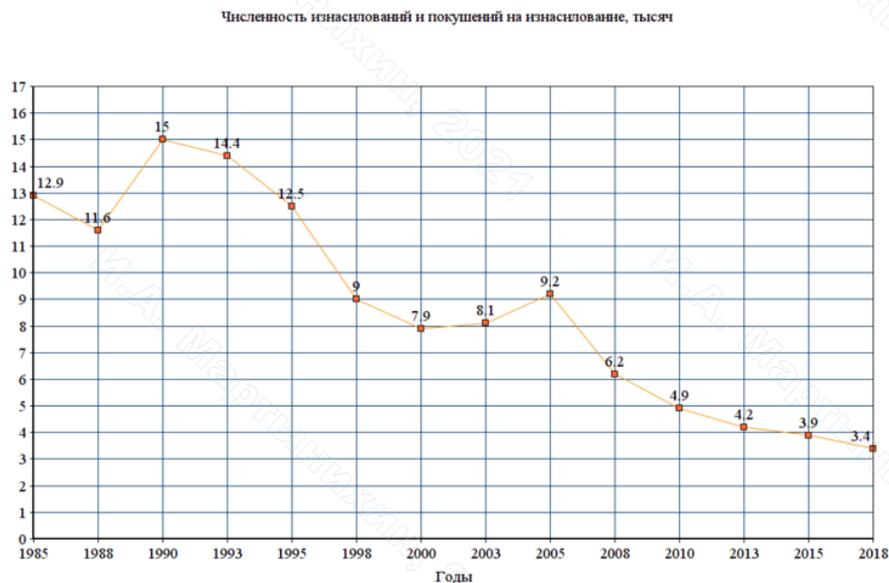
- Может быть представлено:
 - сексуальными контактами
 - мастурбацией
 - чрезмерным использованием порнографии
 - отправкой сообщений сексуального содержания
- Если направлено не на совершеннолетних людей, дающих согласие на сексуальный контакт => социально девиантное повторяющееся КСП относят к парафилиям (см. далее)
- Распространенность различается в отдельных социальных группах
 - 3-6% в популяции
 - до 28% в группах людей, практикующих сексуальные контакты с представителями своего пола (особенно у мужчин, занимающихся сексом с мужчинами)
- Связь с повышенным риском заражения ВИЧ-инфекцией и другими инфекциями, передающимися преимущественно половым путем
- Другие названия (концепции): расстройство гиперсексуальности (Hypersexuality Disorder), сексуальная аддикция (Sexual addiction)



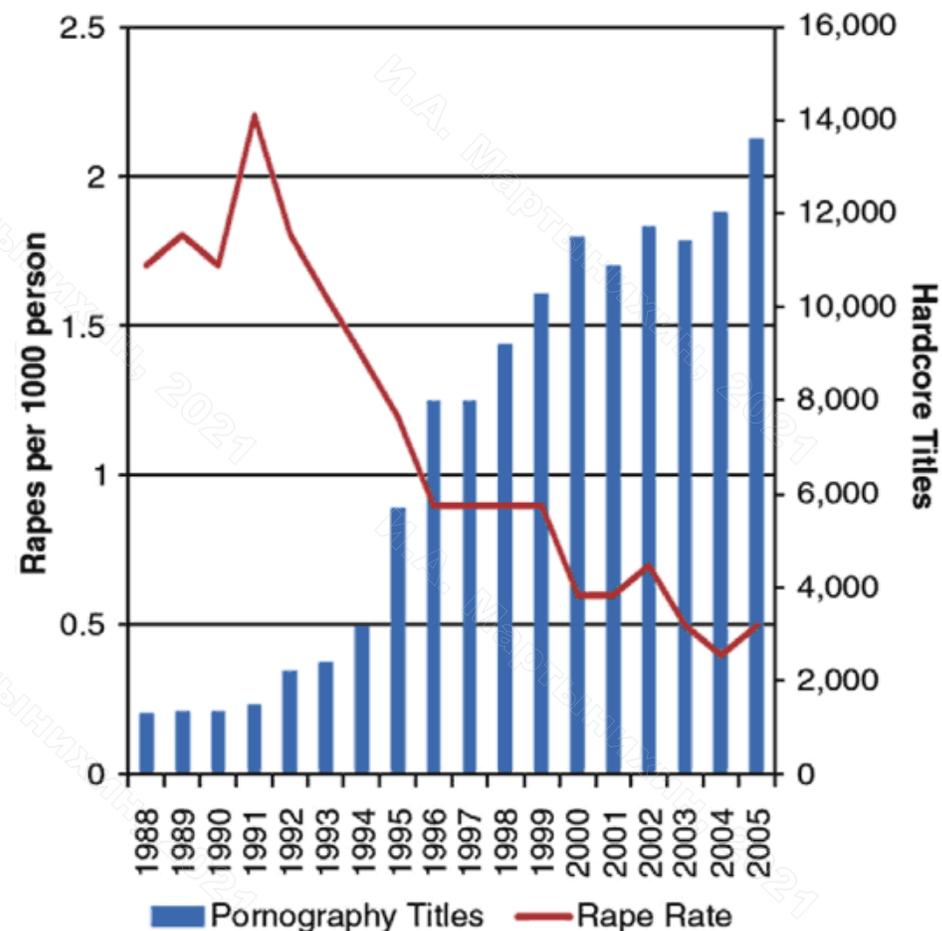
Порнография и насилие

Мнения:

- В порно много сцен насилия – может прививать предпочтения
- Порно может давать возможность выместить сексуальную энергию в социально приемлемой форме



Динамика изнасилований в РФ



2. Дисфункция сексуального возбуждения

МКБ-11:

- a) Дисфункция сексуального возбуждения у женщин
- b) Эректильная дисфункция у мужчин

МКБ-11: Дисфункция сексуального возбуждения у женщин

Дисфункция женского сексуального возбуждения характеризуется отсутствием или заметным снижением реакции на сексуальную стимуляцию у женщин, что проявляется в любом из следующего:

1. Отсутствие или заметное снижение генитальной реакции, включая вульвовагинальную смазку, нагрубание гениталий и чувствительность гениталий;
2. Отсутствие или заметное снижение негенитальных реакций, таких как уплотнение сосков, покраснение кожи, учащение пульса, повышение артериального давления и учащенное дыхание;
3. Отсутствие или заметное снижение чувства сексуального возбуждения (сексуального возбуждения и сексуального удовольствия) от любого типа сексуальной стимуляции.

Отсутствие или заметное снижение реакции на сексуальную стимуляцию происходит, **несмотря на желание сексуальной активности и адекватной сексуальной стимуляции**, происходит эпизодически или постоянно в течение периода по крайней мере несколько месяцев и связано с клинически значимым **дистрессом**.

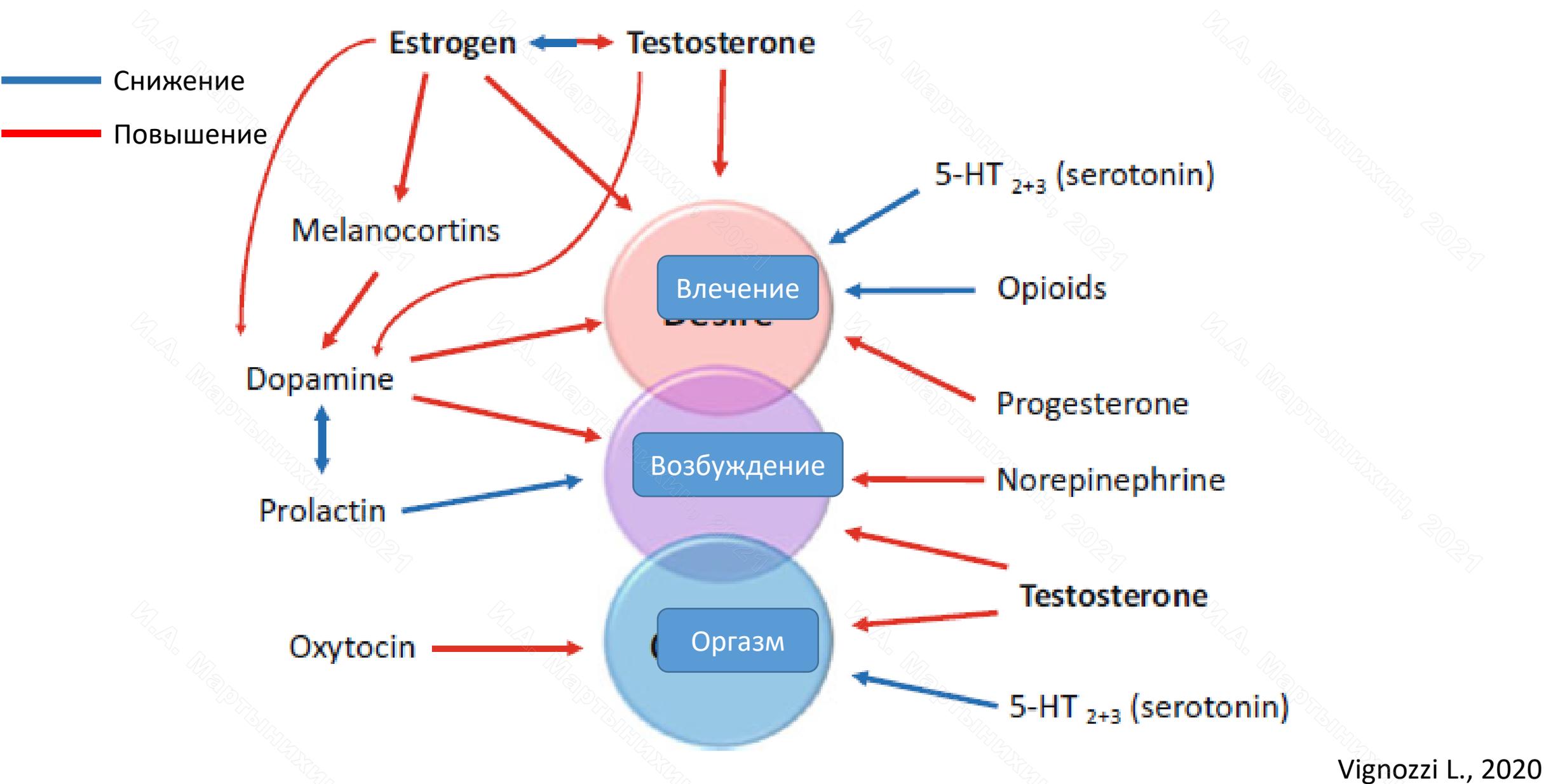


Fig. 2 Central effects of neurotransmitters and hormones on sexual functioning. (Adapted from Clayton 2007.) Red arrows indicate a stimulating effect and blue arrows an inhibitory effect

МКБ-11: Эректильная дисфункция у мужчин

- Мужская эректильная дисфункция характеризуется неспособностью или заметным снижением способности мужчин достигать или поддерживать эрекцию полового члена достаточной продолжительности или ригидности, чтобы позволить половую активность.
- Паттерн нарушения эрекции возникает, несмотря **на желание сексуальной активности и адекватной сексуальной стимуляции**, происходит эпизодически или постоянно в течение периода, по крайней мере, в несколько месяцев и связан с клинически значимым **дистрессом**.

Эректильная дисфункция

- Психогенная
- Органическая
 - Гормональная
 - Низкий тестостерон
 - Высокий пролактин
 - Сосудистая
 - Артериальный кровоток
 - Венозный кровоток
 - Кавернозная патология
 - Нейрогенная
 - Связанная с приемом лекарств
- Смешанная

Эректильная дисфункция

Органическая	Психогенная
Постепенное начало, обычно в немолодом возрасте	Внезапное начало, чаще у молодых
Прогрессирование со временем	Возникает периодически
Постоянный характер нарушений	Ситуационный характер нарушений
Связь с заболеванием или приемом лекарственных средств	В анамнезе стресс или переутомление, личностная тревожность
В течение полового акта уже возникшая эрекция может сохраняться	В течение полового акта эрекция может исчезать
Нет зависимости от партнерши	Может быть зависимость от партнерши. При просмотре порно может быть сохранена
Отсутствуют или снижены ночные/утренние эрекции*	Сохранены ночные/утренние эрекции*

* Тест ночной пенильной тумесценции



Психогенная эректильная дисфункция

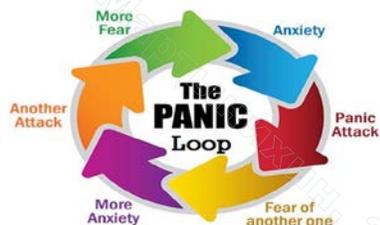
1. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи (СТОСН) - который проявляется в сомнениях в собственной способности провести половой акт в соответствии с определенным образцом
 - Сомнения проявляются только в ситуации интимной близости и оказывают влияние на развитие физиологических механизмов полового возбуждения, эрекции и эякуляции
 - В результате половой акт оказывается невозможным из-за развития тех самых осложнений, которые ожидали
 - Сомнения могут приводить к:
 - Избеганию сексуальной близости
 - Стремлению «проверить» себя и настойчивых повторных попытках сношения.
 - Некоторые пациенты могут относиться к половому акту индифферентно, т.к. уверены, что неудача неизбежна
 - Сомнения не всегда хорошо осознаются
2. Коитофобия – навязчивый страх полового акта,
 - прекращают интимную жизнь, избегают ситуаций, в которых может появиться риск совершения сношения, не отзываются на ухаживания и попытки сближения

«Порочный круг» психогенной эректильной дисфункции



«Порочный круг» психогенной эректильной дисфункции как персистирующего РАССТРОЙСТВА

+ Избегающее
Поведение:
Избегание близости,
либо стремление
предупредить неудачу
(прием ингибиторов
фосфодиэстеразы 5
типа), употребление
алкоголя, употребление
психостимуляторов и
эйфоретиков



Ожидания
повторения

Сомнения
в своей
«мужской
силе»

Усиление
страха
«Недостаточность»
эрекции при
сексуальном
контакте

Неудача при
сексуальном
контакте
Испуг ->
симпати-
котония

Уменьшение
сексуальной
стимуляции
(не смотрит и
не думает о
партнерше)
Сосредо-
точение
внимания на
эрекции

Реакция: это
ужасно, я не
могу это
контролиро-
вать и пр.

Усиление
общего
уровня
тревоги

Использование ингибиторов фосфодиэстеразы 5 типа

При психогеной эректильной дисфункции:

- Могут помочь (плацебо-эффект) — «сам вид эрегированного полового члена дает мощный терапевтический эффект»
- Могут стать формой избегающего поведения, закрепляющего порочный круг страха (формирование обсессивно-фобического расстройства)

Таблица 1. Фармакодинамика и фармакокинетика ингибиторов ФДЭ-5

Параметры	Силденафил	Тадалафил	Варденафил	Уденафил
Биодоступность	40%	Неизвестна	15%	Неизвестна
T _{max}	60 мин.	120 мин.	60 мин.	60 мин.
Прием жирной пищи	T _{max} ↑ на 60 мин. C _{max} ↓ на 29%	Не указано в инструкции	T _{max} ↑ на 60 мин. C _{max} ↓ от 18 до 50%	Прием высококалорийной пищи не влияет на фармакокинетику препарата
T _{1/2}	3–5 ч	17,5 ч	4–5 ч	12 ч
Селективность	ФДЭ-5 (пенис) 1:1 ФДЭ-6 (сетчатка) 1:10 ФДЭ-11 (сердце, гипофиз, гонады) 1:780	ФДЭ-5 (пенис) 1:1 ФДЭ-6 (сетчатка) 1:193 ФДЭ-11 (сердце, гипофиз, гонады) 1:5	ФДЭ-5 (пенис) 1:1 ФДЭ-6 (сетчатка) 1:4 ФДЭ-11 (сердце, гипофиз, гонады) 1:1160	ФДЭ-5 (пенис) 1:1 ФДЭ-6 (сетчатка) 1:700 ФДЭ-11 (сердце, гипофиз, гонады) – не ингибирует
Продолжительность действия	4 ч	36 ч	8–12 ч	24 ч

Таблица 2. Побочные эффекты при приеме ингибиторов фосфодиэстеразы (%) [11–13]

Побочные эффекты	Силденафил	Тадалафил	Варденафил	Уденафил
Боль в спине	0	6,5	0	нет данных
Миалгия	0	5,7	0	0
Дискомфорт в груди	0	0	0	5,4
Покраснение глаз	0	0	0	7,1
Заложенность носа	1,1	4,3	10	7,1
Головокружение	1,2	2,3	2	нет данных
Нарушение зрения	1,9	0	<2	0
Диспепсия	4,6	12,3	4	нет данных
Приливы	10,4	4,1	12	23,2
Головная боль	12,8	14,5	16	8,9

Лечение психогенной эректильной дисфункции

- Индивидуальная
 - Когнитивное реструктурирование — формирование реалистичных ожиданий и гибких установок в отношении сексуальности
 - Работа с травматическим опытом, тревожностью, социофобией
- Сексуальная терапия (партнерская)
 - Поведенческая терапия

Мифы о мужской потенции:

1. Всегда «должен хотеть»
2. Эрекция всегда должна быть отличной (вне зависимости от партнера, ситуации, самочувствия)
3. Неудача с эрекцией – признак серьезной болезни Импотенции
4. После ...-ка/у тех, кто курит/сидит за компьютером/смотрит порно импотенция неизбежна
5. Если начать принимать таблетки для потенции без них секс уже невозможен
6. Самое важное – «размер»
7. и пр

3. Оргазмическая дисфункция — Аноргазмия

- Аноргазмия характеризуется отсутствием или заметной нечастотью оргазма или заметно сниженной интенсивностью оргазмических ощущений.
- У женщин эта категория включает заметную задержку наступления оргазма, которая у мужчин будет диагностирована как задержка эякуляции.
- Паттерн отсутствия, задержки или уменьшения частоты или интенсивности оргазма возникает, **несмотря на адекватную сексуальную стимуляцию**, включая желание сексуальной активности и оргазма, происходит эпизодически или постоянно в течение периода не менее **нескольких месяцев** и связан с клинически значимым **дистрессом**.

Типы женского оргазма

- Коитальный [нормативный с физиологической точки зрения и адаптивный с партнерской]
 - Непосредственно в половом акте (включая позиции, способствующие стимуляции клитора)
 - В половом акте при необходимой стимуляции клитора
- Внекоитальный оргазм
 - Во сне
 - Случайный (непроизвольный, достигаемый при сильном эмоциональном воздействии)
 - Миотонический (миокомпрессионный)
 - Мастурбационный
 - Петтинговый

Устаревшее: Оргазм -

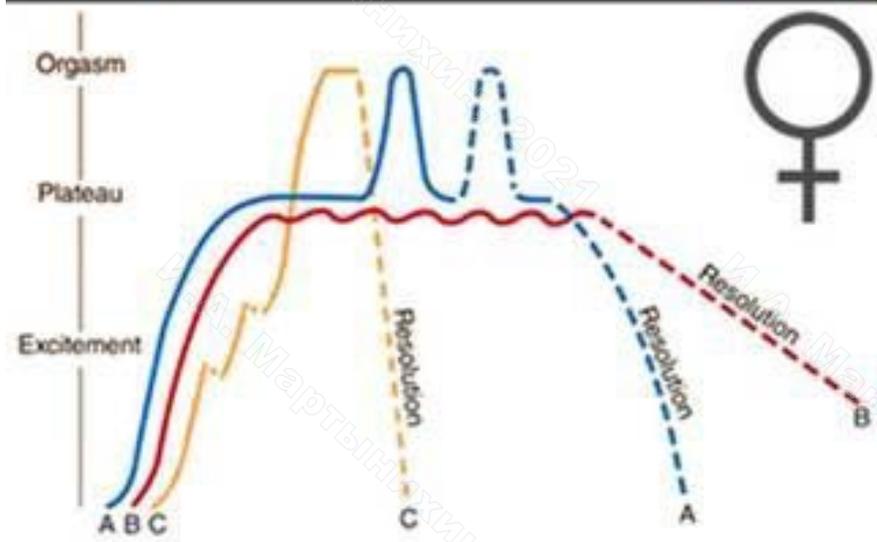
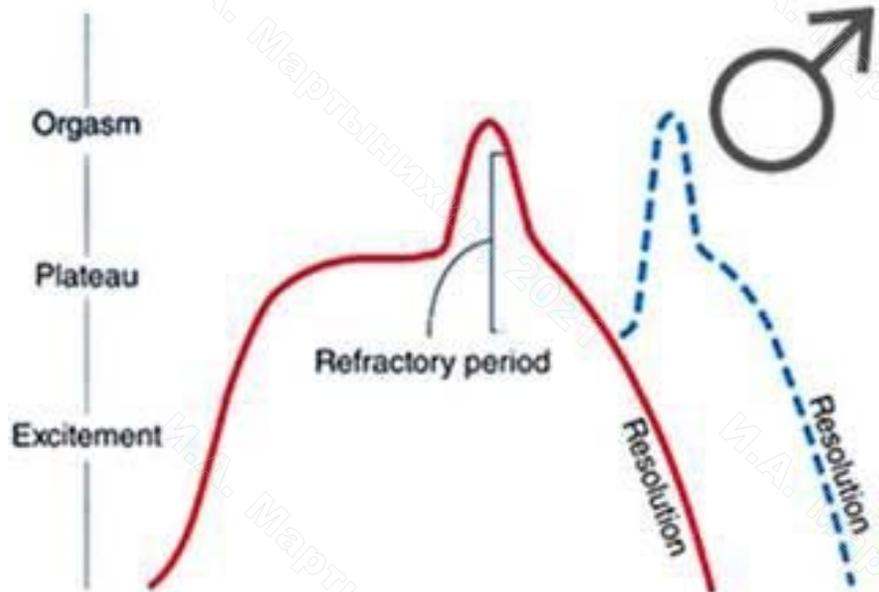
- Клиторный («неполноценный»)
- Вагинальный

В настоящее время: один оргазм – клиторный, т.к. клитор – аналог полового члена с соответствующей иннервацией и кровоснабжением, он – основная эрогенная зона, его стимуляция – основной источник возбуждения, приводящего к оргазму.

Реакция на стимуляции точки G (пятно Грефенбарга) – не тактильная чувствительность влагалища, а давление на структуры внутреннего клитора [Федорова А.И., 2020]

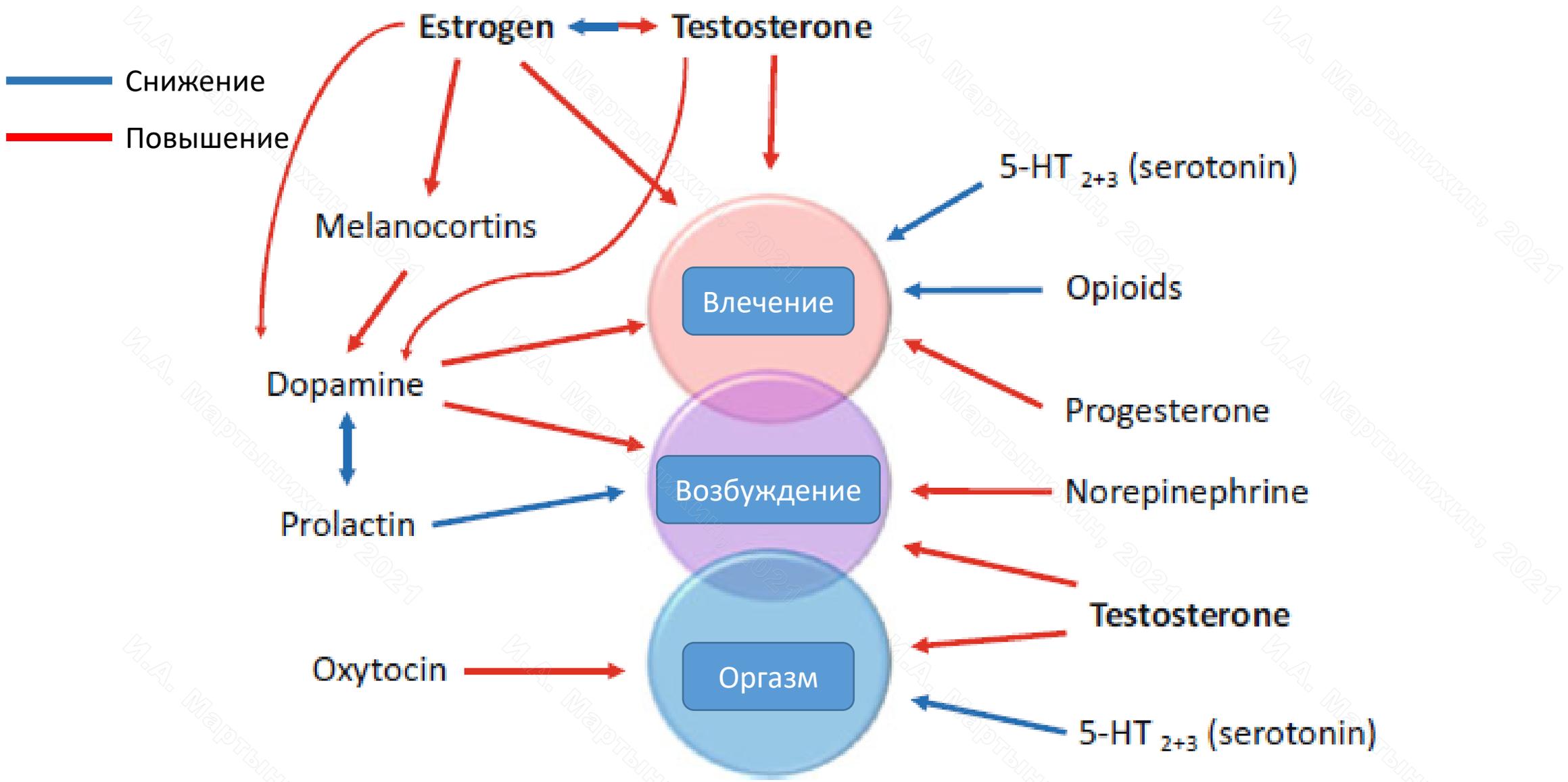
Аноргазмия:

- Аноргазмия в половом акте
- Абсолютная аноргазмия



Типы оргазмов у женщин по динамике:

- Однократный (пикообразный)
- Множественный
- Протяженный (волнообразный)



Vignozzi L., 2020

Fig. 2 Central effects of neurotransmitters and hormones on sexual functioning. (Adapted from Clayton 2007.) Red arrows indicate a stimulating effect and blue arrows an inhibitory effect

Психотерапия аноргазмии

- Индивидуальная
 - Когнитивное реструктурирование — формирование реалистичных ожиданий и гибких установок в отношении сексуальности, разъяснение физиология женского сексуального реагирования
 - Формирование телесного навыка оргазма (вибротерапия, мастурбационные практики), тренировка мышц влагалища (упражнение Кегеля с использованием обратной связи)
- Сексуальная терапия (партнерская)
 - Обучение говорить о своих сексуальных ощущениях, потребностях, слушать и понимать друг друга
 - Подбор техники полового акта (с большей стимуляцией клитора), упражнения

4. Эякуляторная дисфункция

МКБ-11 (2019):

- Преждевременная эякуляция
 - Ранняя эякуляция у мужчин характеризуется эякуляцией, которая **происходит до или в течение очень короткого промежутка времени** после начала вагинального проникновения или другой соответствующей сексуальной стимуляции, при отсутствии или слабом воспринимаемом контроле над эякуляцией.
 - Ранняя эякуляция происходит эпизодически или постоянно в течение по крайней мере нескольких месяцев и связана с клинически значимым дистрессом.
- Задержка эякуляции
 - Отсроченная эякуляция у мужчин характеризуется **неспособностью достичь эякуляции или чрезмерным или увеличенным латентным периодом эякуляции**, несмотря на адекватную сексуальную стимуляцию и желание эякулировать.
 - Проблема отсроченной эякуляции возникает эпизодически или постоянно в течение периода не менее нескольких месяцев и связана с клинически значимым дистрессом.

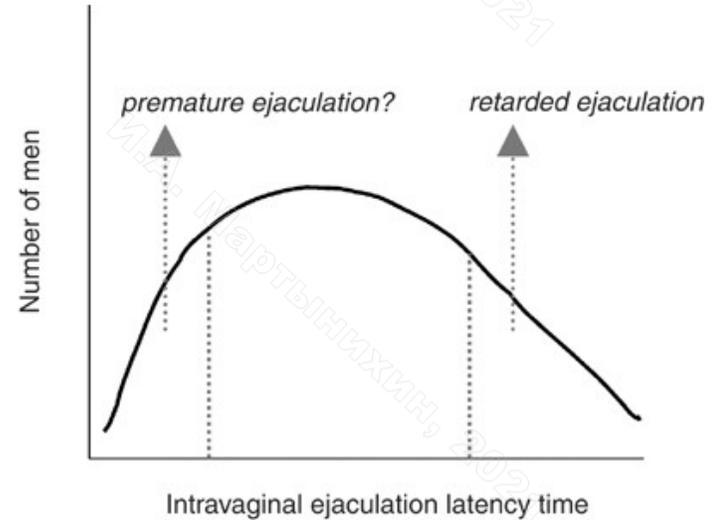
«Нормальная» длительность полового акта

- Международное эпидемиологическое исследование Waldinger M, 2005: средняя длительность — 5,4 минуты

Table 2 IELT values stratified by country, age, circumcision status, and condom use

Parameter	n	IELT (minute)		
		Median	Minimum	Maximum
Country				
Netherlands	90	5.1	0.5	33.0
Spain	82	5.8	2.3	15.3
Turkey	130	3.7	0.9	30.4
United Kingdom	119	7.6	1.7	42.3
United States	70	7.0	0.7	44.1
Age category (year)				
18–30	152	6.5	0.9	33.9
31–50	225	5.4	1.1	42.2
≥51	114	4.3	0.5	44.1
Circumcision*				
Yes	98	6.7	0.7	44.1
No	261	6.0	0.5	37.4
Condom use				
Never	350	5.1	0.7	44.1
Sometimes	141	5.7	0.5	33.9

* Data obtained from men in Turkey were excluded.
IELT, intravaginal ejaculatory latency time.



Опрос канадских и американских сексопатологов: По их мнению:

- среднее время гетеросексуального полового акта (коитуса) составляло 7 минут,
- 1-2 минуты — слишком короткий,
- 3 до 7 минут было достаточно
- 7 до 13 минут желательно,
- 13 до 30 минут — слишком долго (Corty, E. W.; Gardiani, J. M. (2008))

Сексуальные побочные эффекты антидепрессантов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина

- **Снижение сексуального влечения**
- **Аноргазмия**
- **Задержка эякуляции**

• => Лечение преждевременной эякуляции (СИОЗС, дапоксетин)

- Менеджмент сексуальных побочных эффектов при использовании СИОЗС:
 - Исключение влияния депрессии
 - Образование, снижение влияния других неблагоприятных факторов, психотерапия
 - Снижение дозы СИОЗС
 - «Лекарственные каникулы» (пропуск 1 дня)
 - «Антидоты»: бупропион, Виагра и пр.
 - Смена АД терапии (препараты двойного действия, например, милнаципран)

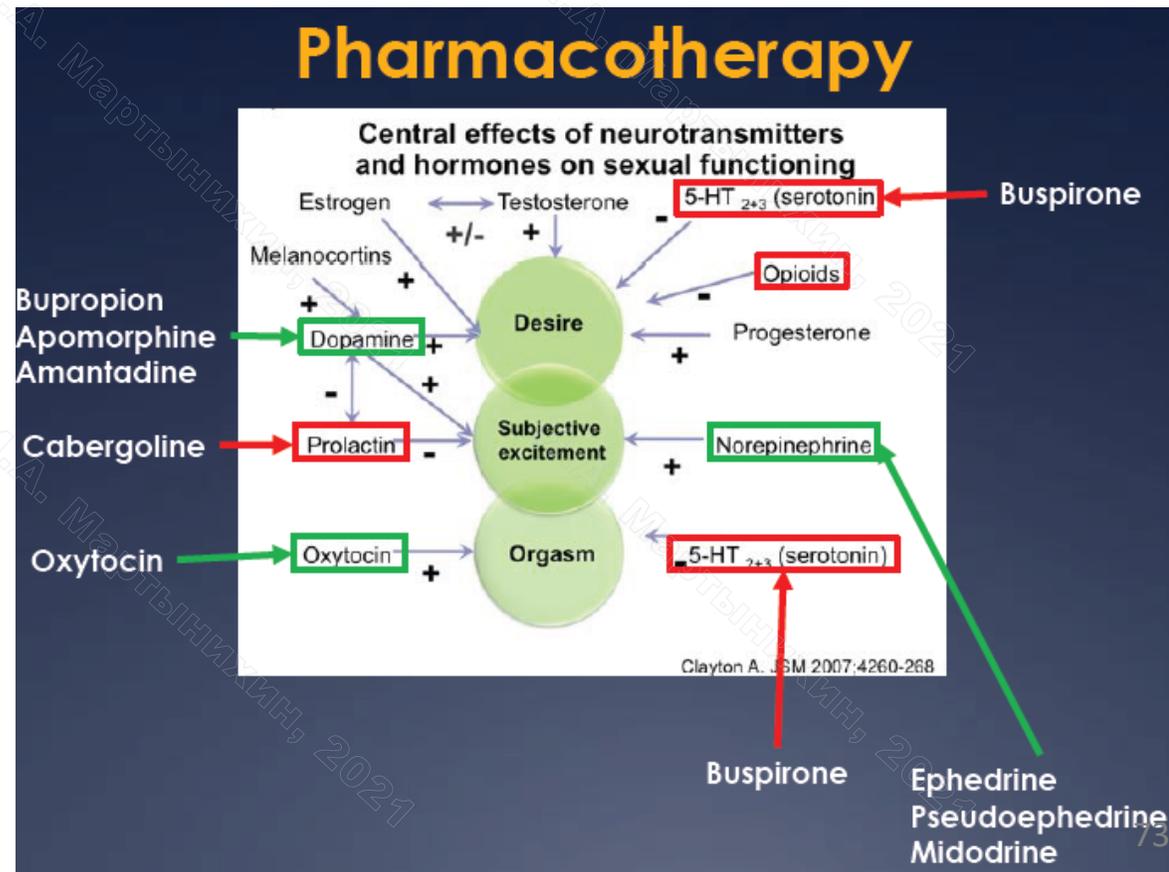
Лечение преждевременной эякуляции

- Психологические/поведенческие методы
 - Метод стоп-старт, сдавливания
 - Мастурбация перед половым актом
- Препараты для местной анестезии
 - Крем (презервативы) с лидокаином
- СИОЗС
 - Дапоксетин
 - Другие
- Ингибиторы фосфодиэстеразы 5 типа (?)

Лечение задержки эякуляции

- Психотерапия
- Медикаментозная:
 - Лечение дефицита тестостерона или избытка пролактина
 - Бупропион
 - Амантадин (антипаркинсоническое дофаминергическое и противовирусное средство)
 - Буспирон
 - Окситоцин
 - Имипрамин (ТЦА с α_1 -адренергической активностью)

[Abdel-Hamid 2016](#)



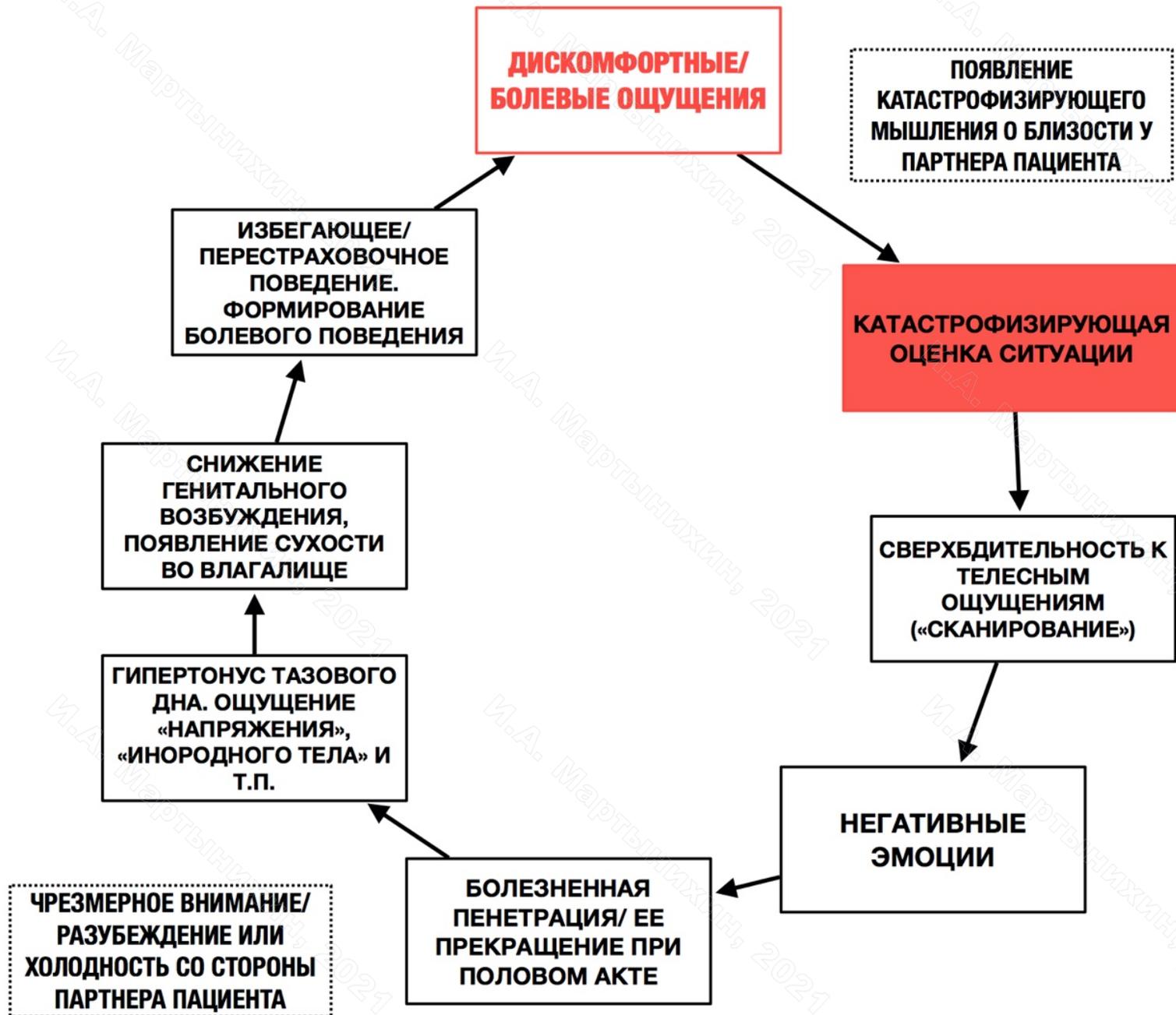
5. Сексуальные болевые расстройства

МКБ-11: Расстройство сексуальной боли-проникновения (Sexual pain-penetration disorder)

Расстройство сексуальной боли-проникновения характеризуется по крайней мере одним из следующего:

- 1) выраженными и постоянными или повторяющимися трудностями с проникновением, в том числе из-за непроизвольного сжатия или натяжения мышц тазового дна во время попытки проникновения;
- 2) выраженная и постоянная или повторяющаяся вульвовагинальная или тазовая боль при проникновении;
- 3) выраженный и постоянный или повторяющийся страх или беспокойство по поводу вульвовагинальной или тазовой боли в ожидании, во время или в результате проникновения.

Симптомы повторяются во время половых взаимодействий, включающих или потенциально связанных с проникновением, несмотря на адекватное сексуальное желание и стимуляцию, не полностью связаны с заболеванием, которое отрицательно влияет на область таза и приводит к генитальной и / или проникающей боли или к психическому расстройству, не полностью связано с недостаточной вагинальной смазкой или постменопаузальными / возрастными изменениями и связаны с клинически значимым расстройством.



По R. Basson, 2012, модификация А.И. Мелёхин

4. Половая идентичность и её
расстройства (гендерная
неконгруэнтность,
транссексуализм)

МКБ-11: Гендерная неконгруэнтность

- Гендерная неконгруэнтность подросткового и взрослого возраста характеризуется заметным и стойким несоответствием между переживаемым полом человека и биологическим полом, что часто приводит к:
 - желанию совершить «переход», чтобы жить и быть принятым как личность выбранного пола
 - с помощью гормонального лечения, хирургии или других медицинских услуг, привести тело в соответствие, насколько это желанно и насколько это возможно, с выбранного полом.
- Диагноз нельзя поставить до наступления половой зрелости. Сами по себе гендерно-вариативное поведение и предпочтения не являются основанием для постановки диагноза.

МКБ-11: Гендерная неконгруэнтность детского возраста

- Гендерная неконгруэнтность детского возраста характеризуется заметным несоответствием между переживаемым / выражаемым полом и биологическим полом у детей предпубертатного возраста. Это включает в себя
 - сильное желание быть человеком другого пола, чем биологический пол;
 - сильная неприязнь со стороны ребенка к его или ее сексуальной анатомии или появляющимся вторичным половым характеристикам и/или сильное желание основных и/или ожидаемых вторичных половых характеристик, которые соответствуют выбранному полу;
 - и воображаемые или фантазийные игры, игрушки, игры или занятия и товарищи по играм, которые типичны для опытного пола, а не для биологического пола.
- Несоответствие должно сохраняться около 2 лет. Сами по себе гендерно-вариативное поведение и предпочтения не являются основанием для постановки диагноза.

Гендерная идентификация

- биологический пол (во всей его совокупности — генетический, гонадный, гормональный, наружный и внутренний генитальный пол)
- гендерная идентичность (психологическая принадлежность к определённому полу, не обязательно совпадающему с биологическим полом)
- социальная гендерная роль (поведение индивида в обществе, соответствующее устоявшимся культурным нормам и традициям, предписывающим то или иное «типично мужское» или «типично женское» поведение)

В классификациях

- МКБ-10 (1990): транссексуализм
- DSM-5 (2013): гендерная дисфория
- МКБ-11 (2019): гендерная неконгруэнтность
 - Депаатологизация — вынесен за рамки психических расстройств, после смены пола диагноз должен сниматься (т.к. конгруэнтность достигнута)
- FtM — транс-мужчина, мужчина, родившийся женщиной
- MtF — транс-женщина, женщина, родившаяся мужчиной
- Небинарная гендерная идентичность/агендерность
- Мифы:
 - Сексуальная ориентация после гендерного перехода должна быть гетеросексуальной — приблизительно 40% остаются гетеросексуалами в отношении своего биологического пола
 - Стремятся к смене пола с проведением всех необходимых операций

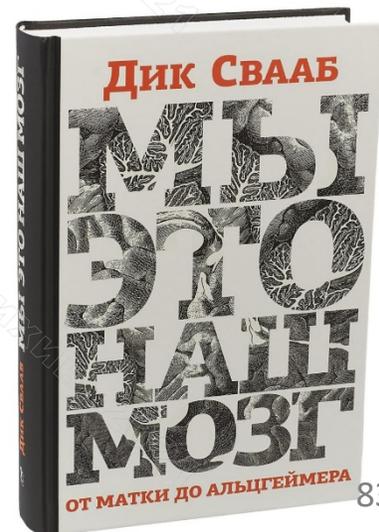




5. Сексуальная
ориентация/сексуальные
предпочтения и её нарушения
(парафилии)

Гомосексуализм – в настоящее время не относят к патологии в связи с:

- Изменением отношения к цели сексуальной жизни и понятию «извращения»:
 - 1886 г Крафт-Эбинг: «извращением – при существующей возможности естественного полового удовлетворения – необходимо **считать всякое проявление полового инстинкта, не соответствующее целям природы, т.е. размножению**»
 - В настоящее время: «Нормальное сексуальное поведение – **поведение, соответствующее возрастным и полоролевым онтогенетическим закономерностям данной популяции, осуществляемое в результате свободного выбора и не ограничивающее в свободном выборе партнера**» [Ткаченко А.А. «Сексуальные извращения – парафилии»].
- Обнаружением того, что гомосексуальность – врожденная особенность человека (примерно на 30% обусловлена наследственностью) [Roselli C., 2018] => гомосексуализмом «не заразиться» (не научиться) и от него «не излечиться»
- Изменением отношения к сопутствующим особенностям:
 - Свойственна гиперсексуальность => количество половых партнеров больше, чем у гетеросексуалов => риск передачи ЗППП был выше => в настоящее время в связи с появлением средств защиты – менее актуально
- Но гомосексуалисты могут подвергаться притеснениям в обществе, буллингу => может быть субъективный дискомфорт, частота самоубийств выше => важно формирование толерантного отношения



Парафилии в МКБ-11:

- Эксгибиционизм
- Вуайеризм
- Педофилия
- Принуждающий (насильственный) садизм
- Фроттеризм
- Другие парафилии, вовлекающие лиц без их согласия или вызывающие дистресс у субъекта
- Парафилическое расстройство, включающее одиночное поведение или согласие индивидов

Норма как отсутствие патологии

- **Патологией** в психиатрии считают **нарушения психических функций**, приводящие к:
 - **субъективному неблагополучию** (субъективно неприятным переживаниям)
- и/или
- **нарушению функционирования** (дезадаптации) **или социально неприемлемому поведению**

Эксгибиционистское расстройство

- характеризуется устойчивым, целенаправленным и интенсивным паттерном сексуального возбуждения, проявляющимся в постоянных сексуальных мыслях, фантазиях, побуждениях или поведении, которое включает в себя
 - **демонстрацию своих гениталий ничего не подозревающему человеку в общественных местах, обычно без приглашения или намерения более близкого контакта.**
- Кроме того, для того, чтобы диагностировать эксгибиционистское расстройство, человек должен действовать в соответствии с этими мыслями, фантазиями или побуждениями или быть сильно обеспокоен ими.
- Эксгибиционистское расстройство специально исключает согласованное эксгибиционистское поведение, которое происходит с согласия вовлеченного лица или лиц, а также социально санкционированные формы эксгибиционизма.

Вуайеристическое расстройство

- характеризуется устойчивым, целенаправленным и интенсивным паттерном сексуального возбуждения, проявляющимся в постоянных сексуальных мыслях, фантазиях, побуждениях или поведении, которое включает
 - **наблюдение за ничем не подозревающим человеком, который обнажен, в процессе раздевания или вступления в сексуальные отношения**
- Кроме того, для того, чтобы диагностировать вуайеристское расстройство, человек должен действовать в соответствии с этими мыслями, фантазиями или побуждениями или быть сильно обеспокоен ими.
- Вуайеристическое расстройство специально исключает согласованное вуайеристское поведение, которое происходит с согласия человека или лиц, за которыми наблюдают.

Педофильное расстройство

- характеризуется устойчивым, целенаправленным и интенсивным паттерном сексуального возбуждения, проявляющимся в постоянных сексуальных мыслях, фантазиях, побуждениях или поведении,
 - **с участием детей предпубертатного возраста.**
- Кроме того, для того, чтобы диагностировать педофилическое расстройство, человек должен действовать в соответствии с этими мыслями, фантазиями или побуждениями или быть сильно обеспокоен ими.
- Этот диагноз не распространяется на сексуальное поведение детей в пре- или постпубертатном возрасте со сверстниками близкого возраста.

Расстройство принуждающего сексуального садизма

- характеризуется устойчивым, целенаправленным и интенсивным паттерном сексуального возбуждения, проявляющимся в постоянных сексуальных мыслях, фантазиях, побуждениях или поведении, которое включает
 - **причинение физических или психологических страданий несогласному человеку.**
- Кроме того, для того, чтобы диагностировать расстройство сексуального садизма по принуждению, человек должен действовать в соответствии с этими мыслями, фантазиями или побуждениями или быть сильно обеспокоен ими.
- Расстройство принудительного сексуального садизма специально исключает сексуальный садизм и мазохизм по обоюдному согласию.

Фроттеристическое расстройство

- характеризуется устойчивым, сфокусированным и интенсивным паттерном сексуального возбуждения, которое проявляется в постоянных сексуальных мыслях, фантазиях, побуждениях или поведении, которое включает
 - **прикосновения или трение несогласного человека в людных общественных местах**
- Кроме того, для того, чтобы диагностировать фроттеристическое расстройство, человек должен действовать в соответствии с этими мыслями, фантазиями или побуждениями или быть сильно обеспокоен ими.
- Фроттеристическое расстройство, в частности, исключает прикосновения или трение по обоюдному согласию, которые происходят с согласия вовлеченного лица или лиц.

Другое парафилическое расстройство с участием несогласных индивидов

- характеризуется стойким и интенсивным паттерном атипичного сексуального возбуждения, проявляющимся в сексуальных мыслях, фантазиях, побуждениях или поведении, при котором в фокусе паттерна возбуждения
 - **участвуют те, кто не желает или не может дать согласие, но это конкретно не описано ни в одной из других категорий парафильных расстройств (например, паттерны возбуждения, связанные с трупами или животными).**
- Человек, должен действовать в соответствии с этими мыслями, фантазиями или побуждениями или быть сильно расстроен ими.
- Расстройство специально исключает сексуальное поведение, которое происходит с согласия вовлеченного лица или лиц, при условии, что они считаются способными дать такое согласие.

Парафилическое расстройство, включающее одиночное поведение или согласие индивидов,

- характеризуется стойким и интенсивным паттерном **атипичного** сексуального возбуждения, проявляющимся в сексуальных мыслях, фантазиях, побуждениях или поведении, которое включает в себя согласие взрослых или одиночное поведение.
- Должен присутствовать один из следующих двух элементов:
 - 1) человек сильно обеспокоен характером паттерна возбуждения (дистресс не является просто следствием отвержения или опасения отказа в связи с данным паттерном поведения других людей)
 - 2) природа парафильного поведения предполагает значительный риск травмы или смерти как для человека, так и для партнера (например, асфиксофилия).



Спасибо за внимание!

Мартынихин Иван Андреевич

Врач-психиатр, к.м.н.

Контакты: martyni.ru



РОССИЙСКОЕ
ОБЩЕСТВО
ПСИХИАТРОВ



Первый Санкт-Петербургский
государственный медицинский университет
имени академика И.П.Павлова