**Сексуальные расстройства при шизофрении**

Шизофрения - загадка психиатрии. Достаточно сказать, что на сегодняшний день существует более двадцати достаточно обоснованных теорий происхождения этого заболевания. Например, доказано, что если один из близнецов болен шизофренией, то вероятность заболевания для второго около 86 %, что значительно превышает риск заболевания для просто братьев и сестер. Если шизофренией страдает один из родителей, то риск для детей составляет около 50 %, а если и отец, и мать, то более 70 %. Таким образом, показана наследственная передача болезни. В то же время, одни генетические факторы не обьясняют ни частоты, ни особенностей шизофрении.

Поэтому считают, что наследственно передается только большая или меньшая предрасположенность, на которую могут наложиться определенные воздействия внешней среды, а также некоторые иммунные и биохимические особенности самого организма. Кроме того, существует теория самоотравления головного мозга при тонких нарушениях обмена веществ.

Клинически выделяют различные формы течения шизофрении - непрерывно текущую, приступообразную, смешанную. Однако при всех формах на первый план выступают особенности личности, своеобразная внутренняя логика больного, преобладание внутренних импульсов над внешними, а на далеко зашедших этапах отчужденность, уплощение личности, постепенная потеря контактов с окружающим миром.

Следует подчеркнуть, что шизофрения далеко не всегда сопровождается выраженным бредом, извращенностью поведения, отстраненностью от мира. Многие великие люди страдали шизофренией - Гоголь, Гитлер, Босх. Вообще считается, что яркие проявления заболевания нередко встречаются в богемной среде, среди художников, артистов, но расцениваются как своебразие творческого характера. С другой стороны, люди, чей образ жизни не связан с общением с людьми, не требует эмоциональных переживаний, страдают шизофренией не реже, но обращаются к врачу гораздо реже, поскольку их поведение не позволяет выявиться нарушениям, которые были бы более заметны при широком общении с людьми. Таким обазом, шизофрения распространена во всех слоях общества.

Взаимное влияние шизофрении и сексуальных нарушений отмечено давно. Сексуальные расстройства могут достаточно четко отражать изменения личности при шизофрении. Расстройства сексуального влечения считаются одними из первых признаков надвигающегося распада психики. Среди клинических проявлений шизофрении особое значение придают нарастанию аутизма, отчужденности, которая изменяет отношение к окружающему, сужает личностные связи и затрудняет налаживание интимных контактов. Потеря эмоциональности снижает влечение, ослабляляет либидо, вызывает половую слабость. Кроме того, в рамках внутреннего изменения личности или под влиянием осечек в обычной половой жизни нередко у шизофреников возникают извращения полового влечения. Хотя необходимо подчеркнуть, что сами по себе половые извращения могут существовать и у психически здоровых людей (это особая тема).

С другой стороны, сами по себе сексуальные нарушения могут провоцировать обострение шизофрении, точно так же, как и любые другие жизненные затруднения, стрессы нередко приводят к проявлению заболевания у психически здоровых прежде людей. Например, мальчик, с детства воспитывающийся в "тепличных" условиях, попав в армию, может дать первый в жизни приступ шизофрении, хотя до того никакой врач не стал бы выставлять ему этот диагноз.

Можно разделить сексуальные нарушения у больных шизофренией на две большие группы: нарушения эрекции, семяизвержения, выраженности оргазма, самого полового влечения, а также менструаций и плодовитости у больных. С другой стороны, сексуальные мотивы нередко встречаются в общих психопатологических синдромах шизофреников: бред ревности, любовный бред, непрерывное писание любовных писем или порнографии, необычные ощущения в области половых органов, а также в других областях, возбуждающие больного и т.д.

Среди социально опасных и социально неприемлемых форм сексуальных нарушений у шизофреников отмечают склонность к криминогенным (изнасилования, эксгибиционизм) и упорную демонстративную мастурбацию. Вообще говоря, среди шизофреников сексологических больных больше, чем среди здоровых людей. В то же время, среди обратившихся за помощью к сексопатологу, шизофреники составляют около 7 %, причем большинство из них никогда раньше на учете не состояли и диагноз им был впервые выставлен лишь после анализа сексуальных жалоб. Обычно это достаточно активные люди, заболевание у которых похоже на невроз или просто чрезмерную озабоченность своим здоровьем и постановка им диагноза может быть весьма затруднена.

С другой стороны, подобных больных нередко приводят супруги или родители, заметившие отклонения в поведении больного, но не понимающие, с чем они связаны. У таких пациентов при тщательном расспросе выявляются эпизоды, которые в корне меняют все представление о поводах тех или иных поступков. Например, попытка самоубийства на почве "несчастной любви" может быть продиктована бредом половой несостоятельности, а вовсе не эмоциональными переживаниями отвергнутого влюбленного. Депрессия, якобы вызвавшая снижение влечения, на самом деле обусловлена неприятными ощущениями в области половых органов, что также оказывается вписанным в рамки бреда. Таких больных лечит психиатр.

Сексопатологи, в основном, занимаются теми нарушениями половой функции, которые не связаны с психическими расстройствами, а существуют сами по себе. Ведь у шизофреника, как у любого другого человека может быть простатит, возрастное снижение влечения, ускоренное семяизвержение и т.д.

Обычно к сексопатологу больного шизофренией приводит убежденность в своем "половом бессилии". Одни упорно приписывают это своим занятиям онанизмом (совершенно безвредным), другие - общему снижению жизненного тонуса, хотя при расспросе оказывается, что они живут обычной половой жизнью и их показатели не отличаются от множества других людей, не считающих себя больными. Нередко оказывается, что импотенцию им "сделали" - жена, бывшая любовница, даже врач. Обычно такие больные упорно избегают психиатров и не выполняют рекомендации других врачей, в том числе и сексопатолога.

Чаще всего сексопатологу приходится иметь дело с больными вялотекущей шизофренией. Такие больные чаще жалуются на снижение полового влечения, иногда в комбинации с другими нарушениями - слабой эрекцией, ускоренным семяизвержением, притуплением оргазма. Большинство таких пациентов находятся в возрасте 18 - 30 лет. У многих удается выявить мастурбацию, которая имела место еще до периода полового созревания и сопровождалась необычными фантазиями или протекала в извращенной форме (елозание на животе по кровати, "скручивающие" воздействия на пенис, прижимание полового члена или яичек и т.д. В юности нередко отмечается резкой прекращение отношений с окружающими и родными, злобность, неустойчивое настроение. Иногда бывают жалобы на переливание жидкости в яичках или внизу живота, пульсацию, невнятные боли и т.д. Обьяснения происходящего сводятся к "закупорке" семявыносящих протоков или мочеиспускательного канала, "размножение микробов", повреждения при мастурбации много лет назад.

Половое влечение чаще снижается в 20 - 25 лет и если больной к этому возрасту еще не женат, нередкая слабость эрекции, как правило, не позволяет начать половую жизнь и вступить в брак. Походы к урологам примерно у 1/4 больных выявляют расстройства со стороны простаты, однако ее лечение не приводит к улучшению сексуальности. Применение гормональных препаратов (по показаниям или самостоятельно, без врачебного контроля) также не могут нормализовать влечение и скорректировать поведение больного. При этом уже на первом приеме может обратить на себя внимание двойственность подхода к сексуальным проблемам: с одной стороны - настойчивость в получении специализированной помощи, а с другой - вялое обоснование "хочу быть как все", "так надо"...

Снижение либидо связано с постоянным физическим дискофортом, свойственным шизофрении. Психическое наполнение полового влечения порой далек от реальности, отражает не обычное взаимодействие полов, а своеобразные собственные фантазии, а то и бредовые переживания. Но даже и оно быстро тускнеет, когда мужчина выходит из возраста юношеской гиперсексуальности (17 - 23 года).

С точки зрения общей сексологии, половое поведение включает в себя 4 составляющих: гормональная, психическая, эрекционная, эякуляторная (у женщин, соответственно, генито-сегментарная). Все они должны быть уравновешены. Понятно, что психотерапия не поможет при повреждении сосудов половых органов. И в то же время, гормоны вовсе не нужны, если речь идет о психических нарушениях. То-есть, одно и то же проявление (слабая эрекция или ускоренное семяизвержение) может быть проявлением самых разных патологических процессов, а потому требует различного лечения. Поэтому попытки самолечения, свойственные шизофреникам в еще большей степени, чем психически здоровым людям, как правило, заканчиваются неудачей, а то и ухудшением как сексуального, так и психического состояния.

Если человек страдает приступообразной шизофренией, то нередко сексуальные расстройства проявляются у него только во время обострения. Однако, если с течением времени заболевание усиливается, то изменения сексуальности могут стать необратимыми. Кстати, говоря об изменениях, далеко не всегда имеются в виду симптомы снижения половой функции. Иной раз, особенно при двухфазном течении шизофрении, может отмечаться резкое усиление либидо, потребность во все новых сношениях, которые могут сопровождаться снижением яркости оргазма (как у мужчин, так и у женщин).

Иногда пожилые женщины с обострением шизофренического процесса начинают ощущать так называемое "сухое" возбуждение, при котором, несмотря на сильнейшее желание и яркие фантазии на сексуальные темы, не происходит увлажнение половых органов.

Лечение сексуальных расстройств у больных шизофренией происходит по одному из 3 направлений:

Лечение сексуальных расстройств, развившихся независимо от основного заболевания, например, хронический простатит у больного шизофренией вне периода обострения. Поскольку оба эти заболевания в данном случае никак не связаны, сексопатолог проводит обычное лечение в зависимости от предьявляемых жалоб.

Предьявление сексологических жалоб, вытекающих из шизофренического изменения личности. В таком случае терапию назначают совместно с психиатром. Как правило, по мере нормализации психического состояния, наблюдается отчетливое улучшение и сексуального состояния пациента.

Предьявление жалоб в рамках бреда. Вначале терапию проводит психиатр, а по мере нормализации состояния больного, в лечение включается сексопатолог.

В процессе лечения психических расстройств нередко возникают сексуальные расстройства. Нейролептики часто вызывают ухудшение эрекции, а иной раз и застойное семяизвержение или сухую эякуляцию (ощущение оргазма есть, но семяизвержение не происходит). Транквилизаторы могут снижать половое влечение и ослаблять эрекцию. Однако, все изменения, зависящие от лечения основного заболевания, проходят после окончания курса и сексуальность восстанавливается. Поэтому не следует чрезмерно переживать, если такие нарушения появятся в период лечения у психиатра - все это пройдет.

В заключение несколько слов к тем, чей родственник болен шизофренией. Как от человека, сломавшего ногу не требуют, чтобы он сходил в магазин, так и от психически больного не следует требовать и ожидать слишком многого. Нужно мягко и осторожно направлять его на то, что в его силах. Бережное, хотя и справедливое отношение к больному позволит избежать многих неприятностей, в том числе и сексуальных.