

ПЕРВИЧНАЯ ЭРЕКТИЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ НЕОРГАНИЧЕСКОГО ГЕНЕЗА

Н.М. ГОДОВАСЬ

Областная клиническая больница, Донецк

Описаны механизмы развития и клинические проявления форм первичной эректильной дисфункции, обусловленных социальными, психологическими и социально-психологическими причинами. Приводятся методы патогенетической психокоррекции каждой из выявленных форм, показана их высокая эффективность.

Эректильная дисфункция является наиболее распространенным сексуальным расстройством, как правило, приводящим к сексуальной дисгармонии супружеской (партнерской) пары. Среди всех нарушений сексуального здоровья расстройство эрекции составляет, по разным данным, до 90% [1], что само по себе говорит об актуальности изучения этой патологии и необходимости разработки ее эффективной коррекции.

В последние годы появились убедительные данные о значительной частоте эректильной дисфункции неорганического генеза: если соматогенная дисфункция занимает 30–40% в структуре всех эректильных расстройств [2], то социогенная — 11 ± 3 , психогенная — 41 ± 4 и обусловленная негативными социально-психологическими факторами — $11 \pm 3\%$ [3]. В то же время механизмы развития и клинические проявления разных форм эректильной дисфункции неорганического генеза изучены недостаточно, что определяет и малую эффективность ее психотерапевтической коррекции.

Нами были обследованы методом системно-структурного анализа 87 мужчин в возрасте от 23 до 46 лет с эректильной дисфункцией неорганического происхождения, у которых были выявлены следующие ее формы: паторефлекторная — у 21 человека ($24 \pm 5\%$), конституционально-генетическая — у 12 ($14 \pm 4\%$), сексуально-фобический невроз — у 14 ($16 \pm 4\%$), невроз ожидания — у 19 ($22 \pm 4\%$), дезинформационная форма дисфункции — у 10 ($11 \pm 3\%$) и эргопатическая — у 11 ($13 \pm 4\%$). Проведенные исследования позволяют охарактеризовать каждую из названных форм и определить адекватные методы их коррекции.

Паторефлекторная форма эректильной дисфункции обуславливается ситуационными моментами, которые привели к неудачному половому акту с его последующей патологической фиксацией. Нами были выявлены пять разных причин неудачи, фиксация которой привела к развитию данной формы дисфункции. Первой причиной было эмоциональное напряжение, вызванное опасением быть обнаруженным окружающими или боязнью заражения венерическим заболеванием, установкой на свою половую неполноценность, а также патологической идеализацией молодоженом своей супруги. При этом происходит срыв функции в результате «сшибки» — столкновения возбуждения 1-й сигнальной системы и подкорки и торможения, исходящего из 2-й сиг-

нальной системы. Вторая причина — неправильное проведение предварительного периода полового акта, когда возникновение запредельного торможения в результате сверхсильного возбуждения половых центров от слишком длительных ласк приводит к расстройству его физиологической программы. Третья причина — действие внешнего раздражителя (внезапный окрик, стук, выстрел), приводящее к срыву полового акта по механизмам внешнего торможения. Четвертой причиной служит несоответствие ощущений и суммации раздражений, возникших при половом акте, с привычными ощущениями, связанными с мастурбацией. Наконец, пятая причина — это временное ослабление сексуальной функции в силу гиперфатигации.

Паторефлекторная форма эректильной дисфункции, как правило, возникает внезапно. Причина, вызвавшая фиаско, может действовать кратковременно, но в последующем вследствие закрепления неудачи по механизму невротической фиксации все половые акты протекают неудачно и к нарушению эрекции могут присоединяться гипополидемия и расстройство эякуляции. У большинства больных при этом возникают эмоциональные реакции, которые, однако, имеют тенденцию к обратному развитию. Через два-три года происходит определенный отрыв сексопатологической симптоматики от невротических реакций личности на свою сексуальную несостоятельность.

Паторефлекторная форма эректильной дисфункции обычно возникает в молодом возрасте (20–30 лет), когда, как известно, наиболее велика нагрузка на сексуальную функцию и ее актуализация. Чаще она развивается у лиц с асинхрониями полового развития, со слабой или ослабленной средней половой конституцией, шаблонно-регламентированной сексуальной мотивацией и невротическим типом сексуальной культуры. Системно-структурный анализ сексуального здоровья выявляет при этом стержневое поражение психической составляющей анатомо-физиологического компонента; в большинстве случаев нарушены и остальные компоненты сексуального здоровья, особенно часто — информационно-оценочная составляющая социального компонента и психологический компонент.

Психокоррекция данной формы должна представлять собой комплекс лечебных мероприятий. В него входят рациональная психотерапия, дезактуализация и переориентация патологической сексуальной установки пациентов, снятие невротических реакций. С

этой целью используют гипносуггестию, наркопсихотерапию, аутогенную тренировку, эффективно также проведение сексуально-эротического тренинга.

Применение лекарственных средств при паторефлекторной форме эректильной дисфункции направлено главным образом на нормализацию процессов ВНД и снятие эмоциональных реакций. Назначают небольшие дозы триоксазина, мезапама, грандаксина, которые, оказывая транквилизирующее действие, не снимают возбудимости сегментарного аппарата спинного мозга. При тяжелом течении расстройства целесообразно проводить ЛД-терапию, электротерапию.

Показаны при паторефлекторной форме эректильной дисфункции физиотерапия (разнообразные ванны и души), электропроцедуры, иглорефлексо-терапия, причем эффективность медикаментозного и физиотерапевтического лечения возрастает при их психотерапевтическом потенцировании.

Конституциональная форма эректильной дисфункции обусловлена врожденной неполноценностью морфофункциональных структур, осуществляющих нейрогуморальную регуляцию половой функции и являющихся физиологической основой полового инстинкта. Основное проявление данной формы расстройства — низкая сексуальная потребность и активность. Половой акт у мужчин протекает длительно, диапазон приемлемости у них узок, сексуальная сторона жизни для них малозначима. Эти симптомы наблюдаются с самого начала половой жизни. Мужчины в большинстве случаев мало реагируют на свою половую несостоятельность, личностные реакции у них сдержаны и возникают, то чаще всего слабо выражены. За медицинской помощью они обращаются, как правило, по настоянию жен.

Сомато- и психосексуальное развитие мужчин с данной формой дисфункции замедленное, нередко фемининные пропорции тела и характер оволосения, половая конституция слабая. Информированность в области секса обычно низкая, тип сексуальной мотивации генитальный, тип сексуальной культуры — примитивный. Системно-структурный анализ сексуального здоровья свидетельствует в этих случаях о сочетанном стержневом поражении всех составляющих анатомо-физиологического компонента.

Психотерапевтические мероприятия при конституционально-генетической форме эректильной дисфункции должны быть направлены на активизацию половой жизни пациента, увеличение предварительного периода половых сношений и расширение диапазона приемлемости супругов. Для лечения больных применяются общеукрепляющие и стимулирующие средства (глицерофосфат кальция, фитин, апилак, пантокрин, стрихнин, дуплекс, секуринин, настойки женьшеня, лимонника, аралии, экстракт элеутерококка), витамины Е, РР и группы В. Из гормональных препаратов следует назначать средства, стимулирующие функцию семенников (хориогонин, гонадотропин хориогонический, префизон) и рефлекторную возбудимость всех уровней нервной регуляции половой функции, предпочитая их мужским половым гормонам. Назначают, кроме

того, гидротерапию (разнообразные ванны и души), которую целесообразно чередовать с электропроцедурами (дарсонвализация и фарадизация внутренних поверхностей бедер и промежности, гальванические трусы по Шербаку), с иглорефлексо-терапией и точечным массажем.

Сексуально-фобический невроз представляет собой навязчивые переживания страха, обостряющиеся при попытке к совершению полового акта, иногда даже при одной мысли о нем.

Сексуальные фобии чрезвычайно мучительно переживаются больными из-за двойственного отношения к ним — продолжающегося переживания страха при понимании его необоснованности. Именно наличие критики является основным признаком сексуально-фобической формы эректильной дисфункции, однако иногда она сохраняется только вне острых приступов фобии, а в течение самого приступа больные могут считать ощущаемую ими опасность на самом деле реальной. Страхи могут проявляться вдефлорациофобии, коитофобии и онанофобии, и все они характеризуются наличием непреодолимой боязни потерпеть фиаско при половом сближении из-за отсутствия эрекции.

В большинстве случаев данная форма дисфункции протекает как монофобия, в остальных сферах жизни и деятельности личность может быть полностью адаптирована. Обращение больного за помощью зависит от отношения жены к заболеванию мужа и от того, насколько удовлетворяют супругов практикуемые ими заместительные формы половой жизни. Чаще всего сексуально-фобический невроз формируется до брака вследствие неудачного сексуального дебюта и самовнушения, реже — после первой неудачной попытки полового сношения с женой. Если он возникает с первого полового акта, то приводит к развитию виргогамии (девственного брака).

Предрасполагают к развитию этой формы сексуального расстройства легкость возникновения obsessions, склонность к ипохондрии и самоанализу, боязливость, закомплексованность, способствуют ее возникновению ретардация соматосексуального и особенно психосексуального развития. Характерны для пациентов слабая или ослабленная средняя половая конституция, трансформация полоролевого поведения, невротический тип сексуальной культуры. Системно-структурный анализ выявляет стержневое поражение психической и ослабление нейрогуморальной составляющих анатомо-физиологического компонента сексуального здоровья, часто нарушена также информационно-оценочная составляющая социального компонента.

Комплекс психотерапевтических мероприятий при сексуально-фобическом неврозе включает гипносуггестию, аутогенную тренировку, наркопсихотерапию. Для снятия страха перед половым актом проводят сексуально-эротический тренинг, применяют методику мнимого запрета, можно рекомендовать также использование виагры.

Невроз ожидания сексуальной неудачи заключается в навязчивом опасении потерпеть фиаско в интимных отношениях. Если фиаско действительно наступает, опасение усиливается и возникает порочный круг:

фиаско — ожидание неудачи — фиаско. В литературе приводятся данные, свидетельствующие о том, что невроз ожидания наблюдается у каждого пятого больного, обратившегося за сексологической помощью [4].

Первая неудача полового акта может быть обусловлена самыми разными экзогенными и эндогенными причинами, а вызванное ими тревожное ожидание, в частности анэрекция, приводит к дезавтоматизации сексуальных реакций.

Эта форма эректильной дисфункции чаще возникает у лиц с тревожно-мнительными чертами характера и слабым типом ВНД. В механизме ее развития играют роль, с одной стороны, эмоциональное напряжение в преддверии и во время полового акта и сопряженное с ним нарушение нервной и психической регуляции сексуальной функции, с другой — гиперконтроль эрекции.

Предрасполагают к развитию невроза ожидания такие черты характера, как тревожная мнительность, закомплексованность, впечатлительность, а также неправильное поведение партнерши — ее пассивность, эмоциональная холодность, чрезмерная стыдливость, скованность и в особенности упреки, презрение к мужчине, высказываемое при неудачах сексуального контакта.

В сексологической клинике отмечено различие между качеством запланированных и незапланированных половых актов при неврозе ожидания [5]: в первом случае всегда имеется тревожное ожидание неудачи, во втором оно может не успеть возникнуть или оказывается гораздо менее выраженным.

У большинства мужчин с неврозом ожидания слабая, реже средняя половая конституция, либидо в основном не нарушено, но нередко наблюдается преждевременное семяизвержение. Тип сексуальной мотивации больных в основном шаблонно-регламентированный, тип сексуальной культуры — невротический. При системно-структурном анализе сексуального здоровья определяется стержневое поражение психической составляющей анатомо-физиологического компонента и ослабление психологического компонента в результате внутриличностного конфликта.

Основные методы коррекции невроза ожидания — рациональная психотерапия, аутогенная тренировка, гипносуггестивная терапия и сексуально-эротический тренинг.

Дезинформационная форма эректильной дисфункции развивается при отсутствии у мужчин достаточных знаний в области секса и правильных представлений о норме и физиологических колебаниях сексуальной функции. Это приводит к неправильной интерпретации пациентами своих сексуальных проявлений, предъявлению к себе неадекватных требований и в конечном счете — к сексуально-эротической дезадаптации супругов. Нередко причиной данной формы дисфункции становятся сведения, получаемые из недостоверных источников, на основе которых могут формироваться неправильные психологические и сексуальные установки.

При этом сексуальные расстройства в истинном

смысле этого слова у пациентов не наблюдаются. Эрекция у них, как и другие проявления сексуальной функции, соответствует возрасту и половой конституции, но происходит утрата психосексуальной удовлетворенности, отмечается снижение настроения до полового сношения и после него.

Сомато- и психосексуальное развитие мужчин с данной формой дисфункции часто замедленно и дисгармонично, все они неправильно информированы о норме и физиологических колебаниях сексуальной функции. Половая конституция у них слабая, изредка средняя. Тип сексуальной мотивации обычно генитальный, тип сексуальной культуры примитивный или невротический. Для них характерны признаки повышенной внушаемости, психического инфантилизма, черты тревожной мнительности, а также развитие невротических реакций, клинические проявления которых обуславливаются типологическими особенностями больных. При системно-структурном анализе у этих пациентов выявляется стержневое поражение информационно-оценочной составляющей социального компонента сексуального здоровья, а также нарушение психологического компонента и нередко — нейрогуморальной составляющей анатомо-физиологического компонента вследствие ретардации полового развития.

Основные методы коррекции дезинформационной формы сексуального расстройства — библиотерапия и рациональная психотерапия, направленная на повышение уровня знаний пациентов в области психогигиены половой жизни, показано также применение сексуально-эротического тренинга.

Эргопатическая форма эректильной дисфункции, или так называемая директорская болезнь, обусловлена неумением отдыхать, гармонично сочетать труд с отдыхом. Она развивается постепенно в тех случаях, когда человек полностью поглощен работой, карьерой, стремится к решению значимых для него деловых или производственных проблем и все меньше времени и внимания уделяет сексу. Происходит сублимация — переход сексуальной энергии в другую форму. Сексуальная сфера дезактуализируется, вытесняется на задний план сексуально-эротическая мотивация поведения. Уменьшается частота половых актов, сексуальная предприимчивость и активность, ослабевает эрекция, иногда снижается либидо.

Одним из механизмов развития данной формы сексуального расстройства является нарушение биоритмологического статуса организма, правильной смены сна и бодрствования, труда и отдыха, а следовательно, и связанного с этими процессами физиологического обеспечения функций организма, в том числе сексуальной функции. Существенную роль играет также механизм сексуальной абстиненции.

Эргопатическая форма эректильной дисфункции чаще возникает у лиц с задержанным сомато- и психосексуальным развитием, с ослабленной половой конституцией. Полоролевое поведение мужчин обычно маскулинное, нередко гипермаскулинное. Тип сексуальной мотивации — гомеостабилизирующий или шаблонно-регламентированный, тип сексуальной культуры, как правило, примитивный. Системно-

структурный анализ сексуального здоровья позволяет установить в этих случаях стержневое поражение психической и нейрорегуляторной составляющих анатомо-физиологического компонента, ослаблены обычно информационно-оценочная составляющая социального компонента и социально-психологический компонент.

Коррекция данной формы эректильной дисфункции заключается в организации правильного режима труда и отдыха, рациональной психотерапии для снятия эмоциональных реакций, при необходимости — в назначении общеукрепляющих, стимулирующих средств; важное место в психотерапевтической коррекции занимает сексуально-эротический тренинг, проводимый с целью перестройки мотивации сексуального поведения и активизации сексуальных реакций.

Осуществление психотерапевтической коррекции с помощью описанных в настоящей статье методов позволило достигнуть нормализации эректильной функции у всех мужчин, за исключением пациентов с конституционально-генетической формой эректильного расстройства. У этих пациентов наступило лишь некоторое улучшение эректильной функции,

но оптимизировалось сексуальное поведение, что позволило значительно повысить уровень сексуальной адаптации.

Столь высокая терапевтическая эффективность достигается благодаря выявлению причин каждой формы первичной эректильной дисфункции и патогенетической направленности ее психотерапевтической коррекции.

Л и т е р а т у р а

1. *Вагнер Г., Грин Р.* Импотенция (физиология, психология, хирургия, диагностика и лечение).— М.: Медицина, 1985.— 240 с.
2. Сексология и андрология / Под ред.акад.А.Ф.Возианова, проф.И.И.Горпинченко.— К.: Абрис, 1997.— 880 с.
3. *Кришталь В.В., Григорян С.Р.* Сексология: Уч.пособие.— М.: Per Se, 2002.— 879 с.
4. *Кочарян Г.С.* Терапевтические техники нейролингвистического программирования.— К.: Ника-Центр, 2002.— 109 с.
5. *Кочарян Г.С.* Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи // *Доктор.*— 2002.— № 6.— С.28–29.

Поступила 27.03.2003

PRIMARY ERECTILE DYSFUNCTION OF INORGANIC ORIGIN

N.M.Godovas

S u m m a r y

The mechanisms of development and clinical manifestations of primary erectile dysfunction caused by social, psychological and social-psychological factors are described. The methods of pathogenetic psychorrection of each form are featured, their efficacy is shown.