

СЕКСУАЛЬНАЯ ДИСФУНКЦИЯ У МУЖЧИН КАК ПРИЧИНА СУПРУЖЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ

К.м.н. Р.И. РУДНИЦКИЙ

Буковинский медицинский университет, Хмельницкий

Показано, что в зависимости от формы и типа сексуальной дисфункции у мужчин развиваются разные формы и разновидности супружеской дезадаптации. Выявленные закономерности открывают возможность патогенетически направленной ее психотерапевтической коррекции.

Сексуальная дисфункция у мужчин издавна привлекает внимание исследователей. В литературе обсуждались этиология, патогенез и клинические проявления нарушения потенции при разных формах невротических расстройств, расстройствах личности, при различных соматических заболеваниях; предложены и методы лечения сексуальных нарушений у мужчин [1–4].

Однако в большинстве случаев в имеющихся работах исследуется вовлечение сексуальной функции в патологический процесс при рассматриваемых заболеваниях, т.е. вторичная сексуальная дисфункция. При этом, как правило, принимается во внимание только состояние сексуальной функции самого больного и недостаточно учитывается или совсем не учитывается парный характер сексуальной функции, тот факт, что ее нарушение у мужа неизбежно ведет к возникновению относительных сексуальных расстройств и невротических реакций у жены [5]. Иными словами, сексуальная дисфункция у мужчин как причина супружеской дезадаптации остается вне внимания исследователей. Мало изучены варианты и клинические формы супружеской дезадаптации, развивающейся в таких случаях, не раскрыты причинно-следственные связи сексуальной дисфункции у мужчин и многочисленных клинических форм супружеской дезадаптации, причины и механизмы их формирования, течение и клинические проявления.

Особенно существенным пробелом в разработке рассматриваемой проблемы является недостаточная изученность социальных, психологических и социально-психологических ее аспектов, еще более важных для супружеской адаптации, нежели ее соматический аспект. Многофакторное обеспечение сексуального здоровья, разнообразие и сложный генез его нарушений требуют системного подхода к их изучению и психокоррекции, которая может быть достаточно эффективной только с учетом парного характера сексуальной функции.

Задачей настоящей работы было провести системное исследование причин, механизмов формирования, клинических проявлений сексуальной дисфункции у мужчин и установить ее взаимосвязь с супружеской дезадаптацией.

С учетом многомерности обеспечения феномена супружеской адаптации нами была всесторонне обследована 191 супружеская пара с супружеской дезадаптацией, в которой у мужа имела место сексуальная дисфункция, у 104 мужчин — первичная и у 87 — вторичная. Обследование проводилось методом

системно-структурного анализа сексуального здоровья, который предусматривает оценку состояния его социального, психологического, социально-психологического и анатомо-физиологического компонентов [6].

При обследовании мужчин было установлено, что первичная сексуальная дисфункция проявлялась у них в форме паторефлекторной (22 пациента), абстинентной (18), конституционально-генетической (21), в форме невроза ожидания (19), молчаливого простатовезикулизма (12), «директорской болезни» (10) и дезинформационной (2). Группу вторичных форм сексуальной дисфункции составили сексуальные нарушения, обусловленные невротическим расстройством (23 больных), расстройством зрелой личности (20), хроническим простатитом (28) и сахарным диабетом (16).

Возникновение паторефлекторной формы сексуальной дисфункции обуславливается ситуационными моментами, которые привели к неудачному половому акту с последующей патологической фиксацией. Эта форма сексуального расстройства, как правило, возникает внезапно, и больные уверенно называют дату заболевания. Чаще всего оно начинается изолированным нарушением эрекции или эякуляции, в дальнейшем развивается сочетанное расстройство — гипоприбидемия, гипо- или анэрекция, расстройство эякуляции. Причина, вызвавшая фиаско в половом акте, может действовать весьма кратковременно, однако в последующем вследствие закрепления неудачи по механизму невротической фиксации все половые акты протекают неудачно. По мере нарастания числа неудач при их неоднократном повторении патологическая условно-рефлекторная связь закрепляется.

К развитию абстинентной формы сексуальной дисфункции приводит длительное вынужденное половое воздержание у мужчин, которые ранее жили регулярной половой жизнью, протекавшей в определенном ритме, или кратковременные, но часто повторяющиеся периоды воздержания. Ее формирование четко связано во времени с вынужденным половым воздержанием. Клиническими проявлениями абстинентной формы сексуальной дисфункции являются сочетанное снижение либидо, гипозерекции и преждевременное семяизвержение.

Конституционально-генетическая форма сексуальной дисфункции представляет собой следствие врожденной неполноценности морфофункциональных структур, осуществляющих нейрогуморальную регуляцию половой функции и являющихся физио-

логической основой полового инстинкта. Основное клиническое проявление данной формы первичного сексуального расстройства — низкая сексуальная потребность и активность. Половой акт у мужчин при этом, как правило, протекает длительно. Диапазон приемлемости у них узок, сексуальная сторона жизни малозначима.

Невроз ожидания сексуальной неудачи (обсессии) заключается в навязчивом опасении неудачи в половом акте. В случаях возникновения фиаско в интимных отношениях это опасение усиливается и создается порочный круг: фиаско — ожидание неудачи — фиаско. Невроз ожидания и как самостоятельное заболевание, и как синдром при какой-либо другой патологии представляет собой очень частую реакцию личности на неудачный половой акт. Первая неудача полового акта может быть обусловлена самыми разнообразными экзогенными и эндогенными причинами, но вызванное ими тревожное ожидание (ожидание анэрекции, эякуляции или анэякуляции) приводит к дезавтоматизации сексуальных реакций. Эта форма первичного сексуального расстройства чаще возникает у лиц с тревожно-мнительными чертами характера и слабым типом высшей нервной деятельности.

Молчаливый простатовезикулит может развиваться вследствие сексуальных фрустраций, петтинга, дизритмии половой жизни, прерванных половых актов, колитов, т.е. состояний, которые могут приводить к нарушению гемо- и лимфоциркуляции. Единственным клиническим проявлением заболевания является преждевременное семяизвержение. Пальпаторное исследование предстательной железы и микроскопия ее секрета не выявляют каких-либо патологических отклонений. Молчаливый простатовезикулит нередко проявляется с самого начала половой жизни и приводит к патологической фиксации на неудачных половых актах, невротическим реакциям или к неврозу ожидания, а также к супружеским конфликтам.

«Директорская болезнь» (по другой терминологии — эргопатическая форма сексуальной дисфункции) обуславливается уходом в работу, неумением гармонично сочетать труд с отдыхом. Снижение сексуальной функции при данной форме развивается постепенно, когда человек, полностью поглощенный карьерой или творческой работой, все меньше внимания уделяет сексу и сексуальная сфера для него дезактуализируется. Происходит сублимация сексуальной энергии в другую форму (интеллектуальную, духовную и т.п.).

Развитие дезинформационной формы сексуальной дисфункции, которая среди наших пациентов отмечалась только у двух человек, обуславливается отсутствием у мужчин достаточных знаний в области секса и правильных представлений о норме и физиологических колебаниях сексуальной функции. Это приводит к неправильной интерпретации ими своих сексуальных проявлений, нахождению у себя несуществующих, надуманных изъянов, предъявлению к себе неадекватных требований и в конечном счете — к сексуально-эротической дезадаптации супругов. Нередко способствуют возникновению дезинфор-

мационной формы сексуальной дисфункции мнения и советы некомпетентных лиц, сведения, получаемые из недостоверных источников, на основе которых могут формироваться неправильные психологические и сексуальные установки.

Дезинформационная форма первичной сексуальной дисфункции чаще всего развивается с самого начала или в течение небольшого периода после начала супружеской жизни. При этом сексуальных расстройств в истинном смысле этого слова у пациентов не наблюдается, такие показатели сексуальной функции, как либидо, эрекция, продолжительность полового акта, оргазм и половая активность, соответствуют у них возрасту и половой конституции, но происходит утрата психосексуальной удовлетворенности, отмечается снижение настроения до полового сношения и после него.

Вторичные формы сексуальной дисфункции представляют собой симптом обусловившего их соматического или психического заболевания, и формирование их зависит от характера и тяжести течения этого заболевания.

Обследование жен больных мужчин показало, что у них имели место сексуальные расстройства, проявления которых не зависели от формы сексуальной дисфункции у мужа.

Анализ зависимости типов сексуальной дисфункции у каждого из супругов (по МКБ-10) от выявленных у мужчин ее клинических форм позволил получить данные, представленные в табл. 1.

Из данных таблицы видно, прежде всего, что все супруги, независимо от формы первичной или вторичной сексуальной дисфункции, испытывали сексуальную (психосексуальную) неудовлетворенность.

При первичной дисфункции у мужчин абстинентная и конституционально-генетическая формы дисфункции всегда сопровождалась эректильной дисфункцией, которая была характерна и для паторефлекторной формы. Конституционально-генетическая форма сексуальной дисфункции обуславливалась у большинства мужчин и сочетание эректильной дисфункции с отсутствием либидо, а абстинентная — сочетание ее с преждевременной эякуляцией. При неврозе ожидания отмечались эректильная дисфункция и вдвое реже — преждевременная эякуляция. Последняя была единственным проявлением молчаливого простатовезикулита, а «директорская болезнь» характеризовалась отсутствием полового влечения. При дезинформационной форме первичной дисфункции сексуальных расстройств в истинном смысле этого слова не наблюдалось, но супруги испытывали психосексуальную неудовлетворенность.

При вторичной сексуальной дисфункции, обусловленной невротическим расстройством, у 3/4 мужчин имела место эректильная дисфункция, и более чем у половины обследованных она сочеталась с преждевременной эякуляцией. При расстройстве личности эректильная дисфункция также сочеталась с преждевременной эякуляцией, хотя и намного реже. Хронический простатит в большинстве случаев приводил к нарушению эякуляции, а эректильная дисфункция у этих больных отмечалась реже, чем при других фор-

Таблица 1

Зависимость типов сексуальной дисфункции у супругов от первичных и вторичных ее форм у мужчин

Формы сексуальной дисфункции у мужчин	Типы сексуальной дисфункции						
	отсутствие или потеря полового влечения, F52.0	сексуальное отвращение, F52.1.10	отсутствие сексуального удовлетворения, F52.1.11	отсутствие генитальных реакций, F52.2		оргазмическая дисфункция, F52.3	предждевременная эякуляция, F52.4
				эректильная дисфункция	отсутствие lubricации		
Первичные:							
паторефлекторная, n=22	—	$\frac{—}{9\pm6}$	$\frac{100-5}{100-5}$	91±6	14±8	$\frac{—}{100-5}$	14±8
абстинентная, n=18	39±12*	—	$\frac{100-6}{100-6}$	100-6	—	$\frac{—}{100-6}$	100-6*
конституционально-генетическая, n=21	$\frac{62\pm11*}{—}$	$\frac{—}{33\pm10}$	$\frac{100-5}{100-5}$	100-5	—	$\frac{28\pm10*}{100-5}$	—
невроз ожидания, n=19	—	—	$\frac{100-5}{100-5}$	68±11	5±5	$\frac{—}{100-5}$	32±11
молчаливый простатовезикулит, n=12	—	—	$\frac{100-6}{100-6}$	—	—	$\frac{—}{100-6}$	100-8
«директорская болезнь», n=10	$\frac{100-10}{—}$	$\frac{—}{20\pm13}$	$\frac{100-8}{100-8}$	—	—	$\frac{—}{100-8}$	—
дезинформационная, n=2	—	—	$\frac{50\pm50}{100}$	—	—	—	—
Всего, n=104	10±10	10±10	100-1	70±15	5±5	100-1	20±13
Вторичные, обусловленные:							
невротическим расстройством, n=23	—	$\frac{—}{17\pm8}$	$\frac{100-4}{100-4}$	74±9	9±6	$\frac{—}{100-4}$	$\frac{26\pm9}{56\pm11*}$
расстройством зрелой личности, n=20	—	$\frac{—}{15\pm3}$	$\frac{100-5}{100-5}$	65±11	5±5	$\frac{—}{100-5}$	$\frac{35\pm11}{26\pm10*}$
хроническим простатитом, n=28	—	$\frac{—}{4\pm4}$	$\frac{100-4}{100-4}$	36±9	7±5	$\frac{—}{100-4}$	64±9
сахарным диабетом, n=16	—	—	$\frac{100-6}{100-6}$	100-6	19±10	$\frac{—}{100-6}$	—
Всего, n=87	—	9±3	100-1	64±5	9±3	100-1	36±5

Примечание. В числителе – количество мужчин, в знаменателе – женщин.

* Сочетание эректильной дисфункции с данной формой сексуальной дисфункции.

мах вторичной сексуальной дисфункции, в то же время при сахарном диабете она была единственным проявлением сексуального расстройства.

Таким образом, и при первичной, и при вторичной сексуальной дисфункции самым частым ее типом была эректильная дисфункция, но удельный вес ее был разным при разных формах сексуальной дисфункции, а при некоторых из них (молчаливом простатовезикулите, «директорской болезни», дезинформации) она не наблюдалась вовсе.

У жен больных основным сексуальным нарушением, независимо от формы сексуальной дисфункции у мужа, была оргазмическая дисфункция. Довольно часто у них отмечалось и сексуальное отвращение (аверсия), особенно при конституционально-генети-

ческой форме (у 1/3 женщин) и «директорской болезни», а из вторичных форм — при невротическом расстройстве и расстройстве личности у мужа.

Сопоставительный анализ состояния сексуальной функции у мужчин с разными формами ее расстройства и у их жен позволил выявить ряд вариантов имеющейся у супругов дезадаптации.

Было установлено, прежде всего, что супружеская дезадаптация может быть дебютантной и приобретенной. Дебютантная дезадаптация возникает с самого начала супружеской жизни вследствие имеющихся у одного или обоих супругов первичных форм сексуальной дисфункции. Приобретенная дезадаптация обычно развивается в тех случаях, когда у супругов, у которых была нормальная сексуальная функция

Таблица 2

Зависимость форм сексуальной дезадаптации супругов от формы сексуальной дисфункции у мужчин

Формы сексуальной дисфункции	Формы и степень дезадаптации				Разновидность дезадаптации		
	дебютантная		приобретенная		псевдо-адаптация	реадаптация	параадаптация
	I	II	I	II			
Первичные:							
паторефлекторная, n=22	9±6	73±10	5±5	14±8	18±8	18±8	—
абстинентная, n=18	—	—	11±8	89±8	39±12	13±7	—
конституционально-генетическая, n=21	—	100-5	—	—	28±10	—	—
невроз ожидания, n=19	21±10	32±11	16±9	26±10	20±10	10±7	—
молчаливый простатовезикулизм, n=12	—	100-6	—	—	17±11	—	—
«директорская болезнь», n=10	—	—	70±15	30±15	30±15	—	—
дезинформационная, n=2	—	100	—	—	—	—	100
Всего, n=104	27±13	36±15	13±10	27±13	22±4	17±4	2±2
Вторичные, обусловленные:							
невротическим расстройством, n=23	—	—	22±9	78±9	9±6	9±6	—
расстройством зрелой личности, n=20	25±10	—	75±10	—	20±9	—	—
хроническим простатитом, n=28	—	—	46±10	54±10	4±4	11±6	—
сахарным диабетом, n=16	—	—	—	100-6	—	—	—
Всего, n=87	4±2	—	39±5	56±5	8±3	6±3	—

и имела место сексуальная адаптация, вследствие какого-либо заболевания возникло расстройство сексуальной функции, обусловившее дезадаптацию.

И та, и другая форма сексуальной дезадаптации могут иметь разную степень выраженности: I степень — когда жена достигает оргазма не более чем в 30% половых актов; II степень — полное отсутствие оргазма у жены. При этом возможно формирование трех разновидностей сексуальной дезадаптации — псевдоадаптивной, реадаптивной и параадаптивной.

Псевдоадаптивная дезадаптация заключается в том, что один из супругов (чаще жена) скрывает от второго свою сексуальную неудовлетворенность и во время интимной близости инсценирует переживание страсти и оргазма. Если при этом степень возбуждения не достигает высокого уровня (останавливаясь на стадии «плато»), то подобная игра не вызывает отрицательных последствий и может даже несколько повышать сексуальную возбудимость. Однако сопровождающаяся значительным возбуждением без оргазма имитация последнего завершается фрустрационными реакциями и при систематическом использовании приобретает самостоятельную способность тормозить сексуальность.

Реадаптивной [7] можно назвать разновидность

сексуальной дезадаптации, когда смена партнера вызывает трудности реадаптации. Это может быть следствием несоответствия сексуальных контактов с мужем (женой) имеющемуся у жены (мужа) сексуальному опыту (дебютантная дезадаптация) или результатом заболевания мужа, которое привело к развитию у него сексуальной дисфункции (приобретенная дезадаптация).

Параадаптивная дезадаптация развивается, когда из-за отсутствия элементарных представлений о «технике» интимной близости супруги используют вестibuлярный коитус, незавершенный половой акт (coitus incompletus), copulation sine frictio, coitus intra femora или иные экзотические формы близости, будучи совершенно убежденными в их естественности. Обращение к врачу в таких случаях бывает мотивировано «бесплодием» либо неожиданным «просвещением» одного из супругов и вызванным этим смятением обоих. При этом варианте дезадаптации регистрация в диагнозе женщины аноргазмии не только не отражает, но и затушевывает сущность самого сексуального расстройства, заключающегося в грубом искажении возможных путей адаптации в браке.

При изучении связи выявленных форм и разновидностей сексуальной дезадаптации супругов с име-

ющимися у мужчин формами сексуальной дисфункции были выявлены определенные закономерности, которые иллюстрируются данными табл. 2.

Дебютантная дезадаптация при всех формах первичной сексуальной дисфункции у мужа значительно чаще имеет II степень выраженности, при приобретенной дезадаптации также отмечается эта закономерность, за исключением «директорской болезни», при которой дезадаптация чаще достигает лишь I степени. Из разновидностей дезадаптации при первичной сексуальной дисфункции у мужа в большинстве случаев формируется псевдоадаптация, значительно реже — реадаптация и лишь в единичных случаях — параадаптация.

При вторичной сексуальной дисфункции дебютантная дезадаптация была отмечена нами только

у части мужчин с расстройством личности, в остальных случаях наблюдалась приобретенная дезадаптация, чаще всего II степени, проявлявшаяся в псевдо- и реадаптивной разновидностях.

Таким образом, результаты проведенного исследования свидетельствуют о существовании зависимости между формой и типом сексуальной дисфункции у мужчин, с одной стороны, и формой, степенью выраженности и характером (разновидностью) развивающейся при этой дисфункции сексуальной дезадаптации супружеской пары — с другой. Знание выявленных закономерностей открывает возможность разработки патогенетически направленной системы психотерапевтической коррекции нарушения сексуального здоровья супругов при сексуальной дисфункции у мужа.

Л и т е р а т у р а

1. Сексопатология: Справочник / Под ред. Г.С. Васильченко.— М.: Медицина, 1990.— 575 с.
2. *Скорняков Е.И.* Порухення сексуального здоров'я при аліментарному ожирінні у чоловіків і його корекція: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— Харків, 1999.— 18 с.
3. *Рожков В.С.* Сексуальная дисфункция и дезадаптация при неврозе у мужчин.— Харьков: Основа, 2001.— 273 с.
4. *Бабюк І.О.* Психосоматичні співвідношення в порушенні сексуального здоров'я при запальній і судинній генітальній патології у чоловіків та його корекція: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук.— Харків, 1996.— 48 с.
5. *Келли Г.Ф.* Основы современной сексологии: Пер. с англ.— С.Пб.: Питер, 2000.— 889 с.
6. *Кришталь В.В., Григорян С.Р.* Сексология.— Харьков: Акад. сексол. исслед., 1999.— 1152 с.
7. *Азарков С.Т.* Нозологические аспекты семейного подхода в сексологии // Акт. вopr. сексопатол.: Тез. докл. I Всесоюз. конф. сексопатологов.— М., 1986.— С. 207–210.

Поступила 30.07.2004

SEXUAL DYSFUNCTION IN MEN AS A CAUSE OF SPOUSE DEADAPTATION

R.I. Rudnitsky

S u m m a r y

It is shown that depending on the form and type of sexual dysfunction in men, three different forms and types of spouse deadaptation may develop. The revealed regularities allow to perform pathogenetically directed psychotherapy correction.