

# Формирование расстройств оргазма

**Г.С. Кочарян**

Харьковская медицинская академия последипломного образования

**В статье приведены факторы, связанные с заболеваниями, последствиями оперативных вмешательств и травм, воздействием медикаментозных препаратов и наркотических средств, психопатологические, физиологические факторы, факторы психологической и социальной природы, которые могут оказывать влияние на формирование расстройств оргазма у мужчин и женщин.**

**Ключевые слова:** расстройства оргазма, формирование, факторы, мужчины, женщины.

Существуют факторы различной модальности, способные приводить к возникновению оргастических расстройств. У. Мастерс и соавторы [12] сообщают, что аноргазмия может быть связана с органическими причинами менее чем в 5% случаев. Задачей данной статьи является анализ различных факторов, которые могут участвовать в формировании расстройств оргазма.

## Заболевания, последствия оперативных вмешательств и травм

Среди заболеваний, которые могут блокировать оргазм, могут быть диабет (диабетическая нейропатия), алкоголизм, наркомания, нервные заболевания, в частности, рассеянный склероз, опухоли спинного мозга, последствия инсульта, эндокринопатии (гипогонадизм; дисфункция щитовидной железы, проявляющаяся как гипотиреозом, так и гипертиреозом; дисфункция надпочечников; гиперпролактинемия) [12, 15, 19, 24, 26, 32, 33, 35, 38].

Также в качестве причин оргастической дисфункции называют вульвовагинальную атрофию, которая характеризуется следующими симптомами: сухость влагалища, зуд и боль; хроническая тазовая боль, например обусловленная эндометриозом; инфекции и нарушения кровообращения в тазовой области [12, 19, 33, 38].

Причинами расстройств оргазма могут быть «конституциональная слабость оргастической способности» [38] и слабость у женщин лобково-копчиковой мышцы [21]. Следует помнить о том, что переживание оргазма во многом связано с головным мозгом, поэтому его поражение может быть значимым фактором в генезе расстройств оргазма. Также необходимо отметить, что быстро наступающий оргазм у женщин может быть следствием синдрома парацентальных долек [1].

Среди органических причин расстройств оргазма, которые обусловлены операциями и травмами, называют травмы и послеоперационные рубцы в тазовой области, повреждение тазового нерва при радикальной гистерэктомии, травмы спинного мозга [12, 19, 26]. С аноргазмией также связывают заболевания сердца и почек [23].

Вопрос сексуальной жизни после гистерэктомии стал предметом обсуждения в публикации, представленной в интернете [2]. Отмечается, что существуют оптимисты, которые уверены в отсутствии влияния удаления матки и ее шейки на сексуальность. Пессимисты же, напротив, считают, что у большинства женщин, которые перенесли гистерэктомию, развивается послеоперационный синдром, сопровождающийся депрессией и полной потерей сексуального влечения. Согласно опросам, только 4% женщин заявили, что их самочувствие после операции ухудшилось, но в большинстве таких случаев речь шла о

тех, у кого и раньше наблюдалось подобное. Отмечается, что настроен на операцию и собственная установка женщины во многом определяют то, какой будет ее половая жизнь после удаления шейки или тела матки. Если существует уверенность и боязнь, что в результате операции она утратит свою женственность и сексуальное влечение, а партнер потеряет к ней интерес, то, скорее всего, после операции количество сексуальных проблем у нее возрастет. Однако если принять во внимание тот факт, что до операции у этих женщин отмечали кровотечения, болезненность при половом акте, недержание мочи, которые ликвидируются после операции, то вырисовывается совершенно иная картина.

Практически 100% женщин, у которых сексуальная активность была до гистерэктомии, сохраняют ее и после операции. В соответствии с опросами, 80% из них в течение 2 мес после операции восстанавливают свои сексуальные отношения. В первое время ощущается определенный дискомфорт. Вопрос о возможности возобновления женщиной половой активности решается после обследования, которое проводит гинеколог через месяц после операции. Визуальный осмотр должен подтвердить, что повреждения на задней стенке влагалища уже полностью зажили и ее сексуальная жизнь может возобновиться. Естественно, что при первых попытках болезненные явления еще могут присутствовать. Проблема «сухого влагалища» после удаления матки обычно психологически детерминирована. Если гистерэктомия сочеталась с удалением яичников, которые продуцируют эстрогены, то сухость влагалища может объясняться с этим фактором. «Более 75% женщин, перенесших операцию по удалению матки, утверждают, что интенсивность их сексуального влечения осталась прежней, секс после операции остался на том же качественном уровне. Двадцать процентов отмечают, что почувствовали значительное повышение либидо – скорее всего, это связано с общим улучшением здоровья после устранения оперативным путем причины дискомфорта, а также с отменой необходимости применения контрацепции. Остальные 5% почувствовали, что половая жизнь стала интересовать их гораздо меньше. Практически все эти женщины перенесли операцию по удалению шейки матки, самой матки и яичников. Причина в том, что тестостерон, один из самых активных андрогенов, у женщин образуется именно в яичниках. Резкое падение уровня тестостерона после удаления яичников снижает половое влечение» [2]. (У женщин тестостерон образуется в яичниках и надпочечниках. – Прим. автора).

В цитируемой публикации отмечается, что многим женщинам после гистерэктомии половой акт начинает приносить даже больше удовольствия, чем до нее. Чаще всего это связано с тем, что в период до операции сексуальные отношения сопровождались дискомфортом и болезненными ощущениями. Подавляющее большинство пациенток продолжает испытывать как «клиторальный», так и «вагинальный» оргазм. Только 4% женщин заявляют о том, что характер оргазма изменился, и получение удовольствия стало проблемой. Это связывают с особенностями получения оргазма отдельными женщинами, которые нуждаются в стимулировании шейки матки при глубоком проникновении полового члена [2].

В данной публикации приведены интересные статистические данные. В одной из европейских стран обследовали более 1000 женщин в возрасте от 35 до 50 лет, перенесших гистерэк-

Таблица 1

**Психотропные препараты, подавляющие оргазм у женщин**

<b>Трициклические антидепрессанты</b>
– имипрамин
– кломипрамин
– нортриптилин
<b>Ингибиторы моноаминоксидазы</b>
– транилципромин
– фенелзин
– изокарбоксазид
<b>Антагонисты дофаминовых рецепторов</b>
– тиоридазин
– трифлуоперазин
<b>Ингибиторы обратного захвата серотонина</b>
– флуоксетин
– пароксетин
– сертралин

томию. Результаты получились неожиданными. Так, «число активно занимающихся сексом среди них выросло на 10%. До операции оргазм испытывали 63% пациенток, а после удаления матки их число выросло до 72%. Количество женщин, которые утверждали, что испытывают сильный оргазм или мультиоргазм, увеличилось с 45% до 56%. До операции на болезненные ощущения во время секса жаловались 40% женщин, после операции – лишь 15%» [2].

**Медикаментозные препараты и наркотические средства**

Расстройство оргазма могут быть следствием использования нейролептиков (антипсихотиков) из группы фенотиазинов (трифторпиразин [стелазин]), антидепрессантов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (флуоксетин [прозак], пароксетин [Paxil], сертралин [Zoloft], тразодон [триттико], который также относится к атипичным антидепрессантам, и др.), трициклических антидепрессантов (таких, как доксепин [Sinequan], протриптилин [вивактил] и кломипрамин), антидепрессивного препарата фенелзин, который является мощным ингибитором моноаминоксидазы, транквилизаторов, гипотензивного препарата метилдопа (альдомет), тиазидных диуретиков, калийсберегающего диуретика спиронолактон (альдактон) и бета-блокаторов (таких, как пропранолол [анаприлин]), а также развиваться в результате злоупотребления алкоголем и наркотиками (амфетамины, кокаин и др.) [12, 15, 19, 22, 25, 26, 29, 31, 32, 35, 36, 38]. Считается, что амфетамины в небольших дозах усиливают сексуальную реактивность, а в высоких дозах или при длительном употреблении оказывают противоположное действие.

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

М.А. Ярхауз и Э.С. Тэн [15] обращают внимание на тот факт, что существенное влияние на сексуальное функционирование оказывают некоторые нейролептики (антипсихотики), способные вызвать паркинсонизм как побочный эффект), в частности из класса фенотиазинов (хлорпромазин, флуфеназин и тиоридазин). Новые антипсихотики, такие, как клозапин, оланзапин и рисперидон, напротив, оказывают слабое или умеренное воздействие на половую функцию. Также они сообщают, что атипичные антидепрессанты, такие, как бупропион, тразодон, нефазодон оказывают меньшее влияние на сексуальное функционирование, чем трициклические антидепрессанты и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, влияние которых существенно. (Тразодон [триттико] применяется при расстройствах либидо и эрекции. – Прим. автора.).

В подавляющем большинстве у мужчин расстройства оргазма связаны с нарушениями эякуляции (ретардированная эякуляция, анэякуляция). Причины, обуславливающие эти нарушения, подробно представлены в монографии «Расстройства эякуляции и их лечение» [10]. Так, в ней сообщается, что вызывать рассматриваемые сексуальные нарушения могут биогенные факторы, такие, как лекарственная терапия, инфекционно-воспалительные процессы в предстательной железе и примыка-

ющих половых железах. Также в этой монографии называются такие факторы, как повреждение нервов полового члена, а в качестве фармакологических препаратов, приводящих к данным сексуальным расстройствам, – психотропные средства (например, нейролептики и антидепрессанты) и антигипертензивные лекарства. Сообщается, что антигипертензивные средства октадин (guanethidine monosulfate) и метилдопа, а также фенотиазины, относящиеся к нейролептикам, играют роль в задержке эякуляции [4].

Соматическими причинами истинной анэякуляции, согласно Рекомендациям Европейской ассоциации урологов (2001 г.) [13], могут быть нарушения центральной нервной системы или токсическое влияние лекарственных препаратов и алкоголя (табл. 2). Среди причин, приводящих к нейрогенной анэякуляции, называют повреждение спинного мозга и конского хвоста, ретроперитонеальную лимфаденэктомию, оперативные вмешательства на подвздошных артериях и толстом кишечнике, рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, вегетативную нейропатию, сахарный диабет. Медикаментозная анэякуляция может обуславливаться применением антигипертензивных и антипсихотических средств, а также антидепрессантов.

А.П. Журавель [3] отмечает, что при исследовании больных с поражением спинного мозга, помимо прекоксэякуляторного варианта, также диагностировали анэякуляторный и реже тардэякуляторный варианты расстройств эякуляции. Первый из названных вариантов выявляли реже двух остальных [6, 14]. У 72% больных, у которых отмечали проводниковый синдром, эякуляция отсутствовала. При полном нарушении проводимости спинного мозга в основном наблюдали анэякуляторный вариант, а при частичном – тардэякуляторные расстройства. Последние чаще выявляли при поражении передних отделов спинного мозга [14].

Таблица 2

**Этиология соматогенной анэякуляции**

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

**Психопатологические факторы**

Было показано, что у женщин с расстройствами настроения (депрессия) на всех этапах цикла сексуальной реакции отмечают более низкий уровень сексуального функционирования по сравнению с контрольной группой [17, 18]. Кроме того, причиной расстройств оргазма у женщин может стать синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи, когда женщина опасается того, что в очередной раз не сможет испытать оргазм [9]. Этот феномен также называют исполнительской тревожностью [27]. Этот фактор одновременно является как психопатологическим, так и психологическим.

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

**Физиологические факторы, факторы психологической и социальной природы**

Р. Крукс и К. Баур [11] сообщают, что мужчина может не заботиться о том, чтобы доставить удовольствие своей партнерше. Это препятствует достижению такой степени ее сексуального возбуждения, при которой происходит оргазм. Мужчина также может наслаждаться тем, что отказывает женщине в получении удовольствия, вызвав у себя оргазм. Причиной расстройств оргазма может стать усталость.

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

Трудности в процессе социализации в детстве считаются важным фактором, который может приводить к сексуальной дисфункции у взрослых. Предложенные объяснения расстройств оргазма включают отсутствие сексуального образования и строгое религиозное воспитание, культурные и религиозные убеждения и нормы, проблемы, связанные с сексуальной ориентацией или гендерной идентичностью, «негативные чувства по отношению к сексу», связанные с информацией, полученной в детском или подростковом возрасте, негативное отношение к сексуальному удовольствию. Многие женщины, у которых отмечались трудности с наступлением оргазма, никогда не исследовали свои половые органы, не мастурбировали или не имели сексуальных фантазий из-за социальных или религиозных запретов в отношении этих действий [16, 19, 20, 27, 28, 32, 33].

J.J. Penner и C.L. Penner [34] сообщают, что к оргазмическому расстройству более склонны женщины с недостаточными знаниями о своем теле и неосведомленные о цикле сексуальных реакций и приемах эффективной стимуляции, а также те, кто во время коитуса видят себя в более пассивной роли. Поскольку они не ожидают получить удовольствие от сексуального контакта, то не чувствуют связи между нарастающей интенсивностью коитуса и психосексуальной реакцией своего тела [15].

Также отмечается, что неблагоприятное воздействие на сексуальные функции женщин может оказывать безработица, стрессовые жизненные ситуации, в том числе финансовые трудности и проблемы, связанные с работой, болезнью или

смертью членов семьи [30, 35]. Кроме того, к аноргазмии у женщин может вести неблагоприятная обстановка для половой близости (вынужденное наличие в комнате во время секса других членов семьи, отсутствие в комнате двери или запирающаяся дверь и др.).

В связи с этим представляет интерес следующее клиническое наблюдение. Речь идет о 36-летней женщине, 9 лет прожившей с мужчиной, у которого в течение всего этого времени наблюдали практически непреходящий гиперконтроль напряжения полового члена, обусловленный его неуверенностью в своих сексуальных возможностях. В самом начале их взаимоотношений, благодаря своему тактичному поведению, она помогла ему наладить с ней более или менее нормальные сексуальные контакты. Однако эта связь случалась в комнате, где также спал ее маленький ребенок, который иногда при этом просыпался. Помимо этого, в соседней комнате, не отделенной дверью от той, где были сексуальные партнеры, постоянно находилась женщина-инвалид – тетя пациентки, которая неоднократно слышала происходящее при половых актах. Все это самым пагубным образом отразилось на сексуальных реакциях пациентки и привело к блокированию ее оргазма [7].

Среди факторов, которые могут повлиять на способность женщины испытывать оргазм, можно назвать также плохие взаимоотношения между партнерами, нерешенные конфликты или отсутствие доверия к партнеру, насилие с его стороны, включая вербальное, сексуальное насилие, которое случилось ранее, в том числе и в детском возрасте, инцест, чувство вины от наслаждения сексуальной активностью, тревогу и озабоченность женщины в связи беременностью, страх партнеров, что женщина может забеременеть, ее низкую самооценку, «скуку в сексуальной активности или отношениях», возможность заразиться венерическими заболеваниями [15, 19, 21, 26, 27, 28, 32, 33, 35, 38].

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

Описаны две «оргазмические модели» у женщин, переживших инцест: оргазм возникает лишь с новым сексуальным партнером; способность к оргазму при отсутствии сексуального желания, возбуждения или удовольствия [37]. Существуют интригующие выводы S. Fisher [20], согласно которым у женщин, испытывающих трудности с наступлением оргазма, отцы или отсутствовали, или были ненадежными. Он предположил, что эти факторы ведут к эмоциональному контролю и страху отпустить его в присутствии любовника, что затрудняет наступление оргазма.

По нашим наблюдениям, снижению сексуального влечения и возбуждения, а также аноргазмии могут способствовать факторы, связанные с влиянием других членов семьи на характер взаимоотношений между супругами. Например, в конфликтах между женой и родителями мужа он может принять их сторону, и тогда супруга может чувствовать себя обиженной. Гораздо больший риск негативных влияний такого рода возникает при совместном проживании супругов с родителями.

Также отмечается, что пагубное влияние на сексуальную сферу женщины может оказывать хирургическое удаление «физических и психологических символов женственности», которое может привести к «чувству пониженной сексуальности» (удаление у женщин тех или иных половых органов или грудной железы при опухолях) [35].

M.P. McCabe [28] сообщает следующее: «Дискомфорт при негенитальных и генитальных прикосновениях затрудняет раз-

витие интимных отношений, что, в свою очередь, приводит к кризису взаимоотношений и в конечном счете к половой дисфункции у одного или обоих партнеров». Исследования личностных факторов свидетельствуют, что редкость переживания оргазма напрямую связана с интроверсией, эмоциональной нестабильностью, закрытостью для новых переживаний. Низкая эмоциональная отзывчивость (способность распознавать эмо-

циональные состояния и эффективно управлять ими) также может обуславливать проблемы с оргазмом [23].

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

## Формування розладів оргазму

**Г.С. Кочарян**

У статті наведені фактори, що пов'язані із захворюваннями, наслідками оперативних втручань і травм, впливом медикаментозних препаратів і наркотичних засобів, психопатологічні фактори, фізіологічні чинники, фактори психологічної та соціальної природи, які можуть брати участь у формуванні розладів оргазму у чоловіків і жінок.

**Ключові слова:** розлади оргазму, формування, фактори, чоловіки, жінки.

## Formation of orgasm disorders

**G.S. Kocharyan**

Factors associated with diseases, consequences of surgical interventions and injuries, impacts of medicines and narcotics that can participate in the formation of orgasm disorders in men and women are submitted as well as psychopathological factors, physiological factors, psychological and social factors which can have such influences.

**Key words:** orgasm disorders, formation, factors, men, women.

## Сведения об авторе

**Кочарян Гарник Суменович** – Харьковская медицинская академия последипломного образования, 61176, г. Харьков, ул. Амосова, 58; тел.: (095) 259-65-23, (098) 521-61-46. E-mail: kochargs@rambler.ru

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Ботнева И.Л. 6.1. Семиотика расстройств генитосегментарной составляющей // Частная сексопатология: Руководство для врачей / Под ред. Г.С. Васильченко. – М.: Медицина, 1983. – Т. 2. – С. 281–286.
2. Есть ли сексуальная жизнь после удаления матки? – URL: <http://net-miome.ru/drugie/seksualnaya-zhizn-posle-udaleniya-matki> (дата обращения: 15.05.2017).
3. Журавель А.П. 5.2.3. Поражение эякуляторной составляющей при патологии спинного мозга // Частная сексопатология (Руководство для врачей) / Под ред. Г.С. Васильченко. – М.: Медицина, 1983. – Т. 2. – С. 278–280.
4. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. В 2 т. Т. 1. / Пер. с англ. – М.: Медицина, 1994. – 672 с.
5. Клиническая психиатрия / Пер. с англ. доп // гл. ред. Дмитриева. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998. – ISBN 5-88816-010-5. Pocket Handbook of Clonical Psychiatry // Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock // Baltimore, Williams & Wilkins. – ISBN 0-683-04583-0. – 505 с.
6. Коган О.Г., Васильченко Г.С., Юнеман И.Я. Классификация и лечение половых расстройств при травмах и заболеваниях спинного мозга. Методические рекомендации для врачей-курсантов. – Новокузнецк, 1975. – 27 с.
7. Кочарян Г.С. Сексуальные дисфункции и трансформации поведения. – Х.: Академия сексологических исследований, 2000. – 81 с.
8. Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и его лечение. – Х.: Основа, 1995. – 279 с.
9. Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин // Здоровье мужчины. – 2013. – № 3 (46). – С. 76–80.
10. Кочарян Г.С. Расстройства эякуляции и их лечение. – Х.: Вид-во Віровець А.П. «Апостроф», 2012. – 328 с.
11. Крукс Р., Баур К. Сексуальность. – СПб: прайм-ЕВРОЗНАК, 2005. – 480 с.
12. Мастерс У., Джонсон В., Колодни Р. (Masters W.H., Johnson V.E., Kolodny R.C.) Основы сексологии / Пер. с англ. – М.: Мир, 1998. – 692 с.
13. Нарушение эякуляции. – URL: <http://norm-urolog.narod.ru/nar.html> (дата обращения: 11.05.2011).
14. Юнеман И.А. Клиника половых расстройств и сексуальная реабилитация мужчин при поражениях спинного мозга. – Автореф. ... канд. мед. наук. – М., 1977. – 20 с.
15. Ярхауз М.А., Тэн Э.С.Н. (Yarhouse M.A., Tan E.S.N.) Сексуальность и психотерапия сексуальных расстройств: Пер. с англ. – Черкассы: Колловкум, 2016. – 371 с.
16. Basson R., Althof S., Davis S., Fugl-Meyer K., Goldstein I., Leiblum S., Meston C., Rosen R., Wagner G. Summary of recommendations on sexual dysfunction in women // Journal of Sexual Medicine. – 2004. – 1 (1). – P. 24–34.
17. Clayton A.H., McGarvey E.L., Clavet G.J., Piazza L. Comparison of sexual functioning in clinical and nonclinical population using the Changes in Sexual Functioning Questionnaire (CSFQ) // Psychopharmacology Bulletin. – 1997. – 33 (4). – P. 747–753.
18. Cyranowski J.M., Frank E., Cherry C., Houck P., Kupfer D.J. Prospective assessment of sexual function in women treated for recurrent major depression // Journal of Psychiatric Research. – 2004. – 38 (3). – P. 267–273.
19. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. – United States: American Psychiatric Association, 2013. – 947 p.
20. Fisher S. The Female Orgasm: Psychology, Physiology, Fantasy. – New York: Basic Books, 1973. – 533 p.
21. Gore P.A. Anorgasmia. – URL: <http://www.anorgasmia.com/anorgasmia.htm> (date of reference: 09.05.2015).
22. Herman J.B., Brotman A.W., Pollack M.H., Falk W.E., Biederman J., Rosenbaum J.F. Fluoxetine-induced sexual dysfunction. // J Clin Psychiatry. – 1990. – 51 (1). – P. 25–27.
23. IsHak W.W., Bokarius A., Jeffrey J.K., Davis M.C., Bakhta Y. Disorders of orgasm in women: A literature review of etiology and current treatments // Journal of Sexual Medicine. – 2010. – 7 (10). – P. 3254–3268.
24. Kolodny R.C. Sexual dysfunction in diabetic females // Diabetes. – 1971. – 20 (8) – P. 557–559.
25. Komisaruk B.R., Beyer-Flores C., Whipple B. The science of orgasm. – Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2006. – 358 p.
26. Male orgasmic disorder. – URL: <http://www.minddisorders.com/Kau-Nu/Male-orgasmic-disorder.html> (date of reference: 15.01.2017).
27. McCabe M.P. Anorgasmia in Women // Journal of Family Psychotherapy. – 2009. – 20 (2-3): Systemic Sex Therapy. – P. 177–197.
28. McCabe M.P. Anorgasmia in women // K.M. Hertlein, G.R. Weeks, N. Gambescia (Eds.). Systemic sex therapy. – New York: Routledge, 2009. – P. 212–235.
29. Montiero W.O., Noshiryani H.F., Marks I.M., Lelliott P.T. Anorgasmia from clomipramine in obsessive-compulsive disorder. A controlled trial // Br J Psychiatry. – 1987. – 151 (1). – P. 107–112.
30. Morokoff P.J., Gilliland R. Stress, sexual functioning and marital satisfaction // Journal of Sex Research. – 1993. – 30 (1). – P. 43–53.
31. Mosher J. S. Anorgasmia with the use of fluoxetine // Am J Psychiatry. – 1990. – 147. – P. 949.
32. Orgasmic dysfunction. – URL: <http://www.healthline.com/health/orgasmic-dysfunction#Overview1> (date of reference: 15.01.2017).
33. Orgasmic dysfunction. – URL: <https://medlineplus.gov/ency/article/001953.htm> (date of reference: 15.01.2017).
34. Penner J.J., Penner C.L. Counseling for sexual disorders (2nd ed.). – Dallas: Word Publishing, 2005. – 334 p.
35. Phillips N. A. Female Sexual Dysfunction: Evaluation and Treatment // Am Fam Physician. – 2000. – 62 (1). – P. 127–136.
36. Walker P.W., Cole J.O., Gardner E.A., Hughes A.R., Johnston J.A., Batey S.R., Lineberry C.G. Improvement in fluoxetine-associated sexual dysfunction in patients switched to bupropion // J Clin Psychiatry. – 1993. – 54 (12). – P. 459–465.
37. Westerlund E. Women's Sexuality After Childhood Incest. – New York: W.W. Norton Company, 1992. – 241 p.
38. Williams N., Leiblum S. Glob. libr. women's med. (ISSN: 1756-2228). 2008; DOI 10.3843/GLOWM.10432.

Статья поступила в редакцию 23.05.17