

Bibliografie

1. NIH Consensus Conference: Impotence. JAER 1993, 270: 83-90.
2. FELDMAN H.A., GOLDSTEIN I, HATZICHRISTOU D.G. ET AL. Impotence and its medical and psychological correlates: results of the Massachusetts Male Aging Study. J Urol 1994; 151: 54-61.
3. MELMAN A., GINGELL J.C. The epidemiology and pathophysiology of erectile dysfunction. J Urol 1999; 161: 5-11
4. MEULEMANN E.J., DONKERS L.H., ROBERTSON C. ET AL. Erectile dysfunction: prevalence and effect on the quality of life: Boxmeer study. Ned Tijdschr Geneesk 2001; 145: 576-581
5. MONTORSI R., SALONIA A., DEHO R., ET AL. Pharmacological management of erectile dysfunction. B.J. Uinternational, 2003, Nr.5, vol 91. 448.
6. NUSBAUM M.R. Erectile dysfunction: prevalence, etiology, and major risk factors // J.Am. Osteopath. Assoc. 2002. Vol. 102, №12 Suppl. 4. P. S1-S6
7. KAWANISHI Y., LEE K. S., KIMARA K. ET AL. Screening of ischemic heart disease with cavernous artery blood flow in erectile dysfunctional patients // Int. J. Impot. Res. 2001. – Vol.13, №2. P.100-103
8. ВЕРТКИН А. Л., ЛОРАН О. Б., ТОПОЛЯНСКИЙ А. В., НОСОВИЦКИЙ П. Б., ЖИЛЕПКО В. В. „Эректильная дисфункция у кардиологических и терапевтических пациентов”, Русский медицинский журнал, том 9, №25, 2001
9. ПУШКАРЬ Д. Ю., ВЕРТКИН А. Л., „Эректильная дисфункция: „Кардиологические аспекты”
10. KLONER R.A. Erectile dysfunction in the cardiac patient // Compr. Ther. 2004, Vol. 30. №1, p.50-54
11. Arta Medica. Ediția specială. Anul 2006, pag. 31 – 32

ПРИЧИНЫ И МЕХАНИЗМЫ СЕКСУАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ПРИ ЭКСКРЕТОРНО-ТОКСИЧЕСКОМ БЕСПЛОДИИ У МУЖЧИН

THE SEXUAL DISADAPTATION IN EXCRETORY-TOXIC INFERTILITY. MEDICAL-PSYCHOLOGICAL ASPECTS

CAUZELE ȘI MECANISMELE DEZADAPTĂRII SEXUALE ÎN INFERTILITATEA EXCRETORIE TOXICĂ LA BĂRBAȚI

В. О. Лещинский¹, В. А. Терновский²

1. Поликлиника Аппарата Правительства Республики Молдова, Кишинев
2. Районная больница, Унгены

Summary

On the basis of systemic approach personal and spouses interpersonal relationship changes are studied under conditions of excretory-toxic infertility in husband. The role of somatogenic, psychogenic, socialgenic and negative social-psychological factors in the sexual disadaptation development is revealed in this disease, its clinical forms are determined. An effective sexual health disorder psychotherapeutic correction system in infertile marriage caused by the excretory-toxic infertility in husband is worked out.

Rezumat

S-au stabilit cauzele și mecanismele dezvoltării, s-au descris și s-au caracterizat formele clinice a dezadaptării sexuale a soților cu sterilitate toxico-excretorie la bărbați. S-a arătat geneza complexă a dezadaptării la maladia dată și s-a formulat concluzia despre necesitatea bazării pe legitațiile apărute în corecția ei psihoterapeutică.

Введение

Наиболее распространенное андрологическое заболевание – хронический простатит – нередко осложняется экскреторно-токсическим бесплодием и влечет за собой развитие невротических расстройств и нарушение сексуального здоровья супружеской пары. Тем не менее, в достаточно обширной литера-

туре, посвященной простатиту [1–3], этим аспектам проблемы уделяется очень мало внимания. Причины, механизмы и условия развития, течение и клинические проявления сексуальной дезадаптации супругов при экскреторно-токсическом бесплодии у мужа практически не исследованы, что, естественно, во многом ограничивает возможности диагностики

и определяет недостаточную эффективность проводимой психотерапевтической коррекции.

Цель

Целью настоящей работы явилось изучение причин, механизмов формирования и клинического течения сексуальной дезадаптации супружеской пары, в которой муж страдает экскреторно-токсическим бесплодием.

Материалы и методы исследования

В исследование были включены 100 дезадаптированных супружеских пар с данной патологией у мужа. Супруги были в возрасте от 21 года до 50 лет. Среди них были выделены две группы по 50 пар в каждой. В первой группе у мужчин имела место вторичная сексуальная дисфункция, обусловленная болевым синдромом при хроническом простатите. Вторая группа состояла из двух подгрупп: к 1-й отнесено 20 пар, в которых сексуальная дезадаптация была следствием расхождения у супругов типов сексуальной культуры, ко 2-й – 30 пар с дезадаптацией, связанной с нарушением их межличностных отношений.

Таким образом, у супругов имелись два варианта дезадаптации: обусловленный вторичной и первичной сексуальной дисфункцией, причем второй включал две клинические формы – социокультурную и коммуникативную.

Все супруги были обследованы методом системно-структурного анализа сексуального здоровья по В. В. Кришталю [1] и психодиагностическими методами по Г. Шмишеку [4], А. В. Heilbrun [5], L. Szondi [6] и др.

Сексуальная дезадаптация, обусловленная вторичной сексуальной дисфункцией у мужа, клинически проявляется гипополидемией, ослаблением адекватных эрекций, стертостью и болезненностью оргазма и преждевременной эякуляцией, часто сочетающейся со снижением половой активности больного. Сексуальные ощущения у всех мужчин притуплены.

Системно-структурный анализ сексуального здоровья выявляет у мужчин как причину развития сексуальной дезадаптации супружеской пары - стержневое поражение анатомо-физиологического компонента. Генитальная его составляющая нарушена вследствие хронического простатита, психическая составляющая – в результате невротических расстройств. Нарушение нейрогуморальной составляющей обусловлено задержкой соматосексуального развития пациентов.

Дисгармонирующую роль в супружеских отношениях при вторичной сексуальной дисфункции у наших пациентов играло также несоответствие сексуальной мотивации супругов, в частности гомеостабилизирующего, шаблонно-регламентированного или генитального ее типа у мужа и игрового у жены, либо обратное сочетание.

При этом, хотя часть женщин адекватно реагировали на заболевание мужа, относясь к нему с сочувствием и пониманием, у мужчин часто наблюдалась диссоциация между потребностью в половых сношениях и половой предприимчивостью. Перед сношением их угнетала мысль о возможном возникновении или усилении при половом акте болевых ощущений в гениталиях, о том, что супруга вновь не получит сексуального удовлетворения. Во время

полового акта, длительность которого была уменьшена, эрекция была ослаблена, и после сношения большинство мужчин испытывали разочарование, досаду, психосексуальную неудовлетворенность.

У жен больных, наблюдались низкий процент оргастичности, аноргазмия, притупленный оргазм, ухудшение настроения и физического самочувствия после полового сношения и невротические расстройства, как личностная реакция на заболевание мужа и сексуальную дезадаптацию.

Существенно усугубляло сексуальную дезадаптацию у части обследованных супругов несоответствие половой конституции, поскольку у $56 \pm 7\%$ мужчин данной группы имел место слабый ее тип, у остальных – средний, тогда как у женщин чаще всего была средняя, а у $26 \pm 6\%$ – сильная половая конституция.

У мужчин с хроническим простатитом, сопровождающимся болевым синдромом, развитие сексуальной дисфункции было постепенным, и наблюдалась прямая ее зависимость от течения воспалительного процесса в предстательной железе. Выраженность сексуального расстройства зависела и от половой конституции мужчин: при слабой конституции сексуальные расстройства – болевой синдром, преждевременная эякуляция, ослабление адекватных эрекций, снижение половой предприимчивости – были выражены в большей степени.

Следует отметить, что у некоторых больных, как правило, с тревожно-мнительными чертами характера, болевой синдром не исчезал и после ликвидации воспалительного процесса в предстательной железе, у них сохранялась невротическая фиксация на неприятных ощущениях, т.е. происходила трансформация соматогенной симптоматики в психогенную.

Таким образом, сложность генеза сексуальной дезадаптации супругов подтверждает тот факт, что даже если она обуславливается соматическим заболеванием, значительное влияние на развитие дисгармонии супружеских отношений оказывают не только биогенные, но также и социальные, и психологические и социально-психологические факторы.

Социокультурная форма сексуальной дезадаптации возникает с самого начала супружеской жизни. Обуславливая психосексуальную неудовлетворенность супругов, она влечет за собой нарушение не только их сексуальных, но часто и межличностных отношений.

Как известно, сексуальная культура – составная часть общей культуры человека. Это интегративный феномен, обусловленный при главенствующей роли социальных условий, психологическими, социально-психологическими и биологическими факторами.

Социальные факторы, оказывающие влияние на формирование сексуальной культуры, – это отношение общества к сексу, социализация сексуальности (религия, обычаи, обряды, половое воспитание и сексуальное просвещение). Они формируют отношение личности к сексу и сексуальное поведение. Психологические факторы – личностные и характерологические особенности человека; социально-психологические – особенности его коммуникации с окружающими; основной биологический фактор – половая конституция.

Критериями сексуальной культуры можно считать отношение к любви, значение для личности соотношения духовного и физического; сексуальную мораль, отношение к сексуальной норме и сексуальным девиациям; отношение к противоположному полу, психосексуальную ориентацию и уровень информированности в области секса; сексуальные установки, в том числе этические и эстетические; полоролевое поведение; сексуальную мотивацию и мотивы полового акта; психосексуальный тип мужчины и женщины. Несоответствие каждого из этих критериев у супругов может обусловить социокультурную форму сексуальной дезадаптации.

Выделяют четыре варианта сексуальной культуры – гармоничный, дисгармоничный, девиантный и асексуальный [1]. Каждый из них включает в себя разные типы культуры.

К гармоничному варианту относятся аполлоновский (гуманистический) тип, культивирующий гармонию души и тела, естественную радость секса, и мистический тип, распространенный на Востоке (Камасутра, даосизм).

Дисгармоничный вариант объединяет следующие типы: либеральный, для которого характерно терпимое отношение к сексуальным нормам и обычаям, но без модели любви с доминантой жертвенности; невротический, характеризующийся чувством угрозы, неуверенности, страха перед противоположным полом, затруднением в общении, в том числе сексуальном; генитальный, примитивный тип, для которого типичны отсутствие этико-эстетических мотивов в сексуальном поведении, сексуальной мотивации; патриархальный, основанный на двойной морали: возможность внебрачных связей для мужчин и запрет их для женщин.

Девиантный вариант сексуальной культуры включает в себя оргиастический ее тип, принимающий все формы сексуальной активности – гомосексуализм, сексуальные девиации, групповой секс, смену партнеров – и трактующий секс только как источник удовольствий; гиперролевой тип, при котором маскулинное поведение оценивается значительно выше, чем фемининное, вплоть до жесткого требования подчиненности женщины желаниям мужчины; гипоролевой тип, при котором, напротив, маскулинное поведение оценивается ниже, чем фемининное.

Асексуальный вариант объединяет репрессивный тип сексуальной культуры, направленный на подавление секса во всех его проявлениях, и пуританский, ханжеский тип, отвергающий любые, и, прежде всего сексуальные удовольствия. Примером пуританской сексуальной культуры могут служить так называемые викторианские установки, культивирующие многочисленные ограничения, связанные с сексуальной этикой. Духовное при этом, противопоставляется плотскому, и осуждается любое сексуальное проявление, не связанное с продолжением рода.

Системно-структурный анализ сексуального здоровья по его критериям позволил установить у наших пациентов связь типа сексуальной культуры с характером полового развития. Оказалось, что аполлоновский ее тип формируется преимущественно у лиц с гармоничным сомато- и психосексуальным развитием. Ретардация соматосексуального и психосексуального развития обычно отмечается у лиц с невротическим или примитивным типом сексуаль-

ной культуры; формированию девиантного типа культуры способствуют, как правило, преждевременное половое созревание и отклонения полоролевого поведения; асексуальный вариант сексуальной культуры обусловлен задержкой психосексуального развития и формированием неправильных сексуальных установок. Типу сексуальной культуры соответствовала у обследованных нами супругов сексуальная мотивация, в частности при примитивном типе культуры, как правило, отмечался генитальный тип сексуальной мотивации.

Одним из механизмов развития сексуальной дезадаптации супругов при несоответствии типов их сексуальной культуры была полоролевая дискордантность и отсутствие полоролевой комплементарности супругов.

Известно, что наиболее гармоничным является сочетание у обоих супругов аполлоновского или мистического типов сексуальной культуры. Относительная гармония обеспечивается сочетанием в супружеской паре либерального типа с оргиастическим, патриархального с гиперролевым, примитивного с асексуальным. Псевдогармоничным можно назвать сочетание любых двух дисгармоничных, асексуальных или девиантных типов культуры. Очень плохо сочетаются дисгармоничный вариант сексуальной культуры с асексуальным и девиантным, гармоничный с дисгармоничным, асексуальным, девиантным. Аполлоновский тип культуры не сочетается с либеральным, поскольку для последнего не значима любовь, и с патриархальным, отрицающим равенство в сексуальных отношениях.

У обследованных нами супругов с социокультурной формой сексуальной дезадаптации конфликт возникал из-за того, что муж или жена, не понимая истинной причины дисгармонии, либо объясняли ее своей сексуальной несостоятельностью, либо считали следствием юношеской мастурбации, какого-либо неблагоприятного внешнего воздействия, а нередко связывали с «неправильным» поведением брачного партнера. Например, в последнем случае муж психосексуального типа мужчина-отец пытался обучить жену «правильному», с его точки зрения, сексуальному поведению; у агрессивного мужчины сексуальное поведение жены вызывало бурный протест; пассивно-подчиняемый супруг мирился со своей сексуальной неудовлетворенностью, поскольку она была малозначима для него; муж-сын старался приспособиться к сексуальному поведению жены, надеясь так достичь сексуальной гармонии. Иначе говоря, один из супругов либо пытался изменить обусловленное типом культуры сексуальное поведение другого, либо смирился с ним. При этом возникал так называемый инновационный конфликт.

Без супружеских конфликтов, как известно, не обходится ни одно, даже вполне благополучное супружество. Существует ряд работ, посвященных психологическому и социально-психологическому анализу семейных конфликтов, определению причин и роли личностных особенностей супругов в возникновении и разрешении конфликтной ситуации. Однако проблема инновации в супружеских конфликтах практически не исследована, а между тем при социокультурной форме сексуальной дезадаптации инновационный конфликт имеет особое значение.

Термин «инновация», использовавшийся еще культурологами XIX в., означает внедрение элементов одной

культуры в другую, и довольно часто это «нововведение» сопровождается конфликтом.

У обследованных нами супругов толчком к такому конфликту служила попытка одного из супругов изменить обусловленный сексуальной культурой стереотип сексуального поведения другого супруга. Попытки внедрить иной тип сексуальной культуры, особенности сексуального поведения, чуждого второму супругу или неприемлемого для него, вызывали противоречия. Инновационные конфликты возникали вследствие навязывания супругом жене своего стереотипа сексуального поведения, реже наоборот. Инициаторами внесения изменений в сексуальное поведение чаще всего были лица с аполлоновским типом сексуальной культуры, брачные партнеры которых принадлежали к либеральному, патриархальному, гиперролевому и пуританскому типам сексуальной культуры.

«Новаторы» обычно рассчитывают на улучшение сексуальных контактов в результате внедрения новых элементов в сексуальное поведение, тогда как консерваторам зачастую трудно менять свой поведенческий стереотип. Позиция каждой из этих сторон может быть достаточно обоснованной, субъективно правы могут быть и те, и другие, однако нововведение, предлагаемое одним из супругов и входящее в противоречие с желаниями другого, становится причиной супружеских конфликтов.

Спротивление инновациям в сексуальном поведении у наших пациентов возникало вследствие низкого уровня социально-психологической адаптации супругов, неправильной осведомленности в вопросах психогигиены половой жизни, психологической неприемлемости нововведений, нарушения полоролевого поведения. В качестве личностных причин инновационных конфликтов выступали также индивидуально-психологические особенности супругов и полученное ими воспитание. Типичной причиной являлось наличие у одного из супругов выраженной негативной установки на изменение типа сексуальной культуры. Межличностный инновационный конфликт сопровождался, естественно, негативными эмоциями супругов по отношению друг к другу.

Сексуальный инновационный конфликт имеет полимотивированный характер, причем направленность мотивов супругов различна. Основные мотивы новатора – неудовлетворенность сексуальным поведением супруга (супруги), стремление улучшить сексуальные отношения, максимально реализовать сексуальные возможности, как свои, так и супруга (супруги). Для консерватора характерны такие мотивы, как нежелание менять стиль поведения и стремление настоять на своем.

Наши наблюдения показали вполне определенную связь между уровнем развития нравственных качеств супругов и применяемыми ими способами противоборства в инновационном конфликте. Личностными предпосылками для его разрешения служили индивидуально-психологические особенности супругов. Чем глубже были при этом негативные эмоции, переживаемые супругами по отношению друг к другу, тем менее конструктивный характер носил конфликт. При этом эмоциональное влияние конфликта на каждого из супругов было различным: переживания консерватора – значительно слабее, чем новатора. В то же время чем выше был уровень психологической

адаптации супругов, тем конструктивнее развивался инновационный процесс и, тем вероятнее было успешное разрешение конфликта. Однако при всех обстоятельствах несоответствие типов сексуальной культуры супругов, обуславливая сексуальную дезадаптацию, приводило к невротическому расстройству, соответствующему по форме личностным особенностям больного.

Системно-структурный анализ сексуального здоровья супругов при данной форме дезадаптации выявил стержневое поражение, помимо анатомо-физиологического компонента у мужчин в связи с имеющимся у них хроническим простатитом, также социокультурной и информационно-оценочной составляющих социального компонента. Поражение последних было связано с расхождением у супругов типов сексуальной культуры и с низким уровнем информированности в области психогигиены половой жизни.

Коммуникативная форма сексуальной дезадаптации развивается обычно постепенно, в результате внутрличностного и деструктивного межличностного конфликтов. У обследованных нами супругов возникновение конфликтной ситуации в семье чаще всего обуславливали такие факторы, как отсутствие взаимных чувств любви и уважения; наличие у одного из супругов черт характера, вызывающих неприятие у другого; несоответствие взглядов, интересов, морально-этических и эстетических установок, ролевого поведения в семье и направленности личности каждого из супругов; нарушение функций семьи и др. Общим механизмом развития данной формы дезадаптации было нарушение межличностных отношений супругов вследствие дисконflikта.

Наши пациенты с коммуникативной формой дезадаптации воспитывались, как правило, в условиях гипопротекции и жестоких взаимоотношений, для них был характерен возбудимый тип акцентуации характера. У большинства наблюдались также дисгармоничные черты личности, прежде всего дезадаптивность, завышенная самооценка, эгоцентризм, т.е. черты, обуславливающие конфликтность.

Полоролевое поведение мужчин чаще было гиперролевым, а женщин – трансформированным, что не способствовало продуктивному общению супругов.

Большинство мужчин и женщин с коммуникативной формой дезадаптации вступили в брак по любви, однако в период обследования сохранили любовь лишь 17 ± 7 % мужчин и 13 ± 6 % женщин. Большинство супругов испытывали друг к другу привычку или безразличие. Почти все мужья и жены этой группы думали о разводе или предпринимали попытки развестись, что подтверждает особенно разрушительное влияние коммуникативной формы дезадаптации супругов на прочность брака. Показатели супружеской адаптации и супружеского счастья и у мужчин, и у женщин были самыми низкими из всех обследованных.

Системно-структурный анализ сексуального здоровья показал, что при данной форме дезадаптации стержневым, т.е. причиной сексуальной дезадаптации, является поражение, помимо анатомо-физиологического, психологического и социально-психологического компонентов. При этом выявленные нарушения компонентов и составляющих не влияли на сексуальное здоровье супругов, исключение

составляли лишь случаи, когда психологическая дезадаптация достигала степени аверсии, захватывающей и сексуальную сферу. Это имело место у 10 ± 6 % мужчин и стольких же женщин.

У подавляющего большинства обследованных возникновение аверсии (крайней степени отрицательного отношения к сексуальным контактам с супругом) было четко связано с конфликтами, после которых у супругов резко снижались половая активность и предприимчивость. Эти нарушения, вначале преходящие, при повторении со временем приводили к стойкому отрицанию половой жизни с женой (мужем). Следует отметить, что типы сексуальной мотивации супругов, как и мотивы полового акта, с развитием аверсии изменялись в сторону примитивизации. В период обследования все мужья и жены с аверсией думали о разводе или делали попытки развестись.

Системный анализ сексуального здоровья супругов показал, что поражение психологического и социально-психологического его компонентов приводит при психологической и сексуальной аверсии к нарушению сексуальной сферы супругов.

Роль половой конституции в формировании сексуальной дезадаптации супругов проявляется при несоответствии ее типов в супружеской паре, причем в двух вариантах – при слабой конституции у мужчин и при слабой конституции у женщин. При общей причине возникновения каждый из этих вариантов имеет свои механизмы развития и специфические проявления.

Особенностью формирования и проявлений сексуальной дезадаптации при слабой половой конституции у мужчин является эмоциональная (невротическая) реакция их жен на психосексуальную неудовлетворенность. У мужей женщин со слабой половой конституцией невротические реакции на сексуальную несостоятельность их жен, как правило, не возникают, поскольку они имеют возможность совершать половой акт и не испытывают сексуального напряжения. Кроме того, многие из них компенсируют неудачную половую жизнь с женой супружескими изменами. Эти различия обуславливают, помимо сексуальной, и психологическую дезадаптацию супругов. Женщины со слабой половой конституцией нередко отказываются от сексуальных контактов и, не умея и не желая понять истинной причины своих сексуальных неудач, обвиняют во всем мужа.

Однако существуют и общие закономерности развития и проявления супружеской дезадаптации. Так, ретардация пубертатного развития считается основной причиной формирования слабой половой конституции у мужчин и женщин. Задержка полового развития служит предпосылкой конституциональной неполноценности морфофункциональных структур, осуществляющих нейрогуморальную регуляцию половой функции (при полной сохранности других составляющих копулятивного цикла), и обуславливает неполноценность системы, которая представляет собой энергетический субстрат полового инстинкта.

Общим клиническим проявлением дезадаптации при слабой половой конституции является малозначимость сексуальной функции и для мужчин, и для женщин, и их в большинстве случаев формальное участие в половой жи-

ни, что дисгармонизирует сексуальное общение супругов.

Сексуальная несостоятельность наших пациентов – мужчин со слабой половой конституцией проявлялась с самого начала половой жизни. Клиническими ее признаками были слабость либидо и связанная с ней низкая половая активность, при попытках увеличить частоту половых актов – слабость эрекции, скудность эякуляции, притупленный оргазм.

У мужчин со слабой половой конституцией арсенал сексуальных игр беден, сексуальная сторона жизни для них малозначима, потребность в половых сношениях и половая предприимчивость снижены. Существенных колебаний настроения перед половым сношением и после него, т.е. заметной эмоциональной реакции на малоудачный половой акт, у таких мужчин также не наблюдается. Невротические расстройства у этих пациентов протекают большей частью в форме неврастении или кратковременных депрессивных реакций. На свою половую несостоятельность наши пациенты практически не реагировали и по этому поводу обращались за помощью лишь по настоянию жен.

Системно-структурный анализ сексуального здоровья по его интегральным критериям выявлял у лиц со слабой половой конституцией запаздывание полового созревания на 3 года и более по сравнению со сверстниками. Примерно на такой же срок запаздывали также оволосение на лобке, в подмышечных впадинах и на лице, задерживалась и мутация голоса, т.е. проявлялось замедленное соматосексуальное развитие. Оволосение внутренней поверхности бедер и груди у этих пациентов выражено слабо, у части из них оно развивалось по женскому типу. Позднее пробуждение либидо, позднее появление первой эякуляции и слабая динамика половой активности свидетельствовали у таких пациентов о ретардации психосексуального развития. Коэффициенты фенотипа и генотипа мужчин, как правило, не превышали 3,5; трохантерный индекс был равен 1,85–1,91.

Для этих пациентов были характерны также сочетанные асинхронии полового развития, трансформация полоролевого поведения, неправильная оценка своих сексуальных проявлений, шаблонный тип сексуальной мотивации и примитивный тип сексуальной культуры; мотив полового акта в большинстве случаев – выполнение супружеского долга. Сексуальные фантазии у них отсутствовали. Техника полового акта и активность во время сношения не соответствовали желаниям супруги.

Системно-структурный анализ сексуального здоровья по его компонентам и составляющим при слабой половой конституции у мужчин показал стержневое поражение нейрогуморальной составляющей анатомо-физиологического компонента как результат замедленного полового развития, что наряду с поражением других составляющих этого компонента, связанным с имеющимися у больных невротическим расстройством и хроническим простатитом, следует рассматривать как непосредственную причину сексуальной дезадаптации супружеской пары.

У женщин, как и у мужчин, слабая половая конституция проявлялась с самого начала половой жизни. Она характеризовалась сочетанным снижением либидо,

сексуальной чувствительности и оргастичности, выраженность которого нередко достигала соответственно степени алибидемии, сексуальной анестезии и аноргазмии. Эрогенные зоны у этих женщин были мало выражены или не сформированы. Большинство из них лишь пассивно участвовали в половой жизни. Оргазм они испытывали редко, и он не представлял для них большой ценности. Несмотря на это, многие женщины сохраняли в целом позитивное отношение к сексу и довольствовались предоргастическими воллюстическими ощущениями во время интимной близости.

У многих наших пациенток со слабой половой конституцией наблюдалась астеническая конституция, слабая выраженность вторичных половых признаков и инертность психофизиологических процессов. Коэффициент генотипа у них был равен 1,6–3,5; трохантерный индекс 1,88–1,96; степень оволосения – A1P1, A2P2. Невротическое расстройство (неврастения) обычно было слабо выражено. Как правило, женщины мало реагировали на свою сексуальную несостоятельность.

При системно-структурном анализе сексуального здоровья по его интегральным критериям у всех женщин со слабой половой конституцией, как и у мужчин, выявлялась задержка полового созревания. В соматосексуальном развитии они отставали от сверстниц на 2–3 года: менархе наступало в 15–16 лет, задерживались также рост молочных желез, оволосение на лобке и в подмышечных впадинках. Ретардация психосексуального развития проявлялась у этих женщин в позднем (15–17 лет) пробуждении платонического либидо, слабой выраженности эротического и сексуального, а последнее в ряде случаев вообще отсутствовало. Первый половой акт чаще всего происходил после 20–25 лет.

Как и для мужчин, для женщин со слабой половой конституцией были характерны сочетанные асинхронии полового развития, формальная осведомленность в области секса, шаблонный тип сексуальной мотивации, мотив полового акта – выполнение супружеского долга, асексуальный вариант сексуальной культуры. Сексуальные фантазии у них отсутствовали, диапазон приемлемости часто не был сужен, но техника полового акта и активность партнера, как правило, представлялись избыточными.

Системно-структурный анализ сексуального здоровья по его компонентам и составляющим выявил у пациенток со слабой половой конституцией стержневое поражение нейрогуморальной составляющей анатомо-физиологического компонента, обусловленное задержкой или дисгармонией полового созревания, и психической составляющей этого компонента вследствие вторичного психосексуального инфантилизма.

Но следует подчеркнуть, что среди обследованных нами супружеских пар слабая половая конституция у женщин встречалась редко – лишь у $7\pm 3\%$ (в отличие от мужчин, среди которых она отмечалась у $58\pm 5\%$) и никогда не становилась причиной дезадаптации супругов.

Выводы

Таким образом, обследование супружеских пар с разными формами дезадаптации выявило у каждой из этих форм свои механизмы развития и специфические клинические проявления.

Установленные закономерности возникновения и течения, как и особенности проявлений каждой из форм сексуальной дезадаптации при экскреторно-токсическом бесплодии у мужчин, должны лежать в основе их психотерапевтической коррекции.

Литература

1. КРИШТАЛЬ В. В., ГРИГОРЯН С. Р. Сексология. – М.: Per Se, 2002. – 879 с.
 2. R. O. ROBERTS, S. J. JACOBSEN, T. H. RHODES ET AL. Natural history of prostatism. Impaired health states in men with lower urinary tract symptoms / J. Urol. – 1997. – V.157. – P. 1711–1717.
 3. Бесплодие в супружестве / Под ред. И. Ф. ЮНДЫ. – Киев: Здоров'я, 1990. – 463 с.
 4. ВАССЕРМАН Л. И., ЩЕЛКОВА О. Ю. Медицинская психодиагностика. Теория, практика и обучение. – М.: Academia, 2004. – 736 с.
 5. SZONDI L. LEHNBUCH der experimentellen Triebdiagnostik. – Stuttgart: H. Huber, 1960. – 269 S.
 6. HEILBRUN A. B., ALFRED B. Gender differences in the functional linkage between androgeny, social cognition and competence // J. Pers. Soc. Psychol. – 1981. – N6. – P. 1106.
-