

О.В. Ромащенко, д.м.н., профессор, С.Н. Мельников, В.В. Билоголовская, И.Б. Билоголовский, М.Г. Тюнина,
ГУ «Институт урологии НАМН Украины», г. Киев

Оценка сексуального желания у женщин в гинекологической практике: возможности и перспективы

Клинические исследования по изучению сексуальных дисфункций у женщин немногочисленны, несмотря на их многообразие и распространенность. В противовес этому исследования, посвященные изучению сексуального здоровья мужчин, отличаются своей многомерностью и логической завершенностью.

Следует отметить, что большинство критериев оценки состояния сексуального здоровья у женщин ранее экстраполировалось на параметры, обоснованные при обследовании мужчин, что само по себе является рациональной, но потенциально отвлекающей стратегией, не учитывающей в полном объеме существующие половые различия. Эти гендерные нарушения определяют спектр сложностей в решении проблем при достижении сексуальной гармонии и сохранении сексуального здоровья пары.

Дефицит клинических наблюдений и научных обоснований в области женской сексологии объясняет наличие несистематизированных диагностических стандартов при исследовании данной патологии. Принятая в 1999 году ВОЗ нозологическая единица сексуальных дисфункций у женщин — FSD — является понятием ассоциативным. Эта обобщенная категория объединяет широкий спектр сексуальных нарушений у женщин: желания (FHSD), возбуждения (FAD), в достижении оргазма (FOD).

В настоящее время представляет интерес изучение состояния сексуального здоровья женщин в различных регионах мира с учетом влияния этнических традиций, культурного наследия, религиозных конфессий, ментальных групп. Все вышеперечисленное, как и многие другие факторы, влияет на особенности формирования мировосприятия и сексуальных традиций как общества в целом, так и отдельного человека.

При проведении в Швеции общенационального рандомизированного исследования по изучению сексуального здоровья женщин разных социальных групп установлено, что 33,0% обследованных пациенток отмечали снижение сексуального интереса намного раньше своих партнеров, у 43,0% установлена дисгармония половых отношений в семье и 87,0% подтвердили наличие сексуальных дисфункций различной степени и характера выраженности. Следует отметить, что большинство обследованных женщин хотели бы получить профессиональную консультацию в случае таких нарушений, поскольку связывали возможность продления молодости и общественной активности с сексуальным здоровьем [1].

При проведении сексологического опроса 1335 женщин разных возрастных групп в Скандинавских странах снижение сексуального желания отмечено у 1068 (80,0%) обследованных, причем максимальная частота этой сексуальной дисфункции установлена среди женщин в пре- и постменопаузе [2].

Исследования, проведенные во Франции, показали, что у пациенток,

страдающих аноргазмией и диспареунией, в 60% случаев первоначально наблюдалось снижение сексуального желания [3].

При проведении комплексного, в том числе сексологического, обследования 1197 женщин разных возрастных групп в Украине у 45,9-71,9% отмечено снижение желания. Частота сексуальной дисфункции с возрастом увеличивалась и коррелировала с фактором стресса, экономической нестабильности, неблагополучия в семье и обществе, гинекологическими и соматическими нарушениями [4].

Мы в очередной раз убеждаемся в том, что в отличие от классической медицины, где причинность и следствие имеют линейную последовательность, в сексологии преобладает круговая модель взаимосвязей и взаимовлияния. Каждый причинный фактор непосредственно отражается на последующих изменениях, включая пациента в порочный круг причинно-следственных взаимоотношений.

В настоящее время во многих, особенно экономически развитых, странах доминирует проблема одиночества, что влечет за собой возможность случайных половых отношений, различный спектр нарушений сексуального здоровья. При этом сексуальные дисфункции могут быть сопряжены с целым рядом психосоматических нарушений, возникать на фоне приема различных фармакологических препаратов (антидепрессантов, гипотензивных, кардиотропных средств), являться результатом социального неблагополучия.

Как показал сравнительный анализ нарушений сексуального здоровья мужчин и женщин, у последних отмечена большая предрасположенность к возникновению сексуальных дисфункций. При этом женские сексуальные дисфункции в сравнении с мужскими более «логичны и адаптированы к реальности» [5, 6]. Важно учитывать предпосылки возникновения FSD, а именно:

— факторы, негативно повлиявшие на сексуальный опыт, особенно в дебюте половых отношений;

— факторы, способствовавшие закреплению негативного сексуального опыта в подсознании;

— негативное влияние на сексуальную функцию нарушений психосоматического состояния, последствий хирургического или медикаментозного лечения.

Согласно Международной статистической классификации болезней (ICD) у женщин различают сексуальные дисфункции органической и психогенной природы. Однако точное разделение этиологических факторов сексуальных дисфункций затруднено, поскольку

это, как правило, единение каскада изменений психосоматического, эндокринного, иммунологического характера. По мнению Карла Штифтера, сексуальная функция — это единение сознания и тела [7]. Потому дисгармония половых отношений между партнерами всегда лежит в основе сексуальных дисфункций, а не наоборот.

Сексуальный ответ женщины на любую стимуляцию может быть предопределен множеством причин. Именно положительный сексуальный ответ на сексуальную прелюдию называется графикацией. Готовность быть восприимчивой к любым сексуальным стимулам в соответствующем контексте характеризует степень потенциального сексуального возбуждения, состоящего как из субъективного волнения, так и физической ответной реакции.

Целый комплекс факторов оказывает непосредственное влияние на внутреннюю трансформацию сексуальных стимулов, проявляющихся различной степенью сексуального желания и сексуального возбуждения [8-10].

Сексуальное желание, которое состоит из врожденных и приобретенных компонентов, предшествует сексуальному возбуждению и воспринимается в неразрывной связи с понятием любви.

Условно желание можно сравнить с системой составляющих, предопределяющих в воображении удовольствие, на которое можно рассчитывать в реальности. Желание — это своего рода связующее звено между воображением и существующей реальностью. Прогноз воображаемого удовольствия наслаивается на первые впечатления подобного рода, позволяющие ожидать именно такую гамму переживаний.

Магия первого чувства, сопряженного с сексуальным интересом и эмоциями первоначальных отношений между мужчиной и женщиной по истечении времени сохраняется в исключительных случаях. Поэтому возможность продления неповторимости первых эмоциональных эффектов, являющихся значительным стимулом сексуального желания, способствует продлению ярких сексуальных переживаний и сохранению гармонии в отношениях пары.

По мнению Мастера и Джонсона, желание может быть предопределено проще, если сослаться на график траектории сексуальных реакций в течение сексуальной активности. Именно воображаемое желание из истоков памяти предшествует и сопровождает подъем возбуждения до оргазма. Оно определяет интенсивность и длительность половых взаимоотношений, сексуальный подъем [11].

Так, при избыточном желании фаза сексуального возбуждения может быть



О.В. Ромащенко

слишком жесткой, а при снижении или отсутствии его — недостаточной, что в любом случае негативно сказывается на гармонии половых отношений.

При формировании сексуального желания, предопределяющего сексуальный ответ, следует учитывать ряд факторов:

— внутреннее состояние пациентки и компоненты, предопределяющие его;

— влияние внешних факторов на формирование системы сексуального ответа;

— степень возможности или недоступности формирования сексуального ответа в зависимости от психофизиологических составляющих.

Сексуальное желание — составляющая часть сексуального возбуждения, возникновение которого обусловлено стимулами сексуального значения. Оно потенцируется или подавляется в зависимости от степени сексуальных проявлений партнера. В данном случае мы убеждаемся в неповторимости сексуальных взаимоотношений мужчины и женщины, так как в реализации сексуальной функции принимает участие каждый из них.

Сексуальное возбуждение проявляется тогда, когда при совокупности сексуальных стимулов достигается адекватная ответная сексуальная реакция. Возникновение сексуального желания, переходящего в возбуждение, является результатом ассоциативной обработки информации особого вида, и во многих случаях сексуальный пустковой стимул до конца не понятен. Преимущественно ответная сексуальная реакция формируется автоматически с наслаениями перенесенных переживаний, возникших на разных возрастных этапах. Здесь необходимо учитывать первые сексуальные впечатления и ассоциации, первый сексуальный опыт, сложившиеся традиции сексуальных взаимоотношений, экстраполированные в общих проявлениях личности, что может быть отнесено к непосредственным стимулам сексуального желания.

Учитывая широкий диапазон восприятия непосредственного сексуального желания, преимущественно не зависящего от сознательного восприятия женщины (влияние приобретенного опыта в течение сексуальной жизни, которое проявляется сексуальным возбуждением при его возникновении), остается необъяснимым, почему у любой женщины при неизменной системе обстоятельств может наблюдаться снижение сексуального желания (HSDD) [12-14].

Снижение сексуального желания у женщин имеет следующие определения:

1) постоянный или временный недостаток сексуальных фантазий и желания сексуальной деятельности, что является основной предпосылкой трудностей межличностных отношений партнеров (Американская ассоциация психиатров – DSM-IVTR) [15];

2) потеря сексуального желания как первичная причина сексуальных нарушений различного характера (Международная классификация болезней и диагнозов – ICD-10);

3) недостаток или отсутствие стойких и повторяющихся фантазий сексуального содержания, связанных с желанием сексуальной активности.

Необходимо учитывать важность возрастных особенностей и физиологических изменений, оказывающих как косвенное, так и непосредственное воздействие на гамму сексуальных переживаний и силу желания женщины. Так, во время беременности и после рождения ребенка наблюдается деликатный этап сексуальных взаимоотношений в жизни пары. Женщина в до- и послеродовом периоде, учитывая особенности гормонального климата, может частично или полностью утратить сексуальное желание, переживая период «сексуального блюза». В силу разных причин этот период может быть достаточно длительным, что в дальнейшем может послужить стартом для развития сексуальной дисгармонии пары.

С учетом всех возрастных и циклических изменений в организме женщины особенности желания (либидо) зависят от уровней гормонов (андрогенов и пролактина) в крови. Тестостерон условно обозначают как гормон желания у мужчин и женщин. Учитывая то обстоятельство, что уровень тестостерона в крови у мужчин в норме находится в пределах от 3,0 до 10,0 нг/мл, а у женщин – от 0,2 до 0,8 нг/мл, именно мужчины более «вооружены» по отношению к желанию по сравнению с женской половиной. Тестостерон, ответственный за активацию сексуального поиска, оказывает непосредственное воздействие на мозговые структуры, а также на определенные нейроны спинного мозга. Однако понимание этих механизмов требует глубокого научного анализа и далеко от совершенства.

В течение менструального цикла наблюдается два пика тестостерона: один в фолликулиновой фазе, другой – в лютеиновой, что и объясняет «взрыв» сексуального желания во время овуляции и за несколько дней до менструации, после завершения фазы латентной активности тестостерона.

Антагонистом сексуального желания является гормон передней доли гипофиза – пролактин. До настоящего времени нет точных сведений о механизмах влияния пролактина на угнетение сексуального желания. Существует предположение о возможности ингибирования активности тестостерона этим гормоном и подавлении продукции дофамина.

Пролактин и дофамин являются антагонистами: при повышении концентрации в крови одного гормона концентрация другого, соответственно, уменьшается. Дофамин оказывает тормозящее действие на выработку гипофизом пролактина. Гиперпролактинемия может свидетельствовать о дефиците дофамина. В то же время дофамин

является нейротрансмиттером активации в тесном взаимодействии с тестостероном и гонадолиберинном, влияет на стимуляцию сексуальной активности, сексуального желания и возбуждения. При повышении уровня пролактина в крови эта активация выключается.

Учитывая взаимосвязь влияния гормонов на формирование сексуальных реакций у женщины в разные фазы менструального цикла, а также возрастные изменения, необходимо осознавать роль эстрогенов и прогестерона. Эстрогены, преобладающие в первой фазе менструального цикла, положительно влияют на проявления сексуальной привлекательности женщины. Они обеспечивают трофические изменения со стороны гениталий, достижение полноценной лубрикации во время возбуждения, изменения в молочных железах. Существует образное определение, сравнивающее эстрогены с самым «сильным макияжем», обеспечивающим привлекательность и красоту женщины, что является вдохновляющей доминантой для мужчины и благодаря эффекту бумеранга непосредственным сексуальным стимулом для самой женщины.

Прогестерон – гормон желтого тела, вырабатываемый во второй фазе цикла – вступает в активное действие в поле предварительных изменений, произведенных эстрогенами. Именно в это время отмечается снижение либидо. Следует отметить, что у беременных женщин на фоне повышенной концентрации прогестерона (гормона беременности) наблюдается снижение сексуального желания. Во вторую фазу менструального цикла прогестерон оказывает антиандрогенное действие. Однако за несколько дней до менструации с пунктуальной точностью у женщины возобновляется половое влечение.

У пациенток, перенесших хирургическое лечение (гистерэктомию, удаление придатков), желание может сохраняться в силу не утраченной способности к продукции андрогенов надпочечниками, в интракринальных тканях из предшественников тестостерона. Сексуальная активность при этом может еще длительное время не изменяться благодаря сексуальной памяти, и, как отметил J. Vansent: «Ее желание отдохало больше в ее памяти, чем в ее гормональных пределах». Память о достижении полового удовольствия является важной доминантой в формировании желания у женщин.

Эта констатация также важна при понимании механизма формирования сексуальных дисфункций супружеской пары, появляющихся, например, в ответ на более или менее вынужденное воздержание от сексуальной активности, связанное со смертью одного из супругов, разводом, несчастным случаем, длительным заболеванием и т.д. При этом возникает состояние потери сексуальной памяти, иногда сохраняющееся в течение длительного периода воздержания.

В этой связи сексуальная активность является наилучшим стимулом сексуального желания, и она пропорциональна степени нарастающего сексуального желания.

Природа потери сексуального желания у женщин мультифакторна (функционально-физиологическая, социальная,

внутрисемейная, межличностная и т.д.). Общеизвестно, что любые соматические и гинекологические нарушения могут негативно влиять на сексуальное желание. Соматические расстройства способствуют длительному половому воздержанию и развитию дефекта памяти желания. Так, депрессия любого содержания – одна из наиболее частых причин нарушения сексуального здоровья женщины, проявляющегося снижением либидо.

В настоящее время активно изучается влияние различных контрацептивов на сексуальное желание женщин. Остается нерешенным вопрос об изменении либидо на фоне применения современных оральных контрацептивов (ОК). Имеются данные, свидетельствующие о повышении уровня глобулина, связывающего половые стероиды у женщин, использующих ОК, что негативно сказывается на либидо [16]. С другой стороны, назначение ОК сопряжено с увеличением инициации половой близости у 30,0% женщин и формированием «условно физиологического ритма сексуального желания» [17]. Более того, использование современных контрацептивов избавляет женщину от страха незапланированной беременности, способствует достижению гармонии половых взаимоотношений партнеров. Можно предположить, что в случае снижения либидо на фоне приема ОК необходимо рекомендовать препараты с наименьшим прогестиновым влиянием.

Следует также помнить о возможности достижения гиперпролактинемии и снижения продукции андрогенов на фоне приема различных препаратов (резерпина, галоперидола, метилдофы, домперидона, а также других препаратов в первом случае и триптолина, кетоканазола, спиролактона, бета-блокаторов, гипотензивных средств центрального действия – во втором), а значит, и снижения сексуального желания.

К особой группе препаратов, негативно влияющих на либидо, могут быть отнесены антидепрессанты. Биохимическая сложность сексуальных реакций делает их очень чувствительными к побочным действиям препаратов данной группы. Так, сексуальному возбуждению предшествует реакция неспецифического возбуждения, которая обеспечивается при участии дофамина. Именно эта реакция отсутствует при депрессивных состояниях. Сексуальное возбуждение само по себе требует состояния сознания, измененного в парасимпатическом влиянии (при воздействии ацетилхолина – нейротрансмиттера сексуального возбуждения), которое сопряжено с проявлениями лубрикации и подавляется при стрессе.

Мы живем в эпоху экономического кризиса и профессиональных перегрузок, ускоренного ритма жизни. Иногда общественный успех, карьерное благополучие вытесняют из жизни естественные человеческие ценности, отождествляющиеся с понятиями радости и счастья. Общеизвестно, что переутомление, профессиональные нагрузки, карьерные трудности, нестабильность материального положения способствуют нарушению сексуальной гармонии пары и негативно сказываются на повторяемости интимных отношений.

Интимность – это эмоциональное пространство между партнерами,

общение, эмоциональный обмен, хрупкое и очень сильное, в зависимости от сложившихся традиций и духовного источника, единение. При сформировавшемся блоке психосоциальной, эмоциональной модели интимных отношений из-за недостаточного сексуального влечения к партнеру возникает «сексуальное бегство»: отдается предпочтение внебрачным отношениям, мастурбации, многочисленным или случайным анонимным отношениям, подсознательно избегается риск эмоционального взрыва. Сексуальность в таких случаях становится полем битвы пары, а сексуальные конфликты – основой взаимных обвинений. Невысказанные эмоции усугубляют кризис межличностных отношений и степень сексуальной дисгармонии, снижают сексуальное желание.

В подобных случаях необходимо проводить работу с парой, раскрывая степень и причину межличностного конфликта, избавляя от агрессивности и нормализуя общение.

Таким образом, оценка состояния сексуального желания у женщин должна проводиться в многомерном пространстве с учетом множества компонентов и их взаимосвязей в гинекологической практике. При этом необходимо выделять индивидуальные и возрастные особенности, гинекологические нарушения, психологические факторы, которые могут способствовать возникновению сексуальных трудностей. Следует в равной степени оценивать участие мужчины и женщины в реализации сексуальных желаний, поскольку соблюдение гендерных соотношений при этом позволит достичь гармонии во взаимоотношениях пары.

Литература

1. Fugl-Meyer A.R., Sjogren Fugl-Meyer K. Sexual disabilities, problems and satisfaction in 18 to 74-year-old Swedes // *Scand. J. Sexology.* – 1999. – Vol. 2 (2): p. 79-105.
2. Kontula O., Haavio-Mannila E. Sexual pleasures. Enhancement of sex life in Finland // *Alderhot. Dartmouth.* – 1998. – P. 1971-1992.
3. Basson R., Berman J., Burnett A., Derogatis L., Ferguson D., Fourcroy J. et al. Report of the International Consensus Development Conference on Female Sexual Dysfunction: definitions and classifications // *J Urol.* – Vol. 163. – 2001. – 888 p.
4. Romashchenko O., Melnikov S. The sexual health of women in Ukraine. *J Sex Med.* – 2005. – Suppl. 1. – Vol. 2. – P. 78.
5. Bancroft J., Loftus J., Long J.S. Distress about sex: A national survey of women in heterosexual relationships // *Arch. Sex. Behav.* – 2003. – Vol. 32. – P. 193-211.
6. Barber M., Visco A.G., Wyman J.F., Fantl J.A., Bump R.C. Sexual function in women with urinary incontinence in pelvic organ prolapse // *Obstet. Gynecol.* – 2002. – Vol. 99. – P. 281-289.
7. Карл Ф. Штифтер. Сексология вагинального оргазма. – Вена, 2005. – 236 с.
8. Basson R. Human sex response cycles // *J. Sex. Marital. Ther.* – 2001. – Vol. 27. – № 1. – P. 33-43.
9. Tolman D.L., Diamond L.M. Desegregating sexuality research: Cultural and biological perspectives on gender and desire // *Annu. Rev. Sex. Res.* – 2001. – Vol. 12. – P. 33-74.
10. Everaerd W., Laan E., Both S., Van Der Velde J. Female sexuality. In: Szuchmann L.T., Muscarella F. (eds). *Psychological perspectives of human sexuality.* – New York: John Wiley & Sons Inc., 2000.
11. Master W., Johnson V. «Human sexual response», Boston: Little, Brown & Co, 1966.
12. Maravilla K.R., Heiman J.R., Garland P.A., Cao Y., Carter W.O., Peterson B.T., Weisskoff R.M. Dynamic MR imaging of the sexual arousal response in women // *J. Sex. Marital. Ther.* – 2003. – Vol. 29. – Suppl. 1. – P. 71-76.
13. Galyre K.T., Conaglen H.M., Hare A., Conaglen J.V. The effect of gynecological surgery on sexual desire // *J. Sex. Marital. Ther.* – 1999. – Vol. 25. – P. 81-88.
14. Cawood E.H.N., Bancroft J. Steroid hormones, the menopause, sexuality and well being of women // *Psychol. Med.* – 1996. – Vol. 26. – P. 925-936.
15. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, 4th Ed. Washington, DC: American Psychiatric Press, 2000.
16. Panzer C., Wise S., Fantini G., Kang D., Munarri R., Guay A., Goldstein I. Impact of oral contraceptives on sex hormone-binding globulin and androgen levels: A retrospective study in women with sexual dysfunction // *J. Sex Med.* – 2006. – Vol. 3. – P. 104-113.
17. Yuzpe A. Oral contraception: trends over time // *J. Reprod. Med.* – 2002. – Vol. 47. – P. 967-973.