**Супружеская дезадаптация при паторефлекторной форме первичной сексуальной дисфункции у мужчин**

Р. И. Рудницкий, Буковинская государственная медицинская академия, г. Черновцы

Рассмотрены причины, механизмы развития и проявления паторефлекторной формы первичной сексуальной дисфункции у мужчин и супружеской дезадаптации при данной патологии. Предложена программа психотерапевтической коррекции, позволяющая восстановить сексуальное здоровье супружеской пары.

Первичное расстройство сексуального здоровья представляет собой самостоятельную патологию, т.е. не является следствием какого-либо соматического или психического за­болевания и, соответственно, имеет собственную специфиче­скую сексологическую симптоматику [1, 2]. Оно может быть вызвано разными причинами, иметь разное течение и клини­ческие проявления, но главной его характеристикой служит первоначальное поражение только сексуальной сферы, что, естественно, не исключает вовлечения в патологический процесс и других систем организма.

Одной из довольно часто встречающихся форм первичного сексуального расстройства потенции у мужчин является паторефлекторная его форма. Ее причиной служат ситуационные моменты, которые обусловливают неудачу полово­го акта, а затем его патологическую умовнорефлекторную фиксацию. В литературе эта форма нарушения сексуального здоровья освещена недостаточно и, как правило, односторон­не: не рассматривается нарушение сексуальной функции у жен больных, механизмы развития и проявления вызванной данной патологией у мужчин супружеской дезадаптации [2, 3, 5]. В то же время в настоящее время можно считать обще­принятым положение, в соответствии с которым при нарушении сексуальной функции у одного из супругов неизбеж­но возникает сексуальная дезадаптация супружеской нары, коррекция которой возможна только на основе учета состоя­ния сексуальной сферы у обоих супругов.

Целью исследования было изучение причин развития паторефлекторной формы сексуальной дисфункции у мужчин, ее течения и проявлений, симптомов сексуального расстрой­ства, возникающего у их жен, а также определение путей пси­хотерапевтической коррекции как самого нарушения потен­ции у мужчин, так и развивающейся при этом супружеской дезадаптации.

**Материалы и методы**

Под нашим наблюдением находились 22 супружеских пары, в которых мужья страдали паторефлекторной формой сексуальной дисфункции, обратившиеся в Черновицкую областную психиатрическую больницу. Пациенты были в воз­расте от 23 до 31 года, причем мужья и жены входили в одну возрастную группу. Давность сексуальной дисфункции у мужчин составляла от 1 года до 8 лет.

Использовали клинико-исихопатологический, психологический, социологический и статистический методы исследования. Для всестороннего обследования заполняли специально разработанную карту сексологического обследования супружеской пары. Нарушения сексуального здоровья выявляли путем проведения системно-структурного анализа сексуального здоровья, заполняя структурную решетку на­рушения сексуального здоровья супружеской пары по ком­понентам и нозоформам [2].

**Результаты исследований и их обсуждение**

Данные литературы [3-5] и наш собственный клинический опыт дают основание разделить причины неудачного полового акта, в результате патологической фиксации кото­рого развилась паторефлекторная форма сексуальной дис­функции у мужчин, на пять групп.

К первой группе можно отнести страх быть обнаруженным в непристойной ситуации или боязнь заражения венерическим заболеванием, угрозу разоблачения, установку на свою половую неполноценность вследствие преувеличения патогенности мастурбации, иногда чрезмерную идеализацию молодоженом своей супруги. Эти состояния приобрета­ют патогенный характер, когда вызывают большое эмоцио­нальное напряжение. В таких случаях происходит срыв по­ловой функции, который можно объяснить физиологичес­ким механизмом так называемой "сшибки" - столкновения двух противоположных процессов: возбуждения 1-й сиг­нальной системы и подкорки и торможения, исходящего из 2-й сигнальной системы. Среди наших пациентов эти причины имели место у 4 (18.8%) человек.

Ко второй группе причин данной формы сексуальной дисфункции, встречающейся несколько чаще, чем первая, относятся действие внешнего раздражителя значительной силы (внезапный окрик, стук, крик, выстрел), приводящее к срыву полового акта по механизмам внешнего торможения. Эту причину мы отметили у 5 (23+9%) больных.

Третьей причиной является 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, в частности, к гипо- или анэрекции. Эта причина наблюдалась у 3 (14.8%) пациентов. С той же частотой встречалась и четвертая причина - несоответствие ощущений и суммации раз­дражений, возникших при половом акте, с ощущениями, ставшими привычными при практиковавшейся ранее мастурбации.

Наконец, самой частой причиной возникновения паторефлекторной формы сексуальной дисфункции являются, по нашим данным - у 6 (27+10%), физиологические колебания половой функции или ее временное ослабление в силу гиперфатигации.

Для рассматриваемой формы сексуального расстройства характерно острое начало: как правило, она возникает внезапно, и больные уверенно называют дату, когда это случилось. Обычно первым ее проявлением являются изолиро­ванное нарушение эрекции (91.6%) или эякуляции (9+6%), в дальнейшем эти нарушения проявляются в сочетании -гипо- или анэрекция и расстройство эякуляции (преждевре­менная эякуляция). Причина, вызвавшая фиаско, может действовать весьма кратковременно, но в результате закрепления неудачи по механизму невротической фиксации в последующем все половые акты протекают неудачно, причем по мере увеличения числа неудач, при неоднократном их по­вторении, патологическая связь еще более закрепляется.

Все пациенты испытывают психосексуальную неудовлетворенность. У всех возникают выраженные эмоциональные реакции на неудачные половые акты, однако со временем эти реакции подвергаются обратному развитию, больные начинают относиться к нарушению своей сексуальной функции более спокойно, и через два-три года происходит отрыв сексопатологической симптоматики от невротических реак­ций личности на свою сексуальную несостоятельность.

Чаще всего паторефлекторная форма сексуального расстройства возникает в возрасте от 20 до 30 лет, когда, как известно, нагрузка на сексуальную функцию наиболее велика и половая жизнь особенно актуальна. Поэтому даже случай­ные неудачи могут оказаться для человека высокозначимыми и приводить к описанным выше нарушениям. Но при этом имеют значение патопластические факторы, которыми могут быть асинхронии полового развития, слабая или ослабленная средняя половая конституция, тревожно-мнительные черты характера. Типичны для мужчин с этой формой дисфункции шаблонно-регламентированный тип сексуальной мотивации и самоутверждение как мотив полового акта. Тип сексуальной культуры у них в большинстве случаев невротический.

Системно-структурный анализ сексуального здоровья у больных с паторефлекторной формой сексуальной дисфункции и их жен [2] позволяет выявить у мужчин стержневое поражение психической составляющей анатомо-физиологического компонента вследствие патологической фиксации неудачного полового акта. У женщин нарушение этой составляющей обусловлено личностной реакцией на заболе­вание мужа и супружескую дезадаптацию. В большинстве случаев нарушены и остальные компоненты сексуального здоровья, особенно часто - информационно-оценочная составляющая социального компонента в результате недостаточной или неправильной информированности супругов в области психогигиены половой жизни, а также психологический компонент, нарушение которого обусловлено неблагоприятными для коммуникации характерологическими чертами мужчин [5].

У всех жен больных, как показали наши наблюдения, отмечается оргазмическая дисфункция, у 14+8% также отсутствие любрикации, а в ряде случаев (9.6%) возникает сексуальная аверсия (сексуальное отвержение). Вследствие этого у супругов формируется сексуальная (супружеская) дезадаптация. В подавляющем большинстве наблюдений (82+8%) развивается дебютантная дезадаптация и лишь в 18+8% - приобретенная ее форма. Дебютантная форма дезадаптации возникала с самого начала супружеской жизни, а приобретенная - в тех случаях, когда у супругов прежде имели место нормальная сексуальная функция и сексуальная адаптация, а затем, вследствие какой-либо из описанных выше причин, у мужчин возникла паторефлекторная сексуальная дисфункция, обусловившая супружескую дезадаптацию. И в том, и в другом случае дезадаптация достигала II степени, т.е. у женщин полностью отсутствовал оргазм.

У находившихся под нашим наблюдением супругов с одинаковой частотой (по 18+8%) наблюдались две разновидности дезадаптации - псевдоадаптивная и реадаптивная. Псевдоадаптивная дезадаптация заключалась в том, что жена скрывала от мужа свою сексуальную неудовлетворен­ность и во время полового акта инсценировала переживание страсти и оргазма. Имитация оргазма часто завершалась фрустрационной реакцией и в свою очередь усугубляла сексуальную дисфункцию у женщин. Реадаптивная форма дезадапатции была следствием невозможности для жены адаптироваться к состоянию мужа, поскольку она имела свой личный сексуальный опыт.

Выявленные закономерности позволили разработать патогенетически направленные методы психотерапевтической коррекции нарушения сексуального здоровья супружеской пары при паторефлекторной форме сексуального расстройства у мужа. Коррекция представляла собой комплекс лечебных мероприятий, проводимых с помощью разнообраз­ных методов психотерапии. В ее задачи входили разъясне­ние больным механизма возникновения у них сексуальной дисфукнции (рациональная психотерапия), дезактуализация их патологической сексуальной установки и выработка новой, адекватной установки, снятие невротических реакций. Для ликвидации у больных имеющегося патологического условного рефлекса и создания здоровой половой доминанты использовали гипносуггестивную терапию и нар­копсихотерапию, хорошие результаты давала также аутогенная тренировка. Эти методы проводили в форме индивидуальных и парных занятий, супружеской психотерапии.

При паторефлекторной форме сексуальной дисфункции у мужчин применяли лекарственные средства. Они были направлены на нормализацию процессов высшей нервной деятельности, а также на снятие эмоциональных реакций. Назначали небольшие дозы гидазепама, санована, фитоседа, имована - препаратов, которые оказывали транквилизиру­ющее действие и в то же время не снижали возбудимости сегментарного аппарата спинного мозга. Если лечебный эффект наступал недостаточно быстро, особенно при анэрекции, назначали ЛД-терапию, эректоротерапию, а также такие современные препараты, как виагра, пенигра, конагра 50-200 мг. Эти препараты помогают больному приобрести уверенность в себе, но не должны становиться постоянным средством преодоления отсутствия эрекции, заменяя нор­мальную генитальную реакцию.

Весьма эффективным методом лечения паторефлекторной формы сексуальной дисфункции у мужчин была физиотерапия, в частности, разнообразные ванны и души, электропроцедуры, а также иглорефлексотерапия. При этом, эффективность медикаментозного и физиотерапевтического лечения возрастала при их психотерапевтическом потенцировании.

Психотерапевтическая коррекция супружеской дезадаптации при рассматриваемой патологии у мужа завершалась сексуально-эротическим тренингом, который позволял супругам найти оптимальные формы сексуальных контактов и закрепить их [4].

**Выводы**

1. Причинами развития паторефлекторной формы сексуальной дисфункции были ситуационные моменты, которые обусловливали неудачу полового акта и приводили к патологической условнорефлекторной фиксации.

2. Проведенная нами коррекция супружеской дезадаптации по описанной программе позволила достигнуть выздоровления у всех мужчин с паторефлекторной формой сексуальной дисфункции и восстановления сексуальной гармонии супружеских пар, причем терапевтический эффект был достаточно стойким: рецидивов дезадаптации не наблюдалось в течение двухлетних катамнестических наблюдений.

3. Полученные результаты представляются нам достаточно убедительными, чтобы рекомендовать предлагаемую систему психокоррекции в клиническую практику.

**Список литературы**

1. Сексопатология : Справочник . Васильченко ГС. (ред.). М: Медицина; 1990.

2. Кришталь В.В., Григорян СР. Сексология. М: Per Se ; 2002.

3. Васильченко Г.С. Частная сексопатология. М: Медицина; 1983. Т. 2.

4. Мастере У., Джонсон В., Колодны

Р. Мастере и Джонсон о любви и сексе. Лозинский Е.З. (ред.). СПб: Ретур; 1991. Т. 1.

5. Рожков B . C . Сексуальная дисфункция и дезадаптация при невротических и соматизированных расстройствах у мужчин. Харьков: Основа; 2000.