

Феномен оргазмической ангедонии у мужчин

И. Ю. Кан, М. И. Ягубов

Понятие ангедонии, отражающее собственно аффективный и побудительный компоненты данного феномена, в психиатрической литературе определяется как снижение или утрата способности переживать чувство удовольствия [1]. В свою очередь термин «оргазмическая ангедония» характеризует состояние, при котором отсутствует ощущение оргазма, несмотря на то, что физиологический компонент, т. е. эякуляция, сохраняется [2, 3]. А. В. Снежневский [4] описывает при депрессиях, не только классических, но и при сложных (депрессиях с бредом и т. п.), симптом, который он предлагает рассматривать как притворство: утрата чувства и сознания сна. Больной спит и тем не менее каждое утро жалуется, страдает оттого, что не спал всю ночь. Такое сопровождающее депрессию расстройство называется утратой сна или утратой сознания сна.

В сексологии примерами могут служить лица, которые испытывают физиологические компоненты сексуального возбуждения, но утверждают, что у них не возникает эротическое чувство или даже имеется полная бесчувственность. Зарубежные ученые [5] относят данные расстройства к «сексуальным дисфункциям, нигде более не классифицируемым». По их мнению это специальная категория для психосексуальных дисфункций, которые не могут быть классифицированы ни в одной из других категорий.

Отсутствие оргастических ощущений при сохранении эякуляции описано в специальной литературе достаточно давно, в том числе отечественными учеными [6, 7]. Л. Я. Мильман [7] в главе, посвященной эякуляции и оргазму, отмечает, что иногда оргазм может наступить без эякуляции или, наоборот, эякуляция может не сопровождаться оргазмом. При описании в современной зарубежной литературе расстройств оргастических ощущений в виде потери удовольствия при сохранении эякуляции чаще всего употребляется термин «оргазмическая ангедония» [2, 3]. Ощущения, испытываемые пациентами, описываются в широком диапазоне от «нечувствительности, бесчувствия» до «отвращения» [2, 3, 8–12]. Самой частой причиной оргазмической ангедонии являются психопатологические факторы [13]. В ряде источников [13–15] приводятся конкретные клинические случаи оргазмической ангедонии. Однако следует отметить, что, несмотря на растущий интерес у специалистов к изучению оргазмических расстройств у мужчин, данные о них немногочисленны по сравнению со сведениями об аноргазмии у женщин.

В международных классификациях психических расстройств нет отдельной рубрики, посвященной оргазмической ангедонии у мужчин, хотя существуют рубрики, посвященные оргазмическим дисфункциям, в том числе относящиеся к мужчинам, включая ингибированный оргазм мужской [16]. В DSM-4 [18] это расстройство представлено под шифром 302.74 (Male Orgasmic Disorder [formerly Inhibited Male Orgasm] — мужское оргастическое расстройство [ранее заторможенный мужской оргазм]), а в DSM-5 [17] вообще отсутствует рубрика, касающаяся расстройств оргазма у мужчин.

Сведения о распространенности оргазмических расстройств существенно отличаются у разных авторов [19]. Источник [20] сообщает, что расстройства такого типа возникают только у 1–3% мужского населения. По данным NHSL [21] в некоторых ситуациях по крайней мере от 5% до 14% мужчин сообщают об определенных трудностях в достижении оргазма. Данные о распространенности оргазмической ангедонии у мужчин при наличии эякуляции, но отсутствии субъективного чувства оргастической разрядки не были обнаружены.

Актуальность представленного исследования определяется недостаточностью сведений об оргазмической ангедонии у мужчин, диагностическими сложностями в связи с психопатологической неоднородностью этих состояний и необходимостью совершенствования диагностики и лечебно-реабилитационных мероприятий.

Целью настоящего исследования является анализ клинических особенностей оргазмических дисфункций у мужчин при сохранении эякуляции, но при субъективном отсутствии или значительном снижении яркости оргастических ощущений.

Материал и методы исследования

Проанализированы материалы обследования 50 пациентов мужского пола в возрасте $35,2 \pm 12,2$ года, обратившихся в отделение сексологии и терапии сексуальных дисфункций МНИИП — филиала ФГБУ НМИЦПН им. В. П. Сербского МЗ РФ. Признаком, по которому пациенты включались в изучаемую группу, являлось наличие у них субъективных ощущений отсутствия или снижения яркости оргастических переживаний при сохранении эякуляции. В работе применялся клинико-сексологический и клинико-психопатологический методы.

Для сравнения характерных клинико-психопатологических особенностей оргазмических дисфункций в рамках различных вариантов психической патологии в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 [16] больные были распределены на четыре группы. Оргазмическая ангедония у 10 (20,0%) пациентов наблюдалась в рамках депрессивных расстройств эндогенной природы, у 13 (26,0%) на фоне неврастения, у 9 (18,0%) на фоне

диссоциативного расстройства и у 18 (36,0%) в рамках шизотипического расстройства.

Результаты и обсуждение

В первой группе у 10 (20,0%) пациентов отсутствие или существенное снижение оргастических ощущений отмечалось в клинике депрессивного расстройства. Оргазмическая ангедония у пациентов с депрессивным расстройством проявлялась на фоне снижения полового влечения и подавления практически всех компонентов психической сферы: эмоциональной, интеллектуальной и поведенческой. Появлялось общее ощущение безрадостности — утрата привлекательных сторон и радостей от самой жизни за последнее время, в том числе интеллектуально-эстетических компонентов, включающих чувство приятного от приобретения новых впечатлений. При этом эякуляция была сохранена, хотя и не вызывала каких-либо положительных эмоций, а, наоборот, по субъективным отзывам больных напоминала об их «ущербности». Оргазмическая ангедония возникала в этой группе на фоне дефицита витальных побуждений, в том числе полового влечения, проявлялась множеством симптомов, препятствующих нормализации сексуальных взаимоотношений, — от простой вялости и снижения жизненного тонуса до состояния разбитости, потери энергии, окаменелости и полного бессилия, имеющих суточную и сезонную ритмику и не зависящих от внешних факторов.

Во второй группе у 13 (26,0%) пациентов нарушения переживаний оргазма при сохранении эякуляции наблюдались в рамках неврастения. В клинической картине у пациентов с неврастением, помимо сексуальных дисфункций, преобладали астенические нарушения. Больные были раздражительными, невнимательными, тревожными, создавали вокруг себя напряженную обстановку, в том числе и в семье. На этом фоне возникали конфликты, ссоры, которые еще больше снижали сексуальную предприимчивость и активность, возникшую в рамках астенической симптоматики. Вовлечение сексуальной сферы в клиническую картину невроза становилось дополнительной травмой, отягощало состояние пациента и способствовало его затяжному течению. Урежались попытки интимной близости. На фоне сниженного сексуального влечения пациенты предпринимали редкие половые контакты, добиваясь эякуляции, но отмечая потускнение или полное отсутствие ощущения оргастической разрядки. На этом фоне пациенты отмечали также нарушение эрекции. По мере своего развития оргазмическая ангедония занимала у всех больных ведущее место в структуре невроза и усугубляла его течение вследствие дополнительной психотравматизации личности больного. Таким образом, при неврастении нарушения оргазма при сохранении эякуляции, возникая на фоне астенической симптоматики, зависели от ее выраженности.

В третьей группе у 9 (18,0%) пациентов оргазмическая ангедония была обусловлена диссоциативным расстройством ощущений. Больные с диссоциативным расстройством ощущений отличались повышенной внушаемостью, эгоцентризмом, впечатлительностью, тревожностью и эмоциональной лабильностью. В клинической картине заболевания, помимо ощущений «утраты чувствительности» в области половых органов и оргастических ощущений при семяизвержении, на которые основной акцент делали больные и связывали возникновение сексуальных расстройств, были отмечены неглубокие аффективные нарушения в виде сниженного настроения, подавленности и беспокойства. Пациенты демонстрировали поведение человека, страдающего от физического заболевания, привлекая внимание специальными движениями и мимикой. Формирование диссоциативного расстройства происходило в условиях психотравмирующей ситуации, как правило, на фоне семейных конфликтов, и проявлялось повышенной чувствительностью к поведению и замечаниям партнерши, нередко и во время интимных отношений, впечатлительностью, неустойчивостью настроения, склонностью привлечь к себе внимание, эгоцентрической оценкой себя и своего состояния. Возникновение сексуальных дисфункций происходило постепенно, на фоне появления ощущений «потери чувствительности» в области половых органов и оргастических ощущений. Описывая наиболее общие признаки сексуальных дисфункций, возникающих в рамках диссоциативного расстройства, необходимо отметить особую выразительность и наглядность проявлений с оттенком утрированности и нарочитости, а также несоответствие между кажущейся тяжестью болезненных симптомов и тривиальностью тех мероприятий, которые их купируют. Обычно началу заболевания предшествовал период неинтенсивных сексуальных отношений. После начала заболевания сексуальные попытки становились реже, не чаще одного раза в месяц. Пациенты всячески оттягивали сроки обращения за консультацией, мотивируя большой загруженностью на работе. Несмотря на это, они пытались продемонстрировать «огромную» заинтересованность в выяснении причины потери чувствительности и сексуальной дисфункции. Оргазмическая ангедония, проявлявшаяся на фоне снижения полового влечения, у больных с шизотипическим расстройством, в четвертой группе (18 человек (36,0%)), была обусловлена постепенно нарастающим эмоциональным оскудением и апато-абулическим дефектом. У больных наблюдалось стойкое снижение аффективного фона с безрадостностью, недовольством, гиперестезией, раздражительностью. В данной группе обращали на себя внимание особые привычки в удовлетворении потребностей, которые могли проявляться, например, в причудливом режиме и рационе питания, но главным образом в сексуальной жизни. Отмечалось сочетание странных, иногда несовместимых черт — жестких, нередко нелепых требований к манере поведения партнерши, ее внешности в сочетании с утрированной заботой о ее удовольствии и раздражении при любом несогласии с ее стороны, наряду с постепенным обеднением эмоциональной жизни с бесчувствием, равнодушием, исчезновением прежних привязанностей при сохранении рациональных контактов. В отношениях с сексуальными партнерами на смену привязанности, дружеским связям приходят расчет, жесткий эгоцентризм и эгоизм, потребительство. Со временем формировался стойкий астенический дефект с интеллектуальной и эмоциональной бедностью. У пациентов с шизотипическим расстройством наряду с оргазмической ангедонией

предшествовало снижение, а затем и потеря сексуального влечения. Особенностью их влечения являлось то, что оно было основано на далеких от реальности сексуальных фантазиях, быстро ослабевало и дезактуализировалось. Свойственное больным аутистическое фантазирование с течением времени становилось все более абстрактным, оторванным от реальности, в связи с этим они чаще всего предпочитали мастурбации половым актам.

Лечебно-реабилитационные мероприятия

Лечебно-реабилитационные мероприятия больных с оргазмической ангедонией носили комплексный характер с учетом определяющей роли психической патологии. Применялась моно- и комбинированная фармакотерапия, рациональная, когнитивно-поведенческая, личностно-реконструктивная психотерапия и секс-терапия.

Амбулаторная терапия была наиболее адекватной для пациентов с сексуальными нарушениями. Она проводилась в период активного развития болезни, при резидуальных состояниях с остаточной симптоматикой, позволяла больным в период лечения поддерживать интимные отношения с партнерами.

При оргазмической ангедонии в рамках аффективного расстройства основой терапии оставался комплекс мероприятий, направленный на ликвидацию и профилактику собственно аффективных нарушений с учетом клинко-динамической ситуации. Вначале проводилась антидепрессивная терапия, затем психотерапия. В комплексе психотерапевтических мероприятий особая роль отводилась специальным беседам с партнерами больных. Их целью являлась коррекция межличностных отношений партнеров, разъяснение преходящего характера половых расстройств у партнера.

При неврастении терапевтические мероприятия включали комбинацию психотерапии и антиастенической терапии с применением нейрометаболических и тонизирующих средств. Нормализуется режим труда и отдыха, физическая активность.

При диссоциативном и шизотипическом расстройствах назначались антидепрессанты в зависимости от ведущего аффекта в сочетании с нейролептиками. В паре применялись соответствующие сексотерапевтические упражнения и техники [5].

Наиболее высокие результаты терапевтической редукции симптомов оргазмической ангедонии и психической патологии достигнуты при неврастении, промежуточные при аффективных и диссоциативных расстройствах и наименьшие при шизотипических расстройствах.

Заключение

Таким образом, на основании изучения представленного клинического материала было установлено, что возникновение оргазмических дисфункций у мужчин при сохранении эякуляции связано с психопатологическим процессом. Клинически он характеризуется субъективным отсутствием или снижением восприятия яркости оргастических ощущений. Выявленные особенности формирования оргазмической ангедонии, ее клиническая взаимосвязь с психическими расстройствами позволяют обосновать дальнейшие психокоррекционные мероприятия, что позволяет восстановить сексуальную функцию.

Литература

1. Степанов И. Л. Ангедония как диагностический, прогностический и дезадаптирующий фактор при различных типах депрессий (феноменология, динамика, принципы терапии). Автореферат дисс. ... д. м. н. М., 2004. С. 3.
2. Goldstein I. Orgasmic Anhedonia/PDOD: Treatment. The Institute for Sexual Medicine. Archived from the original on 5 July 2013. Retrieved 15 July 2014.
3. Perelman M. A. Anhedonia/PDOD: Overview. The Institute For Sexual Medicine. Retrieved 14 February 2011.
4. Снежневский А. В. Общая психопатология: Курс лекций. М.: МЕДпресс-информ, 2001. С. 159.
5. Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия / Пер. с англ. М.: Медицина, 1994. Т. 1. С. 505.
6. Васильченко Г. С. и др. Сексопатология. Справочник. М.: Медицина, 1990. С. 18.
7. Мильман Л. Я. Импотенция (этиология, профилактика и лечение). Л.: Медицина, 1965. С. 41.
8. Courtois F., Charvier K., Leriche A., Vézina J. G., Côté I., Raymond D., Jacquemin G., Fournier C., Bélanger M. Perceived physiological and orgasmic sensations at ejaculation in spinal cord injured men // J. Sex. Med. 2008, Oct, 5 (10): 2419–2430.
9. IsHak W. W., Berman D. S., Peters A. Male anorgasmia treated with oxytocin // The Journal of Sexual Medicine. 2008, April, 5 (4): 1022–1024.
10. Jenkins L. C., Mulhall J. P. Delayed orgasm and anorgasmia // Fertil Steril. 2015; 104: 1082–1–88. 10.1016/j.fertnstert.2015.09.029.
11. McMahon C. Disorders of Male Orgasm and Ejaculation. In: Wein A. J., Kavoussi L. R., Partin A. W. et al. editors. Campbell-Walsh Urology. Philadelphia: Elsevier, 2016: 692–708.
12. McMahon C. G., Jannini E., Waldinger M. et al. Standard Operating Procedures in the Disorders of Orgasm and Ejaculation // J Sex Med. 2013; 10: 204–229. 10.1111/j.1743-6109.2012.02824.x.

13. Trotta D., Strepetova T. P-01–060 A case of orgasmic anhedonia in a man. April 2017. Vol. 14, Issue 4, Supplement, p. e177. 19th Congress of the European Society for Sexual Medicine_ESSM Abstract Book. 2017, 02 February 2017–04 February 2017.
14. Management of Sexual Dysfunction in Men and Women: An Interdisciplinary Approach / Edit. Lipshultz L. I., Pastuszak A. W., Goldstein A. T., Giraldi A., Perelman M. A. Springer Science + Business Media New York, 2016, p. 169.
15. Gray M., Zillioux J., Khouddaji I., Smith R. P. Contemporary management of ejaculatory dysfunction // Transl Androl Urol. 2018, Aug; 7 (4): 686–702.
16. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. СПб: АДИС, 1994. 304 с.
17. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. United States: American Psychiatric Association, 2013. 947 p.
18. Diagnostic Criteria from DSM–IVTM. Fifth printing. Washington: American Psychiatric Association, 1996. XI, 358 p.
19. Ягубов М. И., Кан И. Ю. Феноменология оргазмической дисфункции у мужчин // Лечащий Врач. 2018, № 6, с. 80–84.
20. Dekker J. Inhibited male orgasm. In W. O'Donohue and J. Geer (Eds.), Handbook of sexual dysfunctions. Boston: Allyn&Bacon, 1993.
21. Lauman E. O., Gagnon J. H., Michael R. T., Michaels S. The social organization of sexuality. Chicago: University of Chicago Press, 1994.

М. И. Ягубов¹, доктор медицинских наук

И. Ю. Кан, кандидат медицинских наук

ФГБУ НМИЦЛН им. В. П. Сербского Минздрава России, Москва

¹ Контактная информация: yagubov@mail.ru

DOI: 10.26295/OS.2019.74.88.006

Феномен оргазмической ангедонии у мужчин/ М. И. Ягубов, И. Ю. Кан

Для цитирования: Лечащий врач № 8/2019; Номера страниц в выпуске: 42-44

Теги: психосексуальные дисфункции, расстройство оргастических ощущений