

Феноменология оргазмической дисфункции у мужчин

М. И. Ягубов, И. Ю. Кан

Феноменология половой сферы, включающая такие проявления сексуальности, как «либидо» и «оргазм», изучалась многими авторами в отечественной и зарубежной литературе [1–3, 6, 10, 14]. В основном описывались характеристики этих феноменов по силе, насыщенности, яркости. Значительно меньше работ, посвященных особенностям их формирования, взаимному влиянию, физиологическим и психическим компонентам, сходствам и различиям у мужчин и женщин, клиническим и терапевтическим аспектам расстройств полового влечения и оргазма.

Тесную связь физиологических и психических компонентов в возникновении и характеристике оргазма отмечают многие специалисты. Г. С. Васильченко [2] предлагает системное толкование механизмов оргазма, выделяя из функционального единства церебральный и сегментарный уровень. Данная концепция позволяет в какой-то мере объяснить разнообразие диссоциаций между субъективным ощущением сексуального удовольствия, облегчением сексуального напряжения и физиологическими проявлениями, в частности, эякуляцией у мужчин (эякуляция без оргазма, оргазм без эякуляции). Автор рассматривает оргазм в норме как сформированный из множества разрозненных проявлений целостный психофизиологический акт, подчеркивая основную роль оргазма в закреплении сливающихся в интимной близости непроизвольных компонентов биологического порядка, с одной стороны, и индивидуальных личностных проявлений поведенческого порядка — с другой. Таким образом, в рамках системной концепции оргазма по Васильченко [2] с учетом возможности преходящих различий в функциональном состоянии сегментарных и церебральных уровней представляется несколько схематичным и условным рассмотрение рядом авторов мужских оргастических ощущений как отличающихся постоянством и относительной простотой, связанных с семяизвержением, зависящих от чисто механического процесса — прохождения эякулята через узкие устья семяизвергающих протоков и возникающих практически всегда. В свою очередь Х. Каплан [4] предложила трехфазную модель сексуальных расстройств, в которой рассматривает цикл сексуальных реакций человека как состоящий из трех фаз: влечение, возбуждение и оргазм. Говоря о характере и причинах сексуальных расстройств Х. Каплан [4] фактически выделяет два варианта расстройств оргазма у мужчин: преждевременную и замедленную эякуляцию, представляющие по мнению автора соответственно отсутствие достаточного волевого контроля за реакцией оргазма, когда пик полового возбуждения наступает слишком быстро, и, наоборот, чрезмерный непроизвольный контроль.

По мнению Г. С. Васильченко [2] в формировании полового влечения мужчины принимают участие по существу те же уровни, что и в формировании оргазма, однако степень участия каждого из них различна. Если в оргазме супраспинальные (церебральные) механизмы играют роль инстанций, осуществляющих главным образом сенсорное восприятие заключительных фаз оргазма и их оценку, то в формировании либидо именно церебральные образования выполняют все основные задачи на протяжении всего жизненного цикла.

Значение оргазма не ограничивается ролью мотива, побуждающего к проведению коитуса. В его основе лежит безусловный рефлекс, который подкрепляет всю предшествующую последовательность сексуальных реакций, опосредованных в том числе половым влечением, формируя из множества разрозненных проявлений целостный психофизиологический акт. В этом закреплении сливающихся в процессе интимной близости непроизвольных компонентов биологического порядка, с одной стороны, и индивидуальных личностных проявлений поведенческого порядка, с другой, и заключается основная роль оргазма.

Снижение оргастических ощущений, наряду с расстройством эрекции и либидо, одна из преобладающих жалоб, предъявляемых пациентами при обращении за сексологической помощью [5, 6, 10]. Врачи соматической практики, к которым обращаются пациенты за помощью, нередко не уделяют внимания или не распознают аффективные нарушения, преимущественно оказывающиеся причиной расстройств полового влечения и оргазма. Аффективные расстройства у этих больных чаще представлены в виде соматизированных, субдепрессивных и астенических нарушений, чем и объясняется их необращение к психиатрам. На фоне подобной клинической картины пациентам часто назначают различные гормональные средства, противовоспалительные препараты, биологически активные добавки, витамины, которые оказываются неэффективными.

Целью настоящего исследования является анализ особенностей формирования и клинической картины оргазмических дисфункций у мужчин в рамках различных психических расстройств, их взаимосвязи с расстройством полового влечения и разработка комплекса терапевтических мероприятий.

Материал и методы исследования

Нами было обследовано 85 мужчин в возрасте от 22 до 55 лет (средний возраст $37,3 \pm 13,9$) из числа обратившихся в отделение сексологии и терапии сексуальных дисфункций. У каждого пациента было получено информированное согласие. Признаком, по которому пациенты включались в изучаемую группу, являлось

нарушение или отсутствие оргастических ощущений во время полового акта или при заместительных формах половой активности (мастурбации, глубоком петтинге и других). Для изучения применялся клинико-сексологический метод. Диагностическая оценка имеющихся у больных расстройств проводилась согласно МКБ-10 по ведущему нарушению. Для сравнения характерных клинико-психопатологических особенностей оргазмических дисфункций в рамках различных вариантов психической патологии на фоне расстройств полового влечения в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 больные были распределены на шесть групп.

Первую группу составили 16 пациентов (13,6%), у которых оргазмические дисфункции возникали при невротических расстройствах (при неврастении — 7 (5,95%), соматизированных — 4 (3,4%) и ипохондрических расстройствах — 5 (4,25%)). Во вторую группу вошли 11 пациентов (9,35%), у которых оргазмические дисфункции наблюдались в рамках аффективных расстройств (расстройствах адаптации (продолжительных и смешанных тревожных и депрессивных реакциях) — 8 (6,8%) и дистимии — 3 (2,55%)). Третью группу составили пациенты с оргазмическими дисфункциями в рамках шизотипического расстройства — 20 (17%). В четвертой группе объединены больные с оргазмическими дисфункциями в рамках специфических расстройств личности — 12 (10,2%). Пятая группа представлена пациентами с оргазмическими дисфункциями на фоне органических расстройств — 15 (12,75%). К шестой группе были отнесены пациенты с оргазмическими дисфункциями при расстройствах сексуального поведения — 11 (9,35%) на фоне нарушений полового развития [9].

Результаты и обсуждение

В первой группе при неврастении оргазмические дисфункции в основном были представлены снижением яркости оргастических ощущений на фоне состояния постоянного переутомления с жалобами на вялость, слабость, плохой сон. Отмечались только сочетанные, возникающие вместе с другими сексуальными нарушениями, оргазмические дисфункции на фоне расстройств полового влечения, проявлявшиеся снижением частоты интимных контактов, на которые «не остается сил». Основной жалобой больных с соматизированными расстройствами наряду с оргазмическими и нарушениями либидо были боли различной локализации. Боли эти носят характер психалгий: их появление и выраженность зависят от психического состояния. Они непродолжительны, изменчивы, меняют локализацию и сочетаются с вегетативными и псевдоневрологическими проявлениями. Помимо этого, в клинической картине прослеживаются не резко выраженные тревожные и депрессивные проявления. Значимое место в клинической картине соматизированных расстройств у пациентов занимают коиталгии — болезненные ощущения во время полового акта. При этом основные стратегии сексуального поведения у большинства больных с соматизированным расстройством носят дезадаптивный характер. У части пациентов отмечено снижение условного физиологического ритма или отказ от сексуальных отношений. Сексуальные дисфункции проявлялись болевыми ощущениями во время полового акта, сопровождающимися бледностью оргастических ощущений и нарушением эрекции на фоне снижения либидо. Патологическая фиксация и тревожное ожидание возможного возникновения этих «неприятных» ощущений приводят к снижению настроения и сопровождаются вегетативной симптоматикой.

Причиной возникновения невротических ипохондрических расстройств с сексуально-тематическим оформлением становятся факторы, имеющие психогенную связь с половой сферой. В структуре сексуальной патологии преобладают сочетанные оргазмические дисфункции. Больные, чтобы получить подтверждение своим убеждениям о наличии у них заболевания, постоянно следят за сексуальными проявлениями, что приводит к дезавтоматизации сексуальных реакций. Половые дисфункции в начале проявлялись неустойчивой эрекцией, затем снижением полового влечения и остроты оргастических ощущений вплоть до невозможности достижения оргазма. Механизмы возникновения оргазмических нарушений у этих пациентов аналогичны тем, которые отмечаются при соматизированных расстройствах.

Во второй группе у наблюдаемых нами больных с депрессивными реакциями, продолжительными и смешанными тревожными и депрессивными реакциями, возникающими вследствие различных психотравмирующих факторов (смерть близкого человека, развод с женой, разрыв с любимой женщиной, венерические заболевания, потеря работы, регулярные межличностные конфликты с женой, постоянные трения и недовольство со стороны руководства на работе и угроза потери ее), сексуальные нарушения в виде ослабления оргастических ощущений наблюдались на фоне снижения сексуального влечения (сочетанные) у всех пациентов.

При дистимии сексуальные нарушения в виде снижения яркости оргастических ощущений, отсутствия удовлетворенности после оргазма возникали на фоне длительных периодов сниженного настроения и усталости, раздражительности, угнетенности, ангедонии и ощущения физического нездоровья. Даже периоды относительного улучшения настроения, длящиеся иногда несколько недель, не приводили к восстановлению сексуальной функции. Среди оргазмических дисфункций у всех отмечалось сочетание снижения полового влечения с недостаточностью адекватных эрекций.

У больных с аффективными расстройствами нарушение оргазма зависит от степени выраженности депрессивной симптоматики.

В третьей группе пациенты с оргазмическими дисфункциями в рамках шизотипического расстройства частой причиной возникновения сексуальных расстройств называли «инфекцию», которую не могут выявить,

мастурбацию, которая нанесла вред, возможную травму, нанесенную женщиной при «неосторожной и грубой манипуляции с его половыми органами», перенесенное в детстве простудное заболевание и т. п. Причину характерной для этих больных затяжных депрессивных нарушений они ищут в соматическом недомогании.

У части больных в клинической картине преобладали явления навязчивости, нередко сопровождающиеся депрессивными нарушениями. Наряду с возникшими немотивированными фобиями до начала сексуальных отношений, нередко наблюдаются постоянные сомнения по поводу уже совершенных поступков, а также опасения и колебания в связи с предстоящими действиями, доходящими до уровня амбивалентности и даже амбитендентности. Так, больные объясняют отсутствие сексуального партнера и ограничения в завязывании отношений и регулярных сексуальных контактов страхом возможного заражения каким-либо венерическим заболеванием. Эти явления со временем становятся все более инертными, содержание их — все более нелепым. При этом полностью отсутствует компонент борьбы (преодоления навязчивостей).

Сексуальные нарушения были представлены как снижением и отсутствием оргастических ощущений в сочетании с нарушением полового влечения, так и изолированным, манифестирующим, как правило, в пубертате исчезновением или искажением только оргастических ощущений. У пациентов с сочетанными расстройствами психический компонент либидо, нередко основанный на далеких от реальности эротических фантазиях, быстро ослабевает и дезактуализируется. Свойственное этим больным аутистическое фантазирование с течением времени становится все более абстрактным, оторванным от реальности. Возникшее при этом расстройство оргазма является результатом несоответствия эротических фантазий при мастурбации и ощущений при половом акте. И поэтому больные предпочитают мастурбировать, а не вступать в интимные отношения с реальными партнерами.

Обращает на себя внимание значительное количество больных с изолированными оргастическими расстройствами. Нередко пациенты фиксируются именно на нарушениях оргазма, настаивая только на таком тематическом оформлении жалоб и, отрицая у себя наличие каких-либо психических проблем, требуют вернуть им потерянную остроту ощущений. Посещая различных специалистов, медиков и парамедиков, такие больные обращаются к психиатру в последнюю очередь, не находя адекватной помощи и понимания, разочаровавшись во всех предлагаемых методиках.

Нарушения оргазма у больных с шизотипическими расстройствами были связаны с нарастанием негативной симптоматики.

В четвертой группе специфические расстройства личности характеризуются устойчивыми поведенческими и аффективными реакциями и состояниями, определяющими стиль жизни пациента. Сексуальные дисфункции у них представлены сочетанными оргазмическими расстройствами, в основном с нарушениями либидо. Они развиваются на фоне реактивно обусловленной декомпенсации личностных свойств, характерных для данного типа расстройства личности, и сопровождаются усилением тревожной и депрессивной симптоматики. Больные с шизоидным расстройством личности (4 (3,4%)), со свойственной им эмоциональной холодностью и аффективной уплощенностью, отличаются изначально низким интересом к сексуальным отношениям. Декомпенсация личности, сопровождающаяся усилением депрессивной и тревожной симптоматики, приводит к сексуальным дисфункциям, которые в большинстве случаев проявляются нарушениями оргазма на фоне расстройств либидо и эрекции.

Сексуальные дисфункции у больных с ананкастным расстройством личности (5 (4,25%)) возникают на фоне их декомпенсации с усилением тревожной и депрессивной симптоматики. В некоторых случаях патологическая приверженность условностям и игнорирование желаний партнера или же игнорирование партнером появившихся настоячивых неприемлемых форм сексуальной активности приводят к спаду сексуальной активности.

Наличие у пациентов с тревожным расстройством (3 (2,55%)) постоянного чувства напряженности и опасения возможной сексуальной несостоятельности, сочетающихся с мыслями о личностной и внешней непривлекательности и повышенной чувствительностью к критике, способствует довольно легкой декомпенсации и в сексуальной сфере. Эти пациенты испытывают трудности как с началом сексуальных отношений, так и вообще с установлением любых отношений с противоположным полом. Страх оказаться несостоятельным приводит к расстройству оргазма в виде затрудненного и ускоренного семяизвержения с бледностью оргастических ощущений.

Пятую группу в основном составили пациенты, имевшие в анамнезе церебральный атеросклероз, черепно-мозговые травмы, эпилепсию, инсульт и другие органические мозговые синдромы [13, 15]. У всех больных фиксировались сочетанные нарушения оргазма. У 3 пациентов (2,55%) оргазмические дисфункции были представлены снижением или исчезновением оргастических ощущений на фоне монотонных и однообразных по клинической картине депрессий с ипохондрической симптоматикой. У 5 пациентов (4,25%) с выраженными атеросклеротическими церебрально-сосудистыми изменениями сексуальные нарушения сопровождались тревожными переживаниями с плаксивостью и реакциями слабодушия. Семь (5,95%) больных эпилепсией отличались по клинической картине имеющихся у них сексуальных расстройств. Двое (1,7%) из них обращали на себя внимание наличием у них контраста между высоким уровнем полового влечения и отсутствием оргастической разрядки. Оргазмические дисфункции у 3 (2,55%) пациентов с эпилепсией отмечались на фоне аффективной лабильности, эксплозивности, дисфорического оттенка настроения, быстрой истощаемости, иногда нарушений

памяти. В описываемой группе 2 больных (1,7%), также страдающих эпилепсией, вообще избегали интимных отношений, мотивируя это тем, что оргазм и половая жизнь в разной степени у каждого из них требует слишком много сил и энергии, причем сексуальные нарушения в данных случаях сопровождались подавленностью настроения, раздражительностью, тоской, тревогой, вегетативной симптоматикой. Для всей группы с органическими расстройствами была характерна в той или иной степени симптоматика психоорганического синдрома, в рамках чего и наблюдались оргазмические дисфункции.

У всех больных в шестой группе с оргазмическими дисфункциями при расстройствах сексуального поведения на фоне нарушений полового развития отмечались сочетанные оргазмические нарушения. В качестве основных причин нарушений сексуального развития выступают органические, эндокринные, конституциональные, социогенные, психогенные, психические факторы. У 4 больных (3,4%) отмечалось преждевременное психосексуальное развитие. Смешанный генез имеющихся нарушений сексуальной сферы имел у них органическую и психогенную компоненты. Органический фактор в виде врожденного или раннего поражения глубоких структур мозга, проявляющегося снижением порогов возбудимости нервных образований, обеспечивающих оргазм с эякуляцией, присутствовал у всех обследуемых. У данных пациентов раннее пробуждение и дальнейшее развитие сексуальности происходило при постоянном подкреплении оргазмом. Психогенным фактором в этом случае является наличие в раннем анамнезе фактов растления и соращения со стороны взрослых, нередко с навязыванием нестандартных форм сексуальной активности. Описываемые пациенты обратились к сексологу в основном в связи с невозможностью получать оргазм при традиционных формах половой активности (половых актах). Они использовали суррогатные формы и не могли сами их адаптировать в интимной жизни с партнером. У 7 пациентов (5,95%) было выявлено задержанное сексуальное развитие. Из них четверо (3,4%) не испытывали потребности вступать в половые контакты, несмотря на гормональную зрелость, отмечая отсутствие полового влечения, а трое (2,55%) испытывали отвращение к сексуальным отношениям, в случае возникновения оргазма у них не было чувства удовлетворенности, сохранялось состояние «внутреннего нервного возбуждения», не имевшего сексуальной окраски.

Оргазмические расстройства у этих больных обусловлены как органической симптоматикой, так и дисгармонией и незрелостью либидо.

Лечебно-реабилитационные мероприятия больных с оргазмическими дисфункциями и нарушениями полового влечения [12] включают три этапа и носят комплексный характер. Терапевтическая тактика строится с учетом определяющей роли психической патологии и выявленных в ходе исследования факторов, участвующих в их формировании. В связи с этим на первом этапе терапии основной акцент делается на психофармакотерапию и психотерапию. Последовательность и объем этих мероприятий зависят от характера психической патологии. При выборе психотропных средств учитываются клинические проявления психических расстройств. Для предупреждения отрицательного их действия на половую функцию препараты назначаются в малых и средних терапевтических дозах и по возможности выбираются те, которые не имеют или оказывают минимальное побочное действие на сексуальную активность. Так как в возникновении оргазмических дисфункций у данных пациентов ведущую роль играют аффективные нарушения, препаратом выбора являются антидепрессанты, которые назначаются разными курсами в зависимости от психопатологической структуры психических расстройств. В группе пациентов, страдающих невротическими расстройствами, лечение начинают психотерапией, а при устойчивости психопатологической симптоматики назначаются психотропные лекарственные препараты, выбор которых определяется выраженностью и особенностями невротической симптоматики. Пациентам с пролонгированной депрессивной реакцией и дистимией назначаются антидепрессанты сбалансированного или стимулирующего действия в зависимости от ведущего аффекта, а пациентам с тревожно-депрессивной реакцией — один из антидепрессантов седативного действия или транквилизаторов. Больным неврастений, соматизированным и ипохондрическим расстройством, специфическим расстройством личности и шизотипическим расстройством назначаются антидепрессанты в зависимости от ведущего аффекта в сочетании с нейролептиками. Нейролептики при невротических расстройствах назначаются в малых дозах, а при специфических расстройствах личности и шизотипическом расстройстве — средние дозы. При их выборе учитывается как их активизирующее действие, так и эффективность при патологических ощущениях [11]. При органических расстройствах лечение должно быть направлено прежде всего на соответствующее заболевание центральной нервной системы с включением в схему терапии нейрометаболических стимуляторов. Другая психофармакотерапия, в том числе тимоаналептическая, применяется в основном в симптоматических целях. Рекомендуется использовать антидепрессанты с хорошей переносимостью. При эпилепсии антидепрессанты назначаются на фоне противоэпилептической терапии с осторожностью, чтобы не снизить порог пароксизмальной активности, с постепенным наращиванием дозы.

При расстройствах сексуального поведения в зависимости от психопатологической структуры состояния проводится терапия соответствующего психического расстройства.

Психотерапевтическая работа с больными начинается с момента первого посещения, продолжается на всех этапах лечебно-реабилитационных мероприятий и основывается на различных методах психотерапевтического воздействия (рациональной с элементами когнитивной и поведенческой терапии, релаксационной и суггестивной). На первом этапе пациента постепенно подводят к целесообразности приема психотропных средств как

необходимого звена комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий. Факты неэффективного лечения ранее у врачей других специальностей применяются в системе психотерапевтических бесед для убеждения пациента в наличии психической патологии и необходимости его коррекции. Так как межличностные конфликты между супругами предшествуют во многих случаях развитию сексуальных дисфункций или развиваются вслед за возникшими сексуальными проблемами, то точкой приложения психотерапевтических мероприятий являются и семейно-сексуальные отношения. Половая функция человека адекватно реализуется в процессе тесного взаимодействия с другим человеком. Поэтому любые нарушения партнерских отношений могут негативно влиять на сексуальное функционирование индивида. Для решения проблем межличностного взаимодействия с партнером применяются приемы и техники семейной и супружеской психотерапии. Фокус применения данных психотехник направлен на улучшение взаимной адаптации супружеской пары. Для выполнения этой задачи определяются основные поведенческие паттерны, приводящие к усилению негативных тенденций во взаимоотношениях супругов. Помогают им выработать и закрепить на практике более продуктивные формы общения друг с другом; повысить уровень коммуникации партнеров, что способствует их переходу от конфронтации к сотрудничеству, а также росту взаимопонимания и доверия, открытости в выражении собственных чувств и желаний по отношению друг к другу. Осуществление параллельно с индивидуальной психотерапией работы с парой создает очевидные предпосылки для более гармоничного сексуального взаимодействия партнеров. К концу первого этапа на фоне улучшения настроения, сна, повышения активности, редукции тревожной и соматовегетативной симптоматики возобновляются и учащаются спонтанные эрекции. На этом фоне появляется интерес к сексуальным отношениям. Прослеживается тенденция к постепенной нивелировке патологических ощущений в области половых органов (утрата чувствительности, болевые ощущения), но они еще сохраняются. Улучшение настроения и повышение активности этими пациентами расценивается как положительный результат терапии. Хуже поддаются терапии больные со специфическим расстройством личности, шизотипическим и ипохондрическим расстройством, что объясняется природой их синдромологической структуры. Желательно привлечение к лечению благожелательной партнерши. В паре применяются соответствующие секстерапевтические упражнения и техники по Х. Каплан [4]. При ретардациях психотерапевтическая коррекция включает обучение стереотипам поведения на искаженных или пропущенных стадиях и фазах этапов психосексуального развития. В этой группе преобладают пациенты, не только не имеющие постоянной партнерши, но и не имеющие представлений о том, как ориентироваться в ее выборе. Соответственно, с ними отрабатывается модель поведения, начиная с определения объекта поиска, знакомства, платонического ухаживания, перехода к эротической стадии и ее реализации.

На втором этапе терапии по мере редукции психопатологической симптоматики у больных с положительной динамикой как психопатологической, так и сексопатологической симптоматики дозировки препаратов постепенно снижаются. При значительной редукции психопатологической симптоматики в схему лечения добавляются средства, повышающие адаптивные возможности, для полной редукции астенической симптоматики и усиления сексуальной активности. С этой целью в течение 3–4 недель назначаются адаптогены в сочетании с поливитаминами и метаболитическими средствами. При отсутствии тревожной симптоматики для активизации пациентов также применяются психостимуляторы.

К концу второго этапа терапии, на фоне месячного курса приема стимулирующих и тонизирующих средств и продолжающегося психотропного лечения, пациенты с улучшением в психической и сексуальной сфере на первом этапе отмечают дальнейшее улучшение состояния, проявляющееся в значительной редукции патологических ощущений и повышении сексуального влечения. На этом фоне учащается и улучшается качество как спонтанных, так и адекватных эреций.

Третий этап лечебно-реабилитационных мероприятий направлен на сексуальную реадаптацию пар. С этой целью применяются методы рациональной терапии, включающие секстерапевтические рекомендации с учетом индивидуальных особенностей данной пары. Анализ динамики клинической картины оргазмических дисфункций показывает, что, в первую очередь, редуцируется аффективная симптоматика. Уже на этом фоне появляется интерес к сексуальной активности с учащением спонтанных эреций. Сексуальная предприимчивость повышается на втором этапе терапии и сопровождается дальнейшим улучшением психического состояния с нивелированием выраженности патологических ощущений. На начальных этапах психофармакотерапии у части больных может наблюдаться некоторое усугубление сексологической симптоматики в виде урежения и ухудшения эрекции и затруднения семяизвержения с последующим улучшением начиная со 2–3 недели лечения. После первой и второй недели терапии больные отмечают улучшение сна, повышение настроения, активности и успокоение. Пациенты начинают оптимистичнее оценивать возможность начала или возобновления половой жизни. На последующих этапах психофармакотерапии и терапии, активирующей сексуальную активность в сочетании с психотерапией, наряду с улучшением психического состояния, улучшаются и показатели сексуальной активности. Возобновляются спонтанные эрекции, они возникают чаще и сильнее, даже у тех больных, у которых отмечается их исчезновение в начале психофармакотерапии. Порой улучшение спонтанных эреций сопровождается появлением ранее присущего либидозного сопровождения. За улучшением спонтанных эреций следуют положительные изменения и в качестве адекватных эреций. Далее улучшение наблюдается со стороны качества оргазма и эякуляторной функции. На фоне проводимой антидепрессивной терапии различная степень ускорения семяизвержения сменяется его замедлением, а состояние ретардации и анэякуляции улучшается проведением активирующей терапии. Повышается яркость фрикционных и оргастических ощущений.

Заключение

Таким образом, на основании изучения представленного клинического материала было установлено, что возникновение оргазмических дисфункций и расстройств полового влечения непосредственно связано с психопатологическим процессом. При этом обращают на себя внимание существенные отличия от других групп в соотношении сочетанных и изолированных нарушений оргазма и либидо у пациентов, страдающих шизотипическими расстройствами. Несмотря на очевидное влияние негативной симптоматики как на оргазм, так и на половое влечение, в этой группе у больных отмечались устойчивые жалобы на исчезновение или искажение только оргастических ощущений, не затрагивая в их тематической интерпретации нарушений либидо. В других группах преобладали сочетанные расстройства оргазма и полового влечения, подтверждая тесную связь этих важнейших сексологических феноменов на психологическом и физиологическом уровнях копулятивного цикла. Выявленные особенности формирования оргазмических дисфункций, их клиническая взаимосвязь позволяют обосновать дальнейшие психокоррекционные мероприятия. Комплекс лечебно-реабилитационных мероприятий, включающих психотерапевтические методы и дифференцированное применение фармакологических средств, направлен не только на нормализацию сексуальной функции и коррекцию партнерских отношений, но и на редукцию психопатологической симптоматики.

Литература

1. *Агарков С. Т.* Сексуальные расстройства как причина развития супружеской дезадаптации (обзор) // Сексология и сексopatология. 2005; 1: 2–9.
2. *Васильченко Г. С., Агаркова Т. Е., Агарков С. Т. и др.* Сексopatология. Справочник / Под ред. Г. С. Васильченко. М.: Медицина, 1990. С. 17, 18.
3. *Доморацкий В. А.* Сексуальные нарушения и их коррекция: краткое диагностическое пособие по диагностике и лечению психогенных сексуальных дисфункций. Ростов-на-Дону: Феникс, 2003. 288 с.
4. *Каплан Х. С.* Сексуальная терапия. Иллюстрированное руководство / Пер. с англ. М.: Независимая фирма «Класс», 1994. С. 7, 115, 128.
5. *Кибрик Н. Д., Ягубов М. И.* Сексуальная дисфункция, не обусловленная органическим заболеванием. В кн.: Психиатрия: Национальное руководство / Гл. ред. Александровский Ю. А., Незнанов Н. Г. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Гэотар-Медиа, 2018. С. 671.
6. *Кибрик Н. Д., Ягубов М. И., Кан И. Ю.* Нарушения полового влечения у мужчин в клинике психических расстройств непсихотического уровня: Методические рекомендации. М., 2017. 23 с.
7. *Кришталь В. В., Григорян С. Р.* Сексология. Учебное пособие. М.: ПЕРСЭ, 2002. 879 с.
8. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. СПб: Оверлайд, 1994. С. 189–190.
9. Расстройства сексуального поведения / Под ред. проф. А. А. Ткаченко. М.: Медкнига, 2008. 636 с.
10. *Ягубов М. И., Кибрик Н. Д., Кан И. Ю.* Расстройства либидо у мужчин: вопросы терапии // Андрология и генитальная хирургия. 2017, № 1, т. 18, с. 23–27.
11. *Blyer C. R., Gold J. M.* Cognitive effects of typical antipsychotic treatment: another look. In: Cognition in schizophrenia. Impairments, importance and treatment strategies. Sharma T., Harvey Ph. (eds.). Oxford-New York: Oxford University Press, 2000. 241–285.
12. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fourth Edition, International Version. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1995. P. 517–524.
13. *Luu P., Tucker D. M.* Self — regulation and the executive functions: electrophysiological clues. In: The cognitive electrophysiology of mind and brain. Elsevier Science, 2002, g. 199–223.
14. *Masters W. H., Johnson V. E.* Human sexual inadequacy. Boston: Little, Brown and Co., 1970, 467.
15. *Taber K. H., Wen C., Khan A., Hurley R. A.* The Limbic Thalamus // J Neuropsychiat Clin Neurosci. 2004; 16: 5: 127–132.

М. И. Ягубов¹, доктор медицинских наук

И. Ю. Кан, кандидат медицинских наук

МНИИ психиатрии ФГБУ НМИЦ ПН им. В. П. Сербского МЗ РФ, Москва

¹ Контактная информация: v.iuwanow@yandex.ru

Феноменология оргазмической дисфункции у мужчин М. И. Ягубов, И. Ю. Кан

Для цитирования: Лечащий врач № 6/2018; Номера страниц в выпуске: 80-84

Теги: мужчины, сексуальные нарушения, половая активность, оргазмическая дисфункция

защищены.