

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 616.89.-008.442.4-085

*Г.С. Кочарян***ГИПОСЕКСУАЛЬНЫЙ ПАТТЕРН ПОВЕДЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

Харьковская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины

Ключевые слова: сексуальные дисфункции, поведение, гипосексуальный паттерн

Среди различных выделенных нами паттернов поведения у больных с сексуальными дисфункциями [1, 2] есть и гипосексуальный паттерн. Хотя снижение либидо, которое лежит в его основе, может наблюдаться при самых разнообразных формах сексуальных расстройств, наиболее рельефно данный паттерн представлен при гипогонадизме, депрессивном и апато-абулическом синдромах, поражении межучного мозга («диэнцефальной импотенции»), а в общесексологической практике – у пациентов со слабой половой конституцией и при сексуальной инволюции. Остановимся на поведенческой характеристике двух последних форм.

На приеме клинический сексолог нередко может диагностировать сексуальные дисфункции, которые тем или иным образом связаны со слабой половой конституцией, что обусловлено нарушением полового созревания (задержка или дисгармония пубертата). По нашему мнению, в этих случаях при обращении за лечебной помощью пациентов, которые вышли из возрастной зоны пубертатного периода, в диагнозе должна найти отражение терминология, указывающая на наличие слабой половой конституции. Постановка диагнозов «задержка пубертата», «дисгармония пубертата» (когда речь идет о стержневом синдроме) или использование в диагнозе словосочетаний «на фоне задержки пубертата», «на фоне дисгармонии пубертата» (когда эти синдромы рассматриваются как предрасполагающие к развитию сексуального расстройства) неправомерно. В случаях, когда конституциональный фактор является главным в возникновении сексуальных дисфункций, целесообразно говорить о конституциональной форме расстройства, а когда слабая половая конституция предрасполагает к возникновению названных дисфункций, использовать словосочетание «на фоне слабой половой конституции». Наше предложение становится понятным, если привести сле-

дующую аналогию. У взрослого пациента, обратившегося за лечебной помощью в связи с бесплодием, в сперме не обнаруживают сперматозоидов. Выясняется, что в детстве он болел эпидемическим паротитом (свинкой) и в патологический процесс были вовлечены тестикулы (яички), что подтверждается и при объективном обследовании. Естественно, что врач не поставит ему в настоящее время диагноз эпидемического паротита, однако в диагнозе найдут отражение те последствия, к которым привело это заболевание. Диагноз «конституционального»/«конституционально-генетического» расстройства нашел отражение в сексологических классификациях А. М. Свядоша [3] и В. В. Криштала [4, 5]. Он касается как мужчин, так и женщин.

Конституциональная форма полового расстройства может развиваться в результате влияния генетических факторов, вредных воздействий в антенатальный, натальный и постнатальный период, во время дальнейшего роста и развития организма до или во время пубертатного периода (инфекции, интоксикации, травмы головного мозга, недоедание, длительные хронические заболевания и т.д.).

По нашему мнению, в случаях половых расстройств, обусловленных слабой половой конституцией, для взрослых лиц можно также предложить использовать диагноз: «Синдром конституциональной сексуальной дефицитарности» или более детализированный диагноз: «Синдром конституциональной сексуальной дефицитарности, обусловленной последствиями задержки/дисгармонии пубертата». Использование данного предложения позволяет специалистам, которые придерживаются патогенетической классификации Г. С. Васильченко [6], оставаться в ее поле. Так как данный синдром может играть роль вызывающего (стержневого) в организации полового расстройства или выполнять вспомогательную функцию, то это должно найти соот-

ветствующее отражение в патогенетическом диагнозе.

Важно отметить, что на первое место среди причин, приводящих к задержке полового развития, ставят конституциональные особенности созревания репродуктивной системы. В семьях, где у родителей и старших родственников поздно появляются вторичные половые признаки, эякуляция и менархе, дети, как правило, задерживаются в половом развитии [7]. В этих случаях, по нашему мнению, можно говорить о частном, «конституционально-генетическом» варианте конституциональной формы сексуального расстройства. Факторы, которые обуславливают задержку/дисгармонию полового развития, являются изначальными причинами формирования слабой половой конституции.

К конституциональной форме сексуальных дисфункций не относятся случаи гипогонадизма. При указанной форме речь идет о полигландулярной (связанной с вовлечением ряда эндокринных желез) дефицитарности. Исключить гипогонадизм позволяет наличие беременностей в анамнезе у сексуальных партнерш обследуемого, нормальная или субкритическая величина яичек, фертильный эякулят. То есть в данном случае устанавливается сохранность прокреативных (связанных с продолжением рода) возможностей вне зависимости от степени нарушения рекреативных (сексуальные функции) проявлений [8]. Следовательно, при осмотре таких лиц эндокринологом он не выявляет у них профильной патологии, т.е. с его точки зрения эти пациенты являются здоровыми людьми.

Обследуя мужчин со слабой половой конституцией, обусловленной задержкой пубертата, О. З. Лифшиц [9] придавал большое значение изучению «почвы», а именно нейрогуморальной дефицитарности, которая играет существенную роль в недостаточности обеспечения сексуальных функций. Автор приводит следующую сексуально-поведенческую характеристику лиц, у которых имел место «замедленный тип» полового созревания. Первые сексуальные интересы появлялись у них со значительным запозданием по сравнению со сверстниками и носили в основном подражательный характер. Период юношеской гиперсексуальности со свойственными ему эротическими фантазиями, поллюциями и спонтанными эрекциями у большинства больных вообще не выявлялся. Основными побудительными стимулами к началу половой жизни было желание иметь детей или потребность не отличаться от других. Только четверть женатых

мужчин самостоятельно познакомились со своей будущей женой, с которой к тому же они вместе учились или работали. Остальные познакомились со своими супругами по инициативе родственников или друзей. За лечебной помощью в связи с сексуальными расстройствами больные в большинстве случаев обращались по инициативе жен или родственников. Эти расстройства были для них малоактуальны и не являлись сильным психотравмирующим фактором. В связи с этим высказывается предположение, что некоторые психические особенности больных и главным образом типы эмоциональных реакций на сексуальную патологию в известной степени зависят от той соматобиологической основы, на которой они формировались. Данное предположение основывается на сравнении реакций лиц, о которых идет речь, и мужчин, у которых выявлялись признаки ускоренного полового развития. Реакции последних на сексуальные дисфункции были достаточно выраженными.

Половое влечение у лиц с задержкой пубертата страдает изначально. Эта дисфункция не развивается с течением времени как при многих других формах сексуальных расстройств. Больные могут не считать либидо сниженным, так как его интенсивность им просто не с чем сравнивать. Поэтому понятно, что среди сексологических жалоб, как свидетельствуют данные, приводимые Г.С. Васильченко [8], расстройство либидо, которое является ключевым и участвует в организации остальных (производных) симптомов, занимает последнее место. В ряде случаев улучшение, которое проявляется в уменьшении продолжительности полового акта в результате регулярной половой активности (*ejaculatio tarda* сменяет нормальная продолжительность полового акта), расценивается пациентом как расстройство, которое может послужить поводом для обращения за сексологической помощью [8]. Часто не осознавая конституциональную природу сексуальных дисфункций, характеризующиеся пациентами объясняют их какими-либо внешними обстоятельствами. Характеризуя выраженность либидо и его проявления, следует отметить, что у этих лиц имеет место снижение половых потребностей и половой активности на всех возрастных этапах. Понятно, что это обусловлено слабым половым влечением.

Г. С. Васильченко [8] даже отмечает, что у 1/10 обследованных больных сексуальное либидо к моменту обращения за сексологической помощью так и не пробудилось, хотя сроки для этого давно прошли. У части этих пациентов

половое влечение в своем развитии даже не достигало эротического уровня. В тех случаях, когда такой уровень все же достигнут, на первых этапах в браке данное обстоятельство может играть определенную положительную роль. Это обусловливается тем, что эротическое либидо проявляется в таких чертах, как нежность и ласковость, что ведет к акцентуации на ласках и поцелуях предварительного периода.

Названные особенности мужчин обеспечивают гармоничное формирование сексуальности у их жен вернее и раньше, чем в случаях, когда мужья обладают более сильной половой конституцией. Более длительные ласки, которые в основном адресованы экстрагенитальным зонам, отсутствие неукротимого сексуального напора, часто проявляющегося в недооценке важности прелюдии и стремлении без задержек перейти к основному периоду полового акта, воспринимаются женщинами положительно, так как больше со-ответствуют особенностям женской сексуальности. Затем, однако, большая чем у мужчин с более высокими конституциональными параметрами способность пробуждать дремлющую сексуальность у большего процента женщин, в некоторых случаях, в конечном счете, оборачивается против них самих. Это обусловливается тем, что после пробуждения сексуальности у жены иногда формируется настолько высокая половая потребность, удовлетворить которую ее муж оказывается не в состоянии [8].

Гипосексуальность отмечается и при сексуальной инволюции. С возрастом у мужчин старшего возраста отмечается постепенное закономерное ослабление половых функций. Оно является следствием развивающегося снижения плюригландулярного обеспечения последних, а также влияния ряда других факторов, среди которых большую роль играет атеросклеротическое поражение сосудов, участвующих в обеспечении эрекции.

Для характеристики состояния организма у мужчин старшего возраста используется различная терминология. Так, говорят о климаксе, андропаузе и синдроме частичной андрогенной недостаточности.

Сексуальные расстройства, обусловленные старением (синдром сексуальной инволюции), клинически проявляются у мужчин в различном возрасте. По данным Всесоюзного (г. Москва) центра по вопросам сексопатологии, возрастной диапазон обратившихся за сексологической помощью таких пациентов составил 36–72 года (в среднем $50,3 \pm 0,32$ года). Возраст, в котором они

отметили появление первых признаков сексуального расстройства, был 28–69 лет. Г. С. Васильченко [8] отмечает, что чаще всего синдром сексуальной инволюции манифестирует снижением либидо. Его следует считать ключевым симптомом. Также подчеркивается тот факт, что в начальных фазах снижение полового влечения значительно преобладает над нарушениями эрекции, которые по своей частоте оказываются на последнем месте. Акцент делается на том обстоятельстве, что у лиц с сексуальной инволюцией, попадающих в поле зрения сексопатолога, имела место ретардация пубертата.

На этом основании может сложиться ложное представление о том, что синдром сексуальной инволюции никогда не возникает у лиц без конституциональной дефицитарности, обусловленной задержкой или дисгармонией пубертата. Однако Г. С. Васильченко [8, с. 247] отмечает следующее: «При отсутствии какой бы то ни было сексуальной дефицитарности мужчины не приходят к сексопатологу потому, что ко времени инволюционного снижения половых потребностей ценностные ориентации у них смещаются в сторону других жизненных проявлений».

Несомненно, что явления сексуальной инволюции закономерно развиваются у пожилых мужчин даже без какого-либо конституционального (имеется в виду половая конституция) дефицита. Только это происходит в более пожилом возрасте. Адекватное восприятие закономерности происходящих изменений, базирующееся на понимании неотвратимости и естественности постепенного возрастного сексуального угасания, может лежать в основе того, что данные мужчины просто не обращаются за сексологической помощью или обращаются за ней намного реже.

Если речь идет о патологическом климаксе, который может развиваться у мужчин и в гораздо более молодом возрасте, то тогда они обращаются за сексологической помощью чрезвычайно редко. В этих случаях половые расстройства выявляются лишь при активном детальном опросе таких больных. В. А. Вартапетов, А. Н. Демченко [10] объясняют данный феномен преобладанием у них более тяжелых общих симптомов, отодвигающих на второй план жалобы сексологического характера. Указанный факт, как отмечают авторы, может быть полезен при дифференциальной диагностике. Если у пациентов основной, а иногда и единственной жалобой является сексуальная недостаточность, то они, как правило, не относятся к категории лиц,

страдающих патологическим климаксом.

Следует подчеркнуть, что к гипосексуальному паттерну поведения в чистом виде при сексуальной инволюции могут быть отнесены толь-

ко такие случаи, когда она не сопровождается какими-либо выраженными негативными эмоциональными реакциями, включая те, которые достигают уровня невротических расстройств.

Г.С. Кочарян

ГИПОСЕКСУАЛЬНИЙ ПАТТЕРН ПОВЕДІНКИ У КЛІНІЧНІЙ ПРАКТИЦІ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Наведено характеристику гіпосексуального паттерна поведінки, що може мати місце у хворих із сексуальними дисфункціями. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2009. — № 3 (23). — С. 109-112).

G.S. Kocharyan

HYPOSEXUAL PATTERN OF BEHAVIOUR IN CLINICAL PRACTICE

Kharkov Medical Academy of Post-Graduate Education

The characteristic of hyposexual pattern of behaviour is submitted, which can take place in patients with sexual dysfunctions. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2009. — №31 (23). — P. 109-112).

Литература

1. Кочарян Г. С. Сексуальные дисфункции и трансформации поведения. — Харьков: Академия сексологических исследований, 2000. — 81 с.
2. Кочарян Г. С. Современная сексология. — К.: Ника-Центр, 2007. — 400 с.
3. Свядоц А. М. Женская сексопатология. — М.: Медицина, 1974. — 184 с.
4. Кришталь В. В. Условия развития, клиника и течение первично проявляющихся расстройств мужской потенции и общие принципы их психотерапии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Харьков, 1975. — 14 с.
5. Кришталь В. В., Григорян С. Р. Сексология: Учебное пособие. — М.: ПЕР СЭ, 2002. — 879 с.
6. Общая сексопатология // Руководство для врачей / Под ред Г.С. Васильченко. — М.: Медицина, 1977. — 488 с.
7. Скородок Л. М., Савченко О. Н. Нарушения полового развития у мальчиков. — М.: Медицина, 1984. — 240 с.
8. Васильченко Г. С. Первично-сексологические плюригландулярные синдромы расстройств нейрогуморальной составляющей // Частная сексопатология (Руководство для врачей) / Под. ред. Г.С. Васильченко. — Т. I. — М.: Медицина, 1983. — С. 215–263.
9. Лившиц О. З. Особенности клиники и патогенеза импотенции у лиц молодого возраста (клинико-эндокринологическое исследование): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1971. — 38 с.
10. Вартапетов В. А., Демченко А. Н. Климакс у мужчин. — К.: Здоров'я, 1965. — 244 с.

Поступила в редакцию 24.09.2009