

УДК 616.69 – 008.1 (477)

*М. П. Боро***НАРУШЕНИЕ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ МУЖЧИН-ЛИКВИДАТОРОВ  
ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС**

Областная клиническая психиатрическая больница, г. Донецк

Ключевые слова: мужчины-ликвидаторы аварии, сексуальные расстройства, системный подход

Изучению сексуальных расстройств у мужчин-ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС посвящен ряд исследований, в которых рассматриваются те или иные аспекты нарушения сексуальной функции — эндокринные [1,2], неврологические [3], психологические [4,5]. Однако такой односторонний подход без учета интегративности и парного характера сексуальной функции, к тому же безотносительно к ее состоянию до

участия мужчин в ликвидации аварии на ЧАЭС, не дает возможности раскрыть причины и механизмы развития сексуального расстройства, а следовательно, и разработать эффективные методы его коррекции. Целью настоящего исследования явилось изучение нарушения сексуального здоровья мужчин-ликвидаторов с позиций системного подхода, позволяющего определить все воздействующие на него патогенные факторы.

**Объект и методы исследования**

Под нашим наблюдением было 250 супружеских пар, в которых мужья принимали участие в ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС. У 224 из них имела место сексуальная дисгармония, у 26

супружеских пар дисгармония не отмечалась (эта группа служила контролем). Все супруги были обследованы методом системно-структурного анализа сексуального здоровья [6].

**Результаты исследования и обсуждение**

Полученные данные показали, что у 93 (41±4%) супружеских пар сексуальная дисгармония наблюдалась до участия мужей в ликвидации последствий чернобыльской аварии. У 64 (69±5%) из них были выявлены различные формы сексуальной дезадаптации (коммуникативная — у 16, полоролевая — у 7, сексуально-эротическая — у 28, конституциональная — у 13 пар). У 29 мужчин (31±5%) отмечены разные формы первичной сексуальной дисфункции (паторефлекторная — у 7, абстинентная — у 9, дезинтеграционная — у 8, невроз ожидания неудачи — у 5 человек). В остальных супружеских парах (131, или 59±5%) у мужчин была диагностирована вторичная сексуальная дисфункция, обусловленная патологией, развившейся в результате участия в ликвидации последствий чернобыльской аварии.

В 31 (14±4%) супружеской паре первичная сексуальная дисфункция у мужа сочеталась с сексуальной дисфункцией у жены.

Обследование супругов с помощью системно-структурного анализа сексуального здоровья позволило установить причины и условия развития, клинические проявления и течение имеющихся у них первичных форм сексуальной дезадаптации.

Было установлено, что коммуникативная форма дезадаптации возникла у наших супругов в результате внутриличного и межличностного конфликта, причем возникали три варианта этой формы супру-

жеской дезадаптации. Первый развивался при наличии у мужчин, затрудняющих общение характерологических черт — робости, застенчивости, тревожной мнительности; второй — при нарушении взаимоотношений больного с женой из-за расхождения ценностных ориентаций, взглядов, ролевого поведения в семье, неумения решать возникающие в семейной жизни проблемы или фемининных черт характера мужа, вызывающих негативное отношение у жены; третий вариант возникал вследствие неумения мужчины говорить о сексе, обсуждать с женой свои потребности и ожидания.

В качестве варианта коммуникативной формы дезадаптации можно рассматривать и сексуальную аверсию — крайне негативное отношение мужчины к половой жизни с женой или вообще к сексу. Аверсия у наших пациентов развивалась из-за постоянной психосексуальной неудовлетворенности, неприятия сексуального поведения жены, несоответствия у супругов семейно-ролевых позиций, отсутствия у них чувства любви, расхождения сексуальной мотивации. В тех случаях, когда у супругов имелся психологический конфликт, вначале развивалась психологическая аверсия, которая затем распространялась на сексуальную сферу.

Известно, что сексуальная аверсия проходит в своем развитии три фазы [7]. В первой фазе у мужчин снижается сексуальная активность, сужается диапа-

зон приемлемости, он игнорирует предварительный период полового акта и вступает в сексуальный контакт с женой не по внутреннему побуждению, а выполняя свой супружеский долг. Во второй фазе сексуальные отношения супругов носят негативный характер. Муж под любым предлогом уклоняется и даже полностью отказывается от половых актов. У него возникают алибидемия, анэрекция, но эти нарушения имеют относительный характер. В третьей фазе у мужчин появляется отвращение к половой жизни вообще, презрение, отрицательное отношение к женщинам. Супруги полностью отказываются от интимной близости. Алибидемия и анэрекция приобретают абсолютный характер.

Аверсия может развиваться по осознаваемым и неосознаваемым механизмам психической деятельности. Выраженность ее зависит от фазы развития и от того, насколько в ее формирование вовлечены психологические и сексуальные факторы. При высоком уровне психологической адаптации супругов и малой значимости для них сексуальной сферы обычно к сексуальной аверсии не присоединяется аверсия психологическая и может сохраняться достаточно высокий уровень психологической и социально-психологической адаптации. Значительно чаще наблюдается распространение психологической аверсии на сексуальную сферу, в особенности при низком уровне общей и сексуальной культуры супругов, снижении или полном отсутствии у них платонического и эротического либидо.

Полоролевая форма сексуальной дезадаптации развилась у находившихся под нашим наблюдением супругов при нарушении полоролевого поведения мужчины — его трансформации, т.е. фемининном поведении, или гиперролевом, т.е. гипермаскулинном поведении.

В первом случае для мужчин были характерны мягкость, конформность, женский стиль поведения, пассивность, подчиняемость, заботливость. Половая жизнь протекала у них неоднозначно. У некоторых, при ослабленном типе половой конституции, возникали трудности в начале половой жизни, которая начиналась поздно. У других, обычно мужчин со средней половой конституцией, напротив, наблюдались раннее начало половой жизни, беспорядочные половые связи, чаще с лицами старше себя по возрасту, такие случаи встречались реже.

Трансформация полоролевого поведения мужчин в зависимости от сочетания в паре приводила к возникновению позитивно-дополняющего или негативно-дополняющего супружества. При фемининном поведении мужа и маскулинном — жены отмечался псевдогармоничный брак, а при фемининном поведении мужа и нормальном или гиперролевом поведении жены — дисгармоничное супружество. Для мужчин с гипермаскулинным поведением были характерны агрессивность, предприимчивость, стремление к неформальному лидерству, в интимных отношениях — игнорирование ласк, безразличие к неудов-

летворности женщины, стремление при всех обстоятельствах получить оргазм.

Сочетание в паре гипермаскулинного поведения мужа и гиперфемининного — жены приводило к псевдогармоничному супружеству, а при гипермаскулинном поведении мужа в сочетании с маскулинным, а иногда и с нормальным полоролевым поведением жены возникал дисгармоничный брак.

Сексуально-эротическая форма дезадаптации развилась у супругов вследствие расхождения диапазона приемлемости, неадекватной желанием обоих супругов техники полового акта и игнорирования его заключительного периода, а также в результате несоответствия сексуального поведения мужа модели, ожидаемой или желаемой женой. Как правило, это происходило при низком уровне знаний в области психогигиены половой жизни и часто — при несоответствии сексуальной мотивации супругов (например, при гомеостабилизирующем типе сексуальной мотивации у мужа и игровом или коммуникативно-гедоническом типе у жены). К сексуально-эротической дезадаптации приводило и неблагоприятное сочетание в супружеской паре психосексуальных типов мужчины и женщины, таких, в частности, как мужчина-отец и женщина-мать, мужчина-сын и женщина-дочь, и в особенности одинаковых — пассивно-подчиняемых или агрессивных вариантов психосексуальных типов.

Сексуально-эротическая дезадаптация, как правило, начиналась с первых же половых актов. При этом у жен больных чаще всего возникали сексуальная гипестезия и аноргазмия, к которым затем присоединялось снижение либидо вплоть до алибидемии, женщины проявляли отрицательное отношение к половой активности мужа.

Способствовали развитию сексуально-эротической дезадаптации супругов такие черты личности, как эгоизм, эгоцентризм, самовлюбленность, а также инфантильность, замкнутость, тревожная мнительность. У некоторых супругов к сексуально-эротической дезадаптации приводило несоответствие общей и сексуальной культуры, в особенности при дисгармоничном и девиантном ее вариантах у мужа. Сексуальная дисгармония, как правило, развивалась даже в тех случаях, когда у жены отмечался гармоничный вариант сексуальной культуры (аполлоновский или мистический ее тип).

Конституциональная форма сексуальной дезадаптации возникала у мужчин со слабой или ослабленной средней половой конституцией при средней или сильной половой конституции жены.

Эта форма сексуальной дезадаптации проявлялась с самого начала супружеской жизни, как правило, в виде разной сексуальной потребности и активности супругов, сниженного полового влечения и гипозрекции у мужа. Нередко при развитии дезадаптации эти нарушения достигали степени алибидемии и анэрекции. Многие мужчины с рассматриваемой формой сексуальной дезадаптации отличались астенической конституцией, вторичные половые признаки были

выражены у них слабо, психофизиологические процессы инертны.

Среди форм первичной сексуальной дисфункции на первом месте по частоте у обследованных мужчин была паторефлекторная форма. Она возникла у них по механизму патологической фиксации сексуальной неудачи в молодом возрасте (20-30 лет), когда, как известно, и актуальность сексуальной сферы, и нагрузка на сексуальную функцию наиболее велики. Поэтому даже случайные неудачи оказывались для мужчин высоко значимыми и приводили у наших пациентов к нарушению сексуальной функции (гипо- и анэрекции, нарушение эякуляции). Чаще данная форма отмечалась у лиц с асинхрониями полового развития, со слабой или ослабленной средней половой конституцией.

Дезинтеграционная форма сексуальной дисфункции (синдром парацентральных долек) возникала у мужчин вследствие первичного поражения высших корковых центров (парацентральных долек), регулирующих процесс семяизвержения и другие уrogenитальные автоматизмы. Основным клиническим проявлением заболевания была преждевременная эякуляция.

Причина поражения указанных корковых центров до настоящего времени полностью не выяснена, многие авторы считают его результатом действия патогенных факторов в антенатальный период, родовой травмы, черепно-мозговой травмы.

Невроз ожидания (навязчивое опасение неудачи в половом акте) развился у находившихся под нашим наблюдением мужчин после неудачной попытки полового акта, обусловленной разными причинами. Вызванное ими тревожное ожидание (ожидание анэрекции, эякуляции или анэякуляции) привело к дезавтоматизации сексуальных реакций.

В механизме развития невроза ожидания основную роль играли эмоциональное напряжение в преддверии и во время полового акта и сопряженное с ним нарушение нервной и психической регуляции половой функции, а также излишний контроль проявлений половой функции — эрекции, эякуляции.

К его развитию у наших пациентов предрасполагали такие черты характера, как тревожная мнительность, закомплексованность, впечатлительность, сенситивность. Неблагоприятное влияние оказывало также неправильное сексуальное поведение жены — ее пассивность, эмоциональная холодность и особенно — упреки при неудачных попытках сексуального контакта.

Невроз ожидания проявлялся гипо- или анэрекцией, преждевременным семяизвержением. После участия в ликвидации аварии на ЧАЭС у этих больных невроз ожидания усугубился развившейся у них радиофобией.

Абстинентная форма сексуальной дисфункции развивалась вследствие длительного вынужденного полового воздержания. При этом действуют два патогенетических механизма развития сексуальной дисфункции. Первый из них наблюдается, когда в результате воздержания в предстательной железе возникают застойные явления, способствующие всасыванию в кровь ее секрета, что угнетает функцию семенников,

второй — когда детренированность сексуальной функции приводит к ее угасанию.

У мужчин с сильной или усиленной средней половой конституцией абстинентная форма сексуальной дисфункции обычно не возникает, поскольку они компенсируют половое воздержание мастурбацией или внебрачными связями.

Развитие этой формы дисфункции у наших пациентов было четко связано во времени с вынужденным половым воздержанием и проявлялось снижением либидо, гипозрекцией и преждевременным семяизвержением. Чаще она наблюдалась у мужчин пожилого возраста, а у молодых людей — только при слабой или ослабленной средней половой конституции.

Во время и сразу после участия в ликвидации аварии на ЧАЭС у подавляющего большинства мужчин с первичными формами нарушения сексуального здоровья возникла дезактуализация сексуальной сферы, а с возобновлением половой жизни они отмечали значительное ослабление сексуальной функции — снижение сексуальной активности и предприимчивости, гиполибидемию, гипо- и анэрекцию. При обращении к врачу пациенты связывали эти расстройства только с облучением, которому они подверглись при ликвидации последствий аварии, игнорируя тот факт, что сексуальная дисгармония наблюдалась у них и до участия в ее ликвидации. Характерными были астенизация больных и проявления астено-ипохондрического синдрома.

При обследовании мужчин с вторичной сексуальной дисфункцией, развившейся после участия в ликвидации аварии на Чернобыльской АЭС, у 71 человека (54±5%) было выявлено стержневое поражение нейрорегуляторной составляющей анатомо-физиологического компонента сексуального здоровья вследствие органического поражения нервной системы, причем у 44 человек — на корково-диэнцефальном уровне (дисциркуляторная энцефалопатия) и у 27 — на спинальном уровне (вертеброгенная и невертеброгенная патология пояснично-крестцовой локализации); у 23 (17±3%) пациентов обнаружено поражение нейрогуморальной составляющей указанного компонента вследствие гипоталамического синдрома с обменно-эндокринными нарушениями и у 37 (28±3%) человек — поражение той же составляющей в результате гипогонадизма.

Дисциркуляторная энцефалопатия у мужчин-ликвидаторов аварии развивалась в результате нарушения регуляторных механизмов артериальной гемодинамики, а также ликворно-венозной дистензии. Больные жаловались на головные боли, тяжесть в голове, головокружение, шум в голове и ушах, нарушение сна, повышенную раздражительность, вспыльчивость, снижение памяти, внимания, работоспособности, неустойчивость настроения, чувство неуверенности в себе, боли и неприятные ощущения в области сердца. Эти симптомы резко проявлялись при повышенных психических и физических нагрузках и усиливались во второй половине дня. Нередко у больных возникали вегетативно-сосудистые пароксизмы — об-

мороки, симпато-адреналовые, вагоинсулярные или смешанные кризы. Часто головные боли и другие нарушения появлялись или усиливались во время полового акта и после него.

При изучении неврологического статуса больных у них определялась вначале рассеянная, а затем и очаговая органическая симптоматика: вялость зрачковых реакций, асимметрия носогубных складок, девиация языка, рефлексы орального автоматизма, анизорефлексия на руках и ногах, вялость брюшных рефлексов, патологические кистевые и стопные рефлексы (Россолимо, Жуковского, Бабинского, Оппенгейма, Гордона и др.), тремор век, пальцев вытянутых рук и неустойчивость в позе Ромберга, нарушения чувствительности в виде парестезий, сенестопатий, вегетативно-сосудистая лабильность.

Реоэнцефалографическое исследование обнаруживало у этих больных признаки недостаточности кровоснабжения мозга диффузного или очагового характера и нарушение венозного оттока. На электроэнцефалограммах нередко регистрировалось диффузное, а зачастую и очаговое снижение биоэлектрической активности мозга. При компьютерной томографии и энцефалоскопии у значительного числа больных выявлялись желудочковая гидроцефалия и признаки атрофии коры мозга.

Нарушения сексуальной функции у мужчин с дисциркуляторной энцефалопатией носили сочетанный характер, проявляясь снижением либидо, гипозрекции и преждевременной эякуляцией.

У больных с патологией на спинальном уровне имело место поражение корешков спинного мозга и нервов пояснично-крестцового сплетения, иннервирующих наружные и внутренние половые органы (бедренно-полового, полового и др.), конуса и эпиконуса спинного мозга, где находятся спинальные центры половой функции, а также сосудов, питающих перечисленные образования. У этих больных заболевание проявлялось в виде рефлекторных синдромов (люмбаго, люмбалгия, люмбоишиалгия с мышечно-тоническими вегетативно-сосудистыми или нейродистрофическими нарушениями), корешковых синдромов (радикулиты отдельных корешков, синдром конского хвоста), сосудистых корешково-спинальных синдромов (радикулоишемия, ишемическая радикуломиелопатия и миелопатия).

Клиническая картина данной патологии определялась болями в пояснично-крестцовой области, нередко иррадиирующими в паховую область, мошонку, половой член; наблюдались также снижение чувствительности в зонах иннервации отдельных нервов, корешков, конского хвоста, конуса и эпиконуса спинного мозга, двигательные расстройства (рефлекторная недостаточность, парезы или параличи), ограничение объема движений в пояснице, слаженность поясничного лордоза, сколиоз, гипотония и атрофия мышц.

Сексуальная дисфункция у больных этой группы была в ряде случаев обусловлена ирритацией симпатических структур на уровне II-III поясничных корешков. Поскольку симпатические структуры данного

уровня в значительной степени обеспечивают эякуляторную функцию, у мужчин наблюдалась преждевременная эякуляция; кроме того, у них было ослаблено либидо вследствие снижения андрогенной функции половых желез. В других случаях сексуальная дисфункция возникла в результате ирритации парасимпатических структур на уровне II, III и IV крестцовых корешков. При этом у мужчин вначале наблюдалось усиление и учащение спонтанных эрекций, а затем их ослабление и снижение либидо.

Среди больных с гипоталамическим синдромом и обменно-эндокринными нарушениями у 5 человек ( $22\pm 5\%$ ) была выявлена также гиперплазия щитовидной железы I-II степени, и у 2 ( $9\pm 6\%$ ) человек диагностирован аутоиммунный тиреоидит. Почти у половины больных этой группы отмечалась отягощенная наследственность по эндокринной патологии (сахарный диабет, заболевания щитовидной железы).

В клинической картине гипоталамического синдрома на первый план выступало ожирение II-III степени с преимущественным отложением жира в области плечевого пояса и живота, появившееся после участия мужчин в ликвидации аварии на ЧАЭС. Кроме того, у половины обследованных определялась артериальная гипертензия от 160/100 до 200/110 мм рт. ст.

Расстройство сексуальной функции заключалось у этих больных в снижении сексуальной активности, либидо и эрекции.

У мужчин с нарушением гонадостата были выявлены выраженная лютропинемия и диссоциация между уровнем андрогенов и функцией гормонозависимых органов с изменением метаболизма экзогенного тестостерона в сторону преобладания эстрогенов и неактивных андрогенов.

У всех больных с вторичной сексуальной дисфункцией была нарушена также психическая составляющая сексуального здоровья вследствие личностной реакции на соматическое неблагополучие и сексуальную дисфункцию, а у 24 ( $19\pm 3\%$ ) человек — вследствие развившейся радиофобии. Отмечалось также (у 42 человек,  $32\pm 3\%$ ) нарушение социального, психологического и социально-психологического компонентов сексуального здоровья, усугублявшее сексуальную дисгармонию супружеской пары.

Вторичная сексуальная дисфункция проявлялась у мужчин изолированным или сочетанным снижением либидо, нарушением эрекции и эякуляции. У их жен отмечалась аноргазмия и психосексуальная неудовлетворенность относительного характера.

При обследовании контрольной группы супружеских пар были выявлены нормальное соматосексуальное и психосексуальное развитие, достаточно высокий уровень информированности в области секса, средний и сильный типы половой конституции, соответствие сексуальной мотивации и сексуального поведения супругов, их хорошие межличностные отношения. Эти факторы благоприятствовали сохранности сексуальной функции мужчин и сексуальной гармонии супружеской пары.

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что при оценке сексуального здоровья мужчин-ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС необходимо учитывать его состояние до их участия в ликвидации

аварии и состояние нейрогуморальной, нейрорегуляторной и психической составляющих сексуального здоровья после ликвидации последствий аварии, а также уровень адаптации супружеской пары.

*М.П.Беро*

## **ПОРУШЕННЯ СЕКСУАЛЬНОГО ЗДОРОВ'Я ЧОЛОВІКІВ-ЛІКВІДАТОРІВ НАСЛІДКІВ АВАРІЇ НА ЧОРНОБИЛЬСЬКІЙ АЕС**

Обласна клінічна психіатрична лікарня, м. Донецьк

З позицій системного підходу досліджено причини, механізми розвитку і клініка дезадаптивних форм, первинної та вторинної сексуальної дисфункції у чоловіків-ліквідаторів аварії на ЧАЕС. Показано значення не тільки біологічних, але й соціальних, психологічних та соціально-психологічних чинників у порушенні сексуального здоров'я. Зроблено висновок, що, оцінюючи сексуальну функцію чоловіків, необхідно враховувати стан нейрогуморальної, нейрорегуляторної та психічної складових сексуального здоров'я до і після того, як вони брали участь у ліквідації аварії на ЧАЕС, а також рівень адаптації подружньої пари. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 1999. — № 1 (5). — С.64-68).

*M.P. Bero*

## **DISORDERS OF SEXUAL HEALTH OF MALE THAT TOOK PART IN LIQUIDATION OF CONSEQUENCES OF THE CRASH ON CHERNOBYL AES**

Region clinic psychiatric hospital, Donetsk

The causes, mechanisms of development, clinic of desadaptive forms of primary and secondary sexual dysfunction in male, that took part in liquidation of consequences of the crash on Chernobyl AES, from the system point of view were studied. The value of not only biological but also social, psychological and social and psychological factors as the causes of sexual health's disorders were shown. The conclusion about the necessity of taking into account the state of neurohumoral, neuroregulatory and psychic constituents of sexual health before and after the participation in the liquidation the crash on ChAES and the level of marital pair adaptation during the evaluation of sexual function has made. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 1999. — № 1 (5). — P.64-68).

### *Литература*

1. Демченко А.Н. Половые нарушения и механизмы их развития у ликвидаторов аварии на ЧАЭС // Патогенез, клиника и фармакотерапия эндокринопатий: Матер. науч. конф. — Харьков, 1994. — С. 106-107.
2. Кравчун Н.А. Особенности течения гипоталамического синдрома у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС // Там же, С. 127-129.
3. Нягу А.И., Костюченко В.Г., Коваленко А.Н. Вегетативная дистония у лиц, подвергшихся радиационному воздействию при ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС: Метод. рекоменд. МЗ Украины. — Киев, 1991. — 24 с.
4. Чуприков А.П., Крыжановская Л.А., Казакова С.Е., Хворостяная К.В., Некоторые психопатологические особенности

пострадиационных поражений головного мозга, связанных с аварией на ЧАЭС // Акт. пробл. ликвидации мед. последствий аварии на ЧАЭС. — Киев, 1992. — 248 с.

5. Напреенко А.К., Логановский К.Н. Пограничные нервно-психические расстройства у лиц, подвергшихся воздействию ионизирующего излучения // Врач. дело. — 1992. — № 6. — С. 48-52.

6. Кришталь В.В. Системный подход к диагностике и коррекции нарушений сексуального здоровья // Акт. вопр. сексопатологии: Тез. докл. I всес. конф. сексопатологов. — Москва, 1986. — С. 7-9.

7. Кришталь В.В., Гульман Б.Л. Сексология. Т.2. Клиническая сексология. Часть первая. Общая сексопатология. — Харьков: Акад. сексол. исследований, 1997. — 272 с.

Поступила в редакцию 21.10.98г.