

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ НАРУШЕНИЯ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ У МУЖЧИН И ЖЕНЩИН В УКРАИНЕ

В.М. ВЫСОЦКИЙ

Черновицкая областная психиатрическая больница

Представлены результаты эпидемиологического исследования состояния сексуального здоровья населения г. Черновцов и Черновицкой области, позволившего получить данные о нозологической структуре его нарушений и их встречаемости в популяции.

Нарушение сексуального здоровья — сексуальная дисфункция у мужчин и женщин и сексуальная дисгармония (дезадаптация) супружеской пары — в последнее время привлекает все больше внимания врачей и медицинских психологов. Это связано с большой распространенностью данной патологии во всех странах мира, огромным значением нарушений в сексуальной сфере для личности и социальным значением этой проблемы, с той существенной ролью, которую играет состояние сексуального здоровья супругов в сохранении здоровья семьи и прочности брака.

В ряде современных работ рассматриваются сексуальные расстройства, обусловленные различными соматическими и психическими заболеваниями [1, 2], первичные сексуальные дисфункции [3], имеются и исследования, посвященные изучению сексуальной дисгармонии супружеской пары, в основном работы представителей сексологической школы В.В. Кришталя [4, 5 и др.]. Однако эпидемиологические аспекты этой актуальной проблемы изучены очень мало, что препятствует совершенствованию сексологической помощи населению и лечебно-профилактических программ. Нами с учетом указанных обстоятельств было проведено обследование 1000 супружеских пар, проживающих в г. Черновцах и Черновицкой области, с целью выявления имеющихся у них нарушений сексуального здоровья. Изучение результатов обследования, для которого использовался метод системно-структурного анализа [6], проводилось по нозоформам сексуальных расстройств (первичные и вторичные сексуальные дисфункции и дезадаптивные формы нарушения сексуального здоровья). Предпринятое исследование представляет собой продолжение эпидемиологических исследований, опубликованных в работе [7]. Полученные данные, отражающие причины нарушения сексуального здоровья обследованных, обобщены в табл. 1 и 2.

Из данных табл. 1 следует, что первичная сексуальная дисфункция и вторичная, обусловленная психической патологией, чаще отмечалась у женщин, чем у мужчин; среди мужчин была более распространена вторичная сексуальная дисфункция, возникшая вследствие соматических заболеваний (особенно эндокринных и урологических).

Первичная сексуальная дисфункция выступает как самостоятельная патология и не связана с каким-либо предшествующим соматическим или психическим заболеванием. Ее формы могут быть обус-

ловлены разнообразными — социогенными, психогенными, социально-психологическими, соматогенными — причинами и соответственно различаться по течению и клиническим проявлениям, но общими для них являются первичность сексологической симптоматики и первоначальное поражение только сексуальной сферы, хотя впоследствии в патологический процесс могут вовлекаться и другие системы организма.

Дезинтеграционная форма сексуальной дисфункции является следствием первичного поражения высших корковых центров (парацентральных долек), регулирующих процесс семяизвержения и другие уrogenитальные автоматизмы. Причина их поражения окончательно не выяснена, возможно, что оно

Таблица 1

Нозоформы сексуальной дисфункции (данные в%)

Форма сексуальной дисфункции	Мужчины, n = 343	Женщины, n = 343
<i>Первичная дисфункция</i>		
Дезинтеграционная (синдром парацентральных долек)	5±2	—
Паторефлекторная	3±2	11±3
Абстинентная	2±2	13±3
Невроз ожидания неудачи	5±2	7±2
Молчаливый простатит	9±3	—
Всего	24±4	31±3
<i>Вторичная дисфункция</i>		
<i>Дисфункция, обусловленная психическими заболеваниями:</i>		
невротическим расстройством	10±3	15±3
специфическим расстройством личности	11±3	21±3
алкоголизмом	7±3	—
Всего	28±3	36±3
<i>Дисфункция, обусловленная соматическим заболеванием:</i>		
эндокринным	4±2	—
неврологическим	2±2	—
урологическим	5±2	—
гинекологическим	—	7±3
Всего	11±2	7±3

связано с действием патогенных факторов в антенатальный период, с родовой или черепно-мозговой травмой. В анамнезе у больных, как правило, отмечаются энурез и поллакиурия, в неврологическом статусе нередко определяются признаки избирательного нарушения пирамидной иннервации дистальных отделов ног.

Паторефлекторная форма сексуальной дисфункции возникает вследствие внезапного воздействия какого-либо ситуационного фактора, приведшего к неудачному половому акту с его последующей патологической фиксацией. У мужчин эта форма проявляется вначале нарушением эрекции или эякуляции, к которому в дальнейшем присоединяется гиполибидемия; у женщин — отсутствием генитальных реакций и аноргазмией. При неоднократном повторении неудачных половых актов патологическая связь закрепляется.

К возникновению абстинентной формы дисфункции приводят длительное половое воздержание у лиц, ранее живших регулярной половой жизнью, или кратковременные, но часто повторяющиеся периоды воздержания. Клинические ее проявления заключаются в сочетанном снижении либидо, у мужчин — в гипоэрекции и преждевременном семяизвержении, у женщин — в отсутствии лубрикации.

Невроз ожидания, представляющий собой навязчивое опасение неудачи в половом акте, развивается в результате фиаско, которое может быть обусловлено самыми разнообразными экзогенными и эндогенными причинами, но вызванное ими тревожное ожидание (анэрекции или анэякуляции у мужчин, аноргазмии у женщин) приводит к дезавтоматизации сексуальных реакций. При этом создается порочный круг: фиаско — ожидание неудачи — фиаско.

Молчаливый простатовезикулит развивается у мужчин с фрустрациями, дизритмией половой жизни, прерванными половыми актами в анамнезе и другими событиями, которые могут приводить к нарушению гемо- и лимфодинамики. Единственное клиническое проявление этой формы дисфункции — преждевременное семяизвержение. Пальпаторное исследование предстательной железы и микроскопия ее секрета не выявляют каких-либо патологических отклонений.

Вторичная сексуальная дисфункция развивается вследствие какой-либо психической или соматической патологии и является ее симптомом или синдромом.

При невротических расстройствах вторичная сексуальная дисфункция возникает, по данным литературы [4], у $24 \pm 3\%$ больных, значительно чаще — у $58 \pm 4\%$ — развиваются различные формы сексуальной дезадаптации. Проявления дисфункции зависят от формы невротического расстройства. Подобная зависимость существует и при сексуальной дисфункции, обусловленной специфическим расстройством личности: ее форма обуславливается типом личностного расстройства, его динамикой (компенсация, декомпенсация) и особенностями психосексуального развития больных.

Алкоголизм влечет за собой развитие сексуального расстройства у большинства больных (до 80%).

Причиной его является связанное с этим заболеванием нарушение нейрогуморальной и психической регуляции сексуальной функции. Вторичная сексуальная дисфункция проявляется при этом в слабости эрекции у мужчин, отсутствии генитальных реакций и снижении либидо у женщин.

Как видно из данных табл. 1, к вторичной соматогенной сексуальной дисфункции могут приводить заболевания самых разных органов и систем. Сексуальные расстройства, обусловленные эндокринной патологией, зависят прежде всего от того, на каком этапе полового развития она появляется, и от ее формы и тяжести. Нарушения в системе гипоталамус — гипофиз — надпочечники — гонады, а также поражение отдельных эндокринных желез могут приводить к расстройству не только эндокринной, но и психической регуляции сексуальной функции, ее сосудистого обеспечения, а также к патологии половых органов.

При сахарном диабете сексуальные нарушения связаны преимущественно с васкулогенными факторами, особенно у мужчин старшего возраста, у которых чаще всего наблюдается поражение артерий, питающих половой член. У больных при этом при сохранном половом влечении снижаются или исчезают спонтанные и адекватные эрекции, а также наблюдается ретроградная эякуляция; у женщин исчезает способность к оргазму.

Вторичные сексуальные расстройства наблюдаются при поражении различных отделов центральной нервной системы, и их клинические проявления, течение, степень тяжести зависят не столько от характера, сколько от топика и распространенности патологического процесса (кортикальный, диэнцефальный, мезэнцефальный, стволотой, спинальный с учетом уровня поражения, плексарный, корешковый). Так, поражение лобной локализации приводит к снижению либидо; подкорковое и очаговое поражение задней черепной ямки — к ослаблению эрекции. В генезе расстройства нервной регуляции сексуальной функции может играть роль и нарушение иннервации половых органов, связанное с поражением нерорецепторного аппарата.

При хроническом простатите может иметь место преждевременное семяизвержение, при сочетании простатита с колликулитом — болезненная эякуляция, стертый, иногда болезненный оргазм.

У женщин при воспалительных процессах в гениталиях причиной сексуальной дисфункции является нарушение эндокринной, нервной и психической ее регуляции. При воспалительном процессе в матке чаще отмечается нарушение оргазма, при воспалении придатков страдает также и либидо, вплоть до алибидемии, снижаются сексуальные ощущения и развивается аноргазмия. При хронических гинекологических заболеваниях большую роль в возникновении вторичного сексуального расстройства играют также наличие и характер болевого синдрома и нарушение психической регуляции сексуальной функции.

Как упоминалось выше, помимо первичной и вторичной сексуальной дисфункции нами были выявлены у обследованных супружеских пар дезадаптивные формы сексуального поведения и определена их

частота. Полученные при этом данные представлены в табл. 2.

Как видно из данных таблицы, самыми частыми были сексуально-эротическая и коммуникативная формы сексуальной дезадаптации супругов; реже всего встречалась сексуальная аверсия.

К возникновению сексуально-эротической формы дезадаптации приводит несоответствие у супругов диапазона приемлемости, обусловленное расхождением типов сексуальной мотивации, мотивов полового акта, психосексуальных типов мужчины и женщины, несоответствие проведения прелюдии и поз при половом акте варианту, наиболее усиливающему сексуальное возбуждение, и формы сексуального поведения одного из супругов, не отвечающие ожидаемой или желаемой модели (расхождение сексуальных экспектаций). Сексуально-эротическая дезадаптация возникает большей частью с первых же половых актов, когда неправильное сексуальное поведение приводит к появлению у супругов шаблонно-регламентированного типа сексуальной мотивации. Снижается интерес к половой жизни, у мужчин ослабляется эрекция, у женщин возникает гипо- или аноргазмия, и оба супруга испытывают психосексуальную неудовлетворенность.

В основе коммуникативной формы сексуальной дезадаптации лежит нарушение межличностных отношений супругов. Оно может быть следствием затруднения общения мужчины или женщины с представителями противоположного пола вследствие наличия таких черт характера, как робость, застенчивость и т.п., но может возникать в результате негативных эмоциональных реакций супругов по отношению друг к другу из-за неумения решать возникающие в семье проблемы, отсутствия взаимной любви и уважения, несоответствия направленности личности, морально-этических установок либо вследствие наличия у одного из супругов черт характера, вызывающих неприязнь у другого.

Социокультурная форма сексуальной дезадаптации развивается при несоответствии у супругов типов сексуальной культуры, которая включает такие характеристики, как отношение к любви, значение для личности соотношения «души и тела»; сексуальная мораль, отношение к противоположному полу;

психосексуальная ориентация; уровень информированности, знаний в области секса; сексуальная установка; полоролевое поведение; сексуальная мотивация и мотив полового акта; этические и эстетические установки; психосексуальные типы мужчины и женщины. При расхождении у мужа и жены этих критериев сексуальной культуры и возникает данная форма дезадаптации, которая проявляется психосексуальной неудовлетворенностью и обуславливает межличностный конфликт.

Дезинформационная форма сексуальной дезадаптации возникает при отсутствии у супругов достаточных знаний в области секса и правильных представлений о норме и физиологических колебаниях сексуальной функции. Это приводит к неправильной интерпретации ими своих сексуальных проявлений, предъявлению к себе неадекватных требований и в конечном счете — к сексуально-эротической дезадаптации.

Конституциональная форма сексуальной дезадаптации развивается при слабой половой конституции у одного из супругов, не соответствующей средней или сильной конституции другого.

Слабая половая конституция обуславливается, как известно, врожденной неполноценностью физиологической основы полового инстинкта — морфофункциональных структур, осуществляющих нейрогуморальную регуляцию половой функции. Мужчины и женщины при этом обычно мало реагируют на свою половую несостоятельность, личностные реакции у них если и возникают, то чаще всего слабо выражены. Данная форма дезадаптации проявляется разной сексуальной потребностью и сексуальной активностью мужа и жены, причем качество полового акта может не страдать, но возникают конфликты, у супруга с более сильной половой конституцией нередко наблюдаются внебрачные связи.

Последняя из рассмотренных форм сексуальной дезадаптации — сексуальная аверсия — это крайне негативное отношение к сексуальному партнеру или вообще к сексу. К ее формированию приводит обычно постоянная психосексуальная неудовлетворенность. Аверсия может развиваться и по осознаваемым, и по неосознаваемым механизмам вследствие таких причин, как отсутствие чувства взаимной любви, неприемлемые черты личности и характера супруга, несоблюдение гигиены тела и др.

Следует отметить, что при всех рассмотренных формах сексуальной дезадаптации нередко отмечалось усугубляющее ее несоответствие в паре полоролевого поведения супругов. Полоролевое поведение имеет, как известно, два уровня — биогенный и социогенный (уровень Я-концепции). Несоответствие маскулинности и фемининности личности на этих уровнях (полоролевая дискордантность) может приводить к внутриличностному конфликту, но отношения супругов в значительно большей степени зависят от соответствия их маскулинности и фемининности на уровне Я-концепции. Именно несоответствие на данном уровне определяет развитие межличностного конфликта, биогенный уровень полоролевого поведения менее значим в этом отношении. Неблагоприят-

Таблица 2

Дезадаптивные формы нарушения сексуального здоровья (данные в%)

Форма сексуальной дезадаптации	Количество супружеских пар
Социокультурная	5±2
Коммуникативная	11±3
Сексуально-эротическая	13±3
Дезинформационная	6±2
Несоответствие половой конституции	7±2
Сексуальная аверсия	1±1
Всего	43±3

ное сочетание полоролевого поведения в супружеской паре может быть и основной причиной сексуальной дезадаптации, которая в этих случаях выступает в качестве самостоятельной — полоролевой — ее формы.

Таким образом, проведенное исследование позволило получить представление о встречающихся в достаточно репрезентативной выборке нозологических формах нарушения сексуального здоровья и их

распространенности среди населения. Полученные данные могут быть использованы для разработки системы патогенетической психотерапевтической коррекции первичных и вторичных сексуальных дисфункций и дезадаптивных форм сексуального поведения мужчин и женщин, а также для выбора направлений и совершенствования методов профилактики указанных нарушений.

Литература

1. Сексология и андрология / Под ред. А.Ф. Возианова, Г.И. Горпинченко.— К.: Абрис, 1997.— 880 с.
2. *Келли Гэти Ф.* Основы современной сексологии: Пер. с англ.— С.Пб: Питер, 2000.— 896 с.
3. *Топалов Д.П.* Психопрофилактика первичных сексуальных расстройств у мужчин: Дис. ... канд. мед. наук.— Харьков, 2002.— 208 с.
4. *Скрипников А.Н.* Удовлетворенность половой жизнью супружеской пары при психопатии у мужа // Вісн. пробл. біол. і мед.— 1998.— № 16.— С. 68–71.
5. *Бобир Г.М.* Подружня дисгармонія у безплідному шлюбі при хронічному аднекситі у жінок та її психотерапія: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— К., 2002.— 18 с.
6. *Кришталь В.В., Григорян С.Р.* Сексология.— М.: Per Se, 2002.— 879 с.
7. *Высоцкий В.М.* Эпидемиологические исследования в сексологии // Междунар. мед. журн.— 2004.— Т.10, № 1.— С. 71–75.

Поступила 17. 05. 2004

EPIDEMIOLOGICAL ASPECTS OF SEXUAL HEALTH DISTURBANCES IN MEN AND WOMEN IN UKRAINE

V.M. Vysotsky

S u m m a r y

The results of epidemiological research of the state of sexual health of the residents of Chernovtsy and Chernovtsy region, which allowed to obtain the data about the nosological structure of its disorders and population incidence, are presented.