

ФОРМИРОВАНИЕ РАССТРОЙСТВ ОРГАЗМА

Г. С. Кочарян

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Приводятся факторы, связанные с заболеваниями, последствиями оперативных вмешательств и травм, воздействием медикаментозных препаратов и наркотических средств, психопатологические факторы, физиологические факторы, факторы психологической и социальной природы, которые могут принимать участие в формировании расстройств оргазма у мужчин и женщин.

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

Существуют факторы различной модальности, способные вести к возникновению оргастических расстройств. У. Мастерс и соавт. [12] сообщают, что аноргазмия бывает связана с органическими причинами менее, чем в 5% случаев. Задачей данной статьи является представить различные факторы, которые могут участвовать в формировании расстройств оргазма. Они приведены нами ниже.

Заболевания, последствия оперативных вмешательств и травм

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

Также в качестве причин оргастической дисфункции называют вульвовагинальную атрофию, которая характеризуется такими симптомами, как сухость влагалища, зуд и боль; хроническую тазовую боль, например обусловленную 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 одной публикации, представленной в интернете [2]. Отмечается, что существуют оптимисты, которые уверены в отсутствии влияния удаление 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 настрой 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 имели место 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 двух месяцев после операции восстанавливают свои сексуальные отношения. В первое время ощущается определенный дискомфорт. Вопрос о возможности возобновления женщиной половой активности решается после обследования, которое проводится гинекологом 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 и 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. 20% 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. – *Примечание автора.*)

В цитируемой публикации отмечается, что многим женщинам после гистерэктомии половой акт начинает приносить даже больше удовольствия, чем до нее, что чаще всего 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 некоторыми женщинами, которые нуждаются в стимулировании шейки матки при глубоком проникновении полового члена [2].

В данной публикации приводятся интересные статистические данные. В одной из Европейских стран обследовали более 1000 женщин в возрасте от 35 до 50 лет, перенесших гистерэктомию. 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, выросло 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

Расстройства оргазма могут быть следствием приема нейролептиков (антипсихотиков) из группы фенотиазинов (трифторперазин [стелазин]), антидепрессантов из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (флуоксетин [прозак], пароксетин [Paxil], сертралин [Zoloft], тразодон [триптико], 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, с. 213] приводится таблица, в которой отражены психотропные препараты, подавляющие оргазм у женщин.

Таблица 1.

Психотропные препараты, подавляющие оргазм у женщин

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

М. А. Яرخауз 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. – *Примечание автора.*)

В подавляющем числе случаев у мужчин расстройства оргазма связаны с нарушениями эякуляции (ретардированная эякуляция, анэякуляция). Причины, обуславливающие эти нарушения, подробно представлены в нашей 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 простате и примыкающих 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 (табл. 2) нарушения в центральной нервной системе или токсическое влияние лекарственных препаратов и алкоголя. 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 приемом антигипертензивных и антипсихотических средств, а также антидепрессантов.

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	

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 имел место проводниковый синдром, эякуляция отсутствовала. При полном нарушении проводимости спинного мозга в основном наблюдался анэякуляторный вариант, а при частичном нарастали тардэякуляторные расстройства. Последние чаще выявлялись при поражении передних отделов спинного мозга [14].

Психопатологические факторы

Было показано, что у женщин с расстройствами настроения (депрессия) на всех этапах цикла сексуальной реакции имеет место 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 называется исполнительской тревожностью [27]. Этот фактор одновременно является как психопатологическим, так и психологическим.

Нередко игнорируется фактор возможности возникновения расстройств оргазма у мужчин и женщин, связанных 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, миокомпрессионный 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, 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 вести 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 гениталии, 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, 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 видит себя в более пассивной роли. Так как они не ожидают получить удовольствие от сексуального контакта, то не чувствуют связи между нарастающей интенсивностью коитуса и психосексуальной реакцией своего тела [по 15].

Также отмечается, что неблагоприятное воздействие на сексуальные функции женщин может оказывать безработица, стрессовые жизненные события, в том числе финансовые проблемы и проблемы, связанные с работой, болезнью или смертью членов семьи [30, 35]. Кроме того, к аноргазмии у женщин может вести неблагоприятная обстановка, в которой проводятся половые акты (вынужденное наличие в комнате во время секса других членов семьи, отсутствие в этой комнате двери или незапирающаяся дверь, и др.).

В связи с этим представляет интерес следующее наше клиническое наблюдение. Речь идет о 36-летней женщине, которая 9 лет прожила с мужчиной, у которого в течение всего этого времени имел место практически непреходящий гиперконтроль напряжения полового члена, обусловленный его неуверенностью в своих сексуальных возможностях. В самом начале их взаимоотношений, благодаря своему отношению и тактичному поведению, она помогла ему наладить с ней более или менее нормальные сексуальные контакты. Однако эти контакты проходили в комнате, где также спал ее маленький ребенок, который иногда пробуждался при их проведении. Помимо этого, в соседней комнате, не отделенной дверью от той, где были сексуальные партнеры, постоянно находилась тетя пациентки, которая является инвалидом. Естественно, что она 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, называют плохие взаимоотношения между партнерами, нерешенные конфликты или отсутствие доверия к партнеру, насилие с его стороны, включая вербальное, сексуальное насилие, которое имело место 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 очень редко имело место ослабление оргастических ощущений. 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, у которых отмечаются трудности с наступлением оргазма, отцы или отсутствовали или были ненадежными. Он предположил, что эти факторы ведут к преждевременной необходимости эмоционального контроля и страху отпустить его в присутствии любовника, что затрудняет наступление оргазма.

По нашим наблюдениям, к снижению сексуального влечения и возбуждения, а также к аноргазмии могут вести 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 с родителями проживании супругов. 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 молочной железы при опухолях) [35].

М. Р. McCabe [28, р. 216] сообщает следующее: «Дискомфорт при негенитальных и генитальных прикосновениях затрудняет развитие 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 показывают, что редкость переживания оргазма напрямую связана с интроверсией, эмоциональной нестабильностью, закрытостью для новых переживаний. Низкая эмоциональная отзывчивость (способность распознавать эмоциональные состояния и эффективно управлять ими) также может обуславливать проблемы с оргазмом [23].

В заключение следует отметить, что перечисленные выше факторы могут участвовать 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

Наводяться 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.

Моб. тел.: +38 (095) 259-65-23, +38 (098) 521-61-46. E-mail: kochargs@rambler.ru

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

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://netmiome.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. – Т. 2. – М.: Медицина, 1983. – 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 Clinical 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-urológ.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: Коллоквиум, 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

Библиографические данные о статье: Кочарян Г. С. Формирование расстройств оргазма // Здоровье мужчины. – 2017. – №3 (62). – С. 71–74.

Общие сведения об авторе, его статьи и книги (в свободном доступе) представлены на его персональном веб-сайте gskochar.narod.ru