

Эректильная дисфункция у мужчин при неврозах

С.В. Акопян

Кафедра сексопатологии и репродуктологии ЕреГМУ им. М.Гераци
375025, Ереван, ул. Корюна, 2

Ключевые слова: эректильная дисфункция, неврозы, сексуальное здоровье

Одной из актуальнейших проблем современной сексопатологии в последние десятилетия является проблема взаимосвязи неврозов и эректильной дисфункции у мужчин. Впервые сведения о наличии нарушений потенции у мужчин при неврозах появились в конце XIX века. О.Вард (1885г.) первым предложил термин *половая неврастения*. Р.Крафт-Эбинг (1890г.) описал сексуальные расстройства при истерии и меланхолии. В последующем большинство авторов описывали сексуальные нарушения исключительно термином *половая неврастения*.

Многие современные исследователи проблемы неврозов придерживаются того мнения, что подавляющее большинство половых расстройств возникает именно на фоне неврозов [1,5,14,15,18,22-26,28]. Следует отметить, что внимание исследователей в основном концентрируется на функционально-психогенных сексуальных расстройствах, возникающих под влиянием психических травм, поражающих непосредственно сексуальную сферу, а возможность развития импотенции на фоне уже существующего невроза при этом не учитывается [13,17,27,28].

В рамках нейродинамической концепции неврозов И.П.Павлова в 70-80-е годы XX века возникает большой интерес исследователей к проблеме взаимосвязи неврозов и эректильной дисфункции. Однако по мере увеличения числа соответствующих работ значительно возросли противоречия, касающиеся распространенности, клиники и механизмов нарушений потенции у больных неврозами.

Частота сексуальных расстройств среди мужчин, обращающихся по поводу невроза, по данным различных авторов, колеблется от 12 до 78% [2,9,16,17]. Столь значительное расхождение можно объяснить неоднородностью методологических

подходов и разнообразием применяемых различными исследователями классификаций. Например, ряд авторов [20,21] все случаи неврозов с половыми нарушениями выделяют в самостоятельную форму заболевания (*сексуальные неврозы*) или же рассматривают импотенцию на фоне невроза как своеобразную разновидность неврастения (*сексуальная неврастения*) [22]. В ряде других работ, посвященных данной проблеме [10,16,19], расстройства потенции чаще всего рассматривались как проявления психастении (психопатии). И.М.Порудоминский (1957г.) среди причин функциональной импотенции перечисляет: неврастению, истерию, психастению, невроз навязчивых состояний и сексуальный невроз. С.А.Торосян (1961г.) относит к ним еще и реактивный невроз с ипохондрическим синдромом и реактивную депрессию.

Тем не менее, несмотря на несопоставимость нозологических оценок и неоднородность методологических подходов, все же существует единое мнение, состоящее в том, что сексуальные нарушения у мужчин при неврозах вызываются психогенными факторами и поэтому носят исключительно функционально-психогенный характер.

Таким образом, в рамках нейродинамической концепции неврозов (апробированная на животных и не учитывающая личность больного, характер межличностных отношений в семье, особенности половой конституции, возраст и т.п.) сложнейшая клиника нарушений мужской потенции при неврозах превратилась в крайне упрощенную, механистическую модель. Многие авторы не только не замечают ее противоречивости, но и не видят основного-глубокого различия в патогенезе половых нарушений у больных различными неврозами. Поэтому в ряде исследований, посвященных данной проблеме, приводится односторонняя трак-

товка клинических фактов, а механизмы возникновения нарушений потенции у больных неврозами объясняются только функциональным нарушением кортикальной деятельности и нейродинамическим рассогласованием *раздражительного и тормозного процессов* с последующим вовлечением в патологический процесс *спинальных половых центров* [5–7,9]. Ряд авторов [16,24] полагает, что для гиперстенической формы невращения характерны повышенная возбудимость половой сферы, выражающаяся усиленным половым влечением, частыми спонтанными эрекциями и преждевременной эякуляцией, частыми эротическими сновидениями и ночными поллюциями. По мнению А.М.Святоша [21], повышенная возбудимость, свойственная гиперстенической форме невращения, приводит к растормаживанию полового влечения и тем самым облегчает возникновение эрекции.

При гипостенической форме невращения большинство исследователей [1,4,6,16] выявили понижение либидо, снижение эрекции и ускоренную эякуляцию. Предполагается, что это является результатом *запредельного торможения* на фоне истощения *возбудительного и тормозного процессов* в коре головного мозга, а также функционального истощения *спинальных половых центров* и появления парабриза в высшей нервной деятельности.

Однако результаты исследований нарушений потенции при невращениях не всегда однозначны и нередко противоречивы. Так, допускается [6], что при гипостенической форме невращения наряду с торможением может наблюдаться и перевозбуждение эякуляторной функции с преждевременной эякуляцией с достаточно сильной эрекцией. Однако, казалось бы, что при гипостенической форме невращения (при преобладании *активного торможения*) следовало ожидать обратной реакции.

По утверждению другого автора [4], и для гиперстенической, и для гипостенической формы невращения характерно ослабление эрекции с преждевременной эякуляцией. Однако такая однотипность симптоматики, когда и при *усилении процессов возбуждения* (гиперстеническая форма) и при *усилении процессов торможения* (гипостеническая форма) наблюдаются ускоренная эякуляция и слабость эрекции, свидетельствует лишь о недостаточности объяснения причин

эректильной дисфункции только с позиций нейродинамической концепции.

Есть мнение, что для больных истерическим неврозом с фобическим синдромом характерны высокий уровень либидо и хорошая эрекция, а низкая частота копулятивных актов у этих лиц объясняется лишь неадекватным сексуальным поведением женщин [5,7,31]. В свою очередь, у больных истерическим неврозом с астеническим и астеноипохондрическим синдромами причиной половых нарушений является чувство сексуальной недостаточности, приводящее к урежению частоты половых актов, хотя либидо и хорошая эрекция остаются у этих больных на достаточно высоком уровне.

В то же время при истерическом неврозе у мужчин констатируется не только перевозбуждение, но и торможение половой функции [23]. Высказывалось предположение, что торможение половой функции в этих случаях развивается по механизму, заключающемуся в *условной желательности* импотенции для больного [16]. Имеются сведения о том, что патофизиологической основой угнетения либидо и оргазма при этом является торможение безусловных половых рефлексов [6,8]. Указанное торможение развивается по механизму *условной желательности* половой слабости и наблюдается у больных, разочаровавшихся в браке, но не переживающих тяжело собственные неудачи, так как у них имеется желание освободиться от уз брака [2,7].

Таким образом, *условная желательность* при истерии – это условнорефлекторный механизм: временные или случайные нарушения половой функции, избавляющие больного от необходимости проводить половой акт с нежеланной партнершей, закрепляются благодаря образованию условного рефлекса. Возможно, что сексуальные расстройства при истерическом неврозе развиваются по эгоцентрической схеме: требование непрерывного преклонения перед собственной персоной без взаимной отдачи, как правило, рано или поздно утомляет и отталкивает партнера [8].

В отдельных работах [10,12] отрицается возможность развития гиперсексуальности у мужчин при истерическом неврозе, а допускается лишь ослабление полового влечения. Последнее объясняется преобладанием подкорки над ослабленной корковой деятельностью, в результате чего

адекватные сексуальные раздражители становятся сверхсильными и вызывают *запредельное торможение* [9]. Существует и противоположное мнение, согласно которому при истерическом неврозе усиливается корковая сигнальная компонента и угнетается подкорковая и спинальная регуляция, в результате чего и возникают слабость эрекции и ускоренная эякуляция [3].

Перевозбуждение половой функции у больных неврозом навязчивых состояний сопровождается значительным повышением полового влечения, навязчивыми сексуальными устремлениями, эротоманией, мастурбацией и частыми эротическими сновидениями с поллюциями [5,16,20].

Таким образом, по данным литературы наблюдается парадоксальное положение: больным неврозами с нарушением потенции приписывается сексуальная активность [5,7,16,21]. Однако существует мнение, согласно которому половые расстройства у мужчин при неврастении обусловлены астеническими, ипохондрическими и вегетативными проявлениями невроза, которые сопровождаются снижением полового влечения и ведут к уменьшению сексуальной активности [1].

Действительно, трудно допустить, чтобы при развитии неврастении могло наблюдаться усиление сексуальности больных. Напротив, с первых же дней развития неврастения наступает дезактуализация сексуальной активности, сопровождающаяся резким снижением либидо и потенции [11]. Одновременно происходит уменьшение всех внешних проявлений половой функции: урежаются и даже полностью исчезают спонтанные эрекции, эротические сновидения и ночные поллюции.

Более того, в литературе последних лет [2,10,18,27,29] появляются высказывания о том, что не только при неврастении, но и при других формах неврозов нарушения потенции у мужчин проявляются исключительно в виде постоянного снижения либидо и половой активности. Наряду с этим хорошо известно, что более или менее выраженная гипестезия (вплоть до анестезии) полового чувства характерна для любых тяжелых душевных переживаний, и поэтому половое влечение при субдепрессивных состояниях чаще всего снижено или отсутствует, а половой акт совершается редко и не без труда, не принося соответствующего удовлетворения [23].

Это мнение подтверждено при обследовании больных неврозами мужчин с помощью метода структурного анализа сексуальных расстройств [8,11]. У всех обследованных выявлены снижение интенсивности или даже полное отсутствие полового влечения, чувство неуверенности при попытке интимной близости, ослабление или отсутствие адекватных и спонтанных эрекций, ускоренная эякуляция. Аналогичные данные получены при исследовании интерорецептивно-психогенной копулятивной дисфункции [20], причиной которой в 21,4% случаев явились невротические нарушения.

Таким образом, результаты клинических исследований по данной проблеме весьма неоднозначны и противоречивы. Наряду с этим в литературе последних десятилетий все чаще появляются высказывания различных авторов о том, что для понимания патогенеза сексуальных расстройств важно учитывать физиологические, психологические и социальные патогенные факторы в их единстве [2,18,25,26,30,31]. Используя метод структурного анализа сексуальных расстройств у мужчин, многие авторы [8,11,25] рассматривают эти расстройства при различных заболеваниях не с позиции нарушения в одном звене регуляции, а с выделением всех поврежденных и вовлеченных в патологический процесс структур. Подобное изучение всей системы в целом надо признать наиболее удачным, поскольку в рамках целостного организма со сложной иерархической системой регуляции половой функции трудно представить изолированное повреждение одного из уровней регуляции без вовлечения в процесс других систем обеспечения функции [2,18].

Факторами, предрасполагающими к появлению эректильной дисфункции, следует считать наследственную отягощенность, органическую предрасположенность, слабую половую конституцию, особенности возраста, нарушения в деятельности вегетативной нервной системы, воспалительные изменения в половых органах, нейрогормональные отклонения в симпатико-адреналовой системе, наличие акцентированных черт личности, межличностную дисгармонию супругов и др.

Таким образом, обзор литературных данных показывает, что к настоящему времени накоплено немало сведений об эректильной дисфункции у мужчин, больных неврозами. Эти сведения зачастую противоречивы, что и вызывает необходи-

ность их детального сопоставления и систематизации, а также свидетельствует о том, что

ряд вопросов этой проблемы нуждается в уточнении и дальнейших исследованиях.

Поступила 25.12.06

Էրեկտիլ ֆունկցիայի խանգարումները ներոզներով տառապող տղամարդկանց մոտ Ս.Վ. Հակոբյան

Ամփոփ տեսության մեջ ներկայացված են ներոզներով տառապող տղամարդկանց սեռական ֆունկցիայի խանգարումների մասին ընդհանուր տեղեկությունները: Գրականության

տվյալներում հայտնաբերված են հակասություններ և տարակարծիքներ: Եզրակացվում է, որ տվյալ հիմնախնդրի մի շարք կետեր կարիք ունեն ճշգրտման և հետազոտման:

Erectile dysfunctions in men suffering with neurosis

S.V. Hakobyan

In the review the latest information concerning male erectile dysfunction with neurosis is presented. Some contradictions are revealed in the literature. The con-

clusion is made that some points of this problem need further research in future.

Литература

- Агарков С.Т., Агаркова Т.Е. Общесексологические проблемы терапевтической практики. Таллин, 1983, с. 84–103.
- Андрология. Мужское здоровье и дисфункция репродуктивной системы (пер. с англ.). Под ред. Э.Нисплага, Г.Бере. М., 2005, 554 с.
- Бродовский Л.Т. Особенности личности и половые нарушения у больных алкоголизмом. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Донецк, 1981, 26с.
- Бузиашвили Ш.С. Современные проблемы сексопатологии. Киев, 1986, с. 35–36.
- Буртянский Д.Л., Кришталь В.В., Смирнов Г.В. Основы клинической сексологии и психогенетической психотерапии. Саратов, 1987, 348 с.
- Вайнер Г., Грин Р. Импотенция: физиология, психология, хирургия, диагностика и лечение (пер. с англ.). М., 1985, 567 с.
- Варшавская Е.Б. Клиническая и психологическая характеристика больных невротическими и истерическими неврозами мужчин в связи с задачами оценки их сексуальной сферы. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Л., 1986, 28 с.
- Васильченко Г.С. Частная сексопатология. М., 1983, т. 2, с. 180–190.
- Вейн А.М. Болезни нервной системы. М., 1982, т. 2, с. 365–376.
- Галеев Р.С., Анахин Ю.А. Актуальные вопросы сексопатологии. М., 1986, с. 79–80.
- Голобурда А.В. Структурный анализ нарушений потенции у мужчин при неврозах. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Харьков, 1984, 24 с.
- Завадская С.С., Гольдман В.А. Актуальные вопросы сексопатологии. М., 1986, с. 95–96.
- Имелинский К. Сексология и сексопатология (пер. с польск.). М., 1986, 387 с.
- Кандедаки А.Т. Клинические особенности невротических и неврозоподобных состояний с первичными и вторичными нарушениями сексуальной сферы у мужчин. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Тбилиси, 1985, 24 с.
- Карвасарский Б.Д. Психотерапия. М., 1985, 425 с.
- Корик Г.Г. Половые расстройства у мужчин. Л., 1973, 246 с.
- Кратохвил С. Терапия функциональных сексуальных расстройств (пер. с чеш.). М., 1985, 425 с.
- Кришталь В.В., Григорян С.Р. Сексология. М., 2002, 879с.
- Липгарт И.К., Агарков С.Т. Частная сексопатология /Под ред. Г.С. Васильченко. М., 1987, т. 2, с. 202–205.
- Липгарт И.К., Стукалова Л.А., Виш И.М. и др. Неврозы и сексуальные расстройства. Воронеж, 1985, 325 с.
- Сядош А.М. Неврозы. М., 1982, 358 с.
- Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. М., 1986, 245 с.
- Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. М., 1987, 204 с.

24. Andrews F., Abbey A., Halman L. Is fertility-problem stress different? The dynamics of stress in fertile and infertile couples, *Fertil. Steril.*, 1992, 57:13-121.
25. Arentewicz G., Schmidt G. Sexuell gestorte Beziehungen. Springer, Berlin, Heidelberg New York, 1993.
26. Band D.A., Edelmann R.J., Avery S. et al. Correlates of psychological distress in relation to male infertility, *Br. J. Health Psychol.*, 1998, 3:245-256.
27. Edelmann R.J., Connolly K.J. Psychological aspects of infertility, *Br. J. Med. Psychol.*, 1986, 59:209-219.
28. Fischer C., Rohde A., Klasten R. et al. Einstellung zu Sexualität, Schwangerschaft und Geburt bei männlichen Patienten einer Kinderwunschprechstunde, *Z. Med. Psychol.*, 1996 4: 1985.
29. Gagel D.E., Ulrich O., Pastor V.S. et al. Psychosoz. Aspekte von Fruchtbarkeitsstörungen, Huber, Berlin, 1997, p. 113-125.
30. Garel M., Salobir C., Blondel B. Psychological consequences of having triplets: a 4-year follow-up study, *Fertil. Steril.*, 1997, 67:1162-1165.
31. MacLeod J., Gold R.Z., McLane C.M. Correlation of the male and female factors in human infertility, *Fertil. Steril.*, 1996, 6:112.