

<https://doi.org/10.56936/18291775-2024.38-93>

УДК: 615.355+616.69-008.14

## ПСИХОСОМАТИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ФОРМИРОВАНИЯ СЕКСУАЛЬНЫХ РАССТРОЙСТВ У МУЖЧИН

Шахраманян В.А., Акопян А.Э., Григорян А.Д., Закарян М.А., Азатян Р.Э.  
ЕГМУ, Кафедра и клиника сексопатологии

Получена: 19.09.2024, рецензирована: 04.10.2024, принята: 31.10.2024

**Ключевые слова:** психосоматика, сексуальные нарушения, хронический простатит, синдром тревожно-го ожидания неудачи, коитофобия.

Сексуальная функция единственная парная функция организма. На протяжении нескольких десятилетий дискутируется утрированная взаимосвязь хронического простатита и сексуальных расстройств без учета психогенного фактора. Особенно распространено мнение, что хронический простатит обязательно сопровождается половой дисфункцией. В данной статье подробно рассматривается роль хронического простатита в патогенезе сексуальной дисфункции, предлагается психосоматическая модель формирования мужских сексуальных расстройств.

**Целью работы** является изучение психосоматических механизмов формирования сексуальных расстройств у мужчин.

До недавнего времени, пока не был изучен механизм эрекции и стандартизированы методы диагностики и лечения нарушения эрекции, большинство больных, обращающихся к урологу с эректильной дисфункцией, проходили обследование и лечение хронического простатита: пациент принимал множество антибиотиков, ему регулярно проводили массаж предстательной железы и назначали разнообразные физиотерапевтические процедуры. При этом эрекция не восстанавливалась, а пациенту прикреплялся ярлык «простатик», что наносило серьезный ущерб психическому здоровью.

Еще одной серьезной проблемой являются сложности диагностики некоторых форм простатита, а это служит причиной неадекватного и малоэффективного лечения таких пациентов. Например, мужчины с психологическими масками депрессии (уретральные ипо-

хондрики) нередко становятся пациентами урологов и в течение многих лет получают лечение по поводу несуществующего простатита.

Историю изучения сексуальных расстройств можно условно разделить на три этапа. Первый (локализационистский) этап характеризовался тем, что все многообразие сексуальных расстройств сводилось к одной причине – патологии семенного бугорка. Несмотря на ограниченный (в силу недостаточного развития науки) взгляд на суть сексуальных расстройств при простатите, представители этого направления (Б.А. Дробный, Н.А. Михайлов, Л.Я. Якобзон, Р.М. Фронштейн) внесли значительный вклад в развитие сексопатологии. Ранее бытовали представления о том, что любые нарушения сексуальных отправлений у мужчин непременно связаны с дисфункцией простаты.

Второй этап характеризовался полным отрицанием роли местных патологических изменений (и в том числе хронического простатита) в генезе половых расстройств и связан с успехами психиатрической науки.

В рамках третьего этапа также можно выделить несколько теорий и направлений. Так, И.М. Порудоминский определял сексуальные расстройства у больных хроническим простатитом как «нейрорецепторную форму импотенции». Половые расстройства, развившиеся на почве хронического простатита, автор объяснял повреждением периферических рецепторов, заключенных в предстательной железе и задней уретре. В результате раздражения периферических нервных окончаний повышается возбудимость спинальных центров эрекции и эякуляции, что клинически проявляется учащением эрекции и ускорением эякуляции. При длительном воспалительном процессе, по мнению автора, наступает функциональное истощение спинальных половых центров. Дальнейшее развитие представлений о причинах сексуальных расстройств у больных хроническим простатитом отражено в работах Н.А. Гаврилюк, И.А. Гаврилюк, Г.Г. Корики, П.И. Загороднего. Согласно утверждениям этих ученых, повреждение нейрорецепторного аппарата предстательной железы приводит к повышению возбудимости спинальных

### \* АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ

В.А. Шахраманян

ЕГМУ, Кафедра и клиника сексопатологии

Адрес: РА, г. Ереван, 0025, ул. Абовян 60

Эл. почта: v.shahramanyan@gmail.com

Тел.: (+374 93) 47 07 07

половых центров. При длительном воспалительном процессе происходит «истощение» центра эрекции при продолжающемся возбуждении центра эякуляции. Эту диссоциацию в работе спинальных половых центров исследователи объясняют с позиции истериозиса. Кори́к Г.Г. рассматривал воспалительный процесс в предстательной железе как ирритативный очаг, который может вызвать реактивный вегетативный синдром. Высказывается мнение о наличии нейроэндокринных нарушений у больных хроническим простатитом, и сексуальные расстройства являются клиническим проявлением этих нарушений. Существует теория, согласно которой гипозрекссионное состояние при простатите может быть объяснено исключительно нервными или психогенными факторами [9, 11, 13].

Данные о сексуальных расстройствах при простатите за последние несколько десятков лет претерпели ряд изменений. В 70–80-е гг. прошлого века было достаточно много работ о нарушении половой функции у пациентов с простатитом. Исследования, проводившиеся позже, были посвящены главным образом эректильной дисфункции и ее сосудистым аспектам, при этом отрицалось какое-либо влияние воспаления предстательной железы на эрекцию. В последнее десятилетие ученые обратили пристальное внимание на хронический простатит и сексуальные дисфункции у пациентов с воспалением предстательной железы. Появилось значительное число сообщений о том, что простатит не только вызывает боль и нарушения мочеиспускания, но и может привести к различным сексуальным расстройствам [26].

По данным ученых, сексуальные расстройства встречаются достаточно часто (у 52% мужчин с простатитом). Согласно результатам исследования, проводившегося А. Мехик и соавторами, на периодическую или постоянную эректильную дисфункцию жаловались 43% больных, на сниженное либидо – 24%.

Berghuis и соавторы сообщают о более редких половых контактах у 85% пациентов с простатитом (иногда трудно выяснить, что первично, так как редкие сексуальные отношения сами по себе могут приводить к простатиту). Показано, что существующие сексуальные взаимоотношения в ряде случаев ухудшаются или разрываются (у 67% больных), а новые связи образуются труднее или вообще не возникают (у 43% пациентов). Межличностные отношения в браке нарушаются в 17,1% случаев, отношения с родственниками и друзьями – у 7,3% пациентов [6].

Отмечается повышение частоты гомосексуальных

контактов у лиц с простатитом, которое можно объяснить снижением маскулинности и уверенности в удовлетворительной эрекции при половом акте с лицом противоположного пола. Кришталь В.В. и соавторы указывают, что наблюдающиеся у больных хроническими простатитами расстройства половой функции зависят от характера половой конституции пациентов.

Morita полагает, что патология предстательной железы приводит к нарушению чувствительности рецепторного аппарата полового члена, которое, в свою очередь, влечет за собой расстройство функционирования спинальных сексуальных центров [7].

### **Итак, вызывает ли хронический простатит сексуальные расстройства?**

Чтобы ответить на этот вопрос, рассмотрим природу отдельных составляющих копулятивного цикла.

Павлов И.П. отмечает, что либидо является безусловным рефлексом, существующим уже при рождении в скрытой форме и активизирующимся под действием внешней среды.

В современной литературе в понятие «либидо» входят два компонента: нейрогуморальный (энергетический) и достаточно тесно связанный с ним корковый (условно-рефлекторный). Такая двойственная взаимосвязь позволяет регулировать конгруэнтность партнеров при половых ситуациях. Васильченко Г.С. разделяет фазу возбуждения на психическую и эректильную стадии. Именно на психической стадии возникает половая доминанта – временно господствующая в коре головного мозга система, которая притягивает к себе возбуждение из других нервных центров, одновременно подавляя их деятельность [18].

Считается аксиомой, что конгестия предстательной железы предрасполагает к ее воспалению. Среди причин конгестии называют половые нарушения и дизритмию половой жизни. Leaderg A.J. утверждает, что «первопричиной везикулостатита являются повторные сексуальные возбуждения без физиологического опорожнения секрета». По мнению М. Енфеджиева, длительное половое воздержание, ведущее к задержке секрета в предстательной железе, может быть причиной ее асептического воспаления. Однако другие авторы опровергают эту точку зрения [1].

Влияние повышенной половой активности (мастурбация, половые излишества) на функцию простаты признается единодушно в качестве наиболее вероятного этиологического фактора возникновения патологических процессов в железе. В то же время ряд авторов (Г.С. Васильченко, Ransley et al.) придержи-

живаются иной точки зрения, мотивируя это тем, что физиологически никогда никому не удалось произвести в какой бы то ни было иннервируемой системе стойкого и необратимого разрушения, применяя в качестве патогенного фактора свойственную данной системе специфическую форму деятельности.

Психопатологическая отягощенность выявляется примерно у 75% пациентов, страдающих хроническим простатитом. У 60,2% больных психопатологическая отягощенность предшествует сексуальному расстройству, а у 17,8% психоневрологическая симптоматика возникает при длительном и неэффективном лечении основного заболевания и вносит определенную специфику в клинику сексуальных расстройств. Полученные данные убеждают в необходимости более активного выявления и оценки изменения психического статуса у больных с хроническим простатитом [2]. Своевременная и направленная коррекция психических расстройств при хроническом простатите предупреждает развитие более грубых нарушений психики и позволяет успешнее лечить соматические заболевания. В основе подобных нарушений лежат развивающиеся у больных страх и тревога по поводу своего состояния, боязнь возможных последствий. Еще в XIX веке отечественные психиатры Ковалевский и Попов ввели понятие «психотравматическая неврастения переболевших». Создается порочный круг – страх больного за определенный орган отражается на функции последнего, а нарастающие функциональные нарушения еще более усугубляют страхи [8, 11].

В общественном сознании эрекция фигурирует как основной элемент полового цикла. Эта ситуация становится опасной у лиц тревожно-мнительного склада. Малейшие отклонения от скорости возникновения эрекции, степени напряжения, длительности ее и т. д. воспринимаются преувеличенно как серьезное заболевание. Возникают повышенное внимание к эрекции, фиксация на ней, формируется «синдром тревожного ожидания неудачи». У лиц ипохондрического типа, помимо фиксации, может наблюдаться ипохондрическое нарушение личности, причем страх может влиять и на другие функции организма (сон, аппетит и др.). Расстройства эрекции, *отмечаемые при хроническом простатите, должны рассматриваться в структуре астенического, тревожно-ипохондрического, астено-ипохондрического, астено-депрессивного синдромов, а также ипохондрического и депрессивного состояний в чистом виде.* Как правило, данные состояния не требуют специальной коррекции психотропны-

ми препаратами. Часто, оказывается, достаточно провести разъяснительную беседу, назначить биогенные стимуляторы, адаптогены, иглорефлексотерапию [14].

К особенностям пациентов с длительно текущим хроническим простатитом относится ипохондрическая готовность и фиксация малейших ощущений в половых органах. О наличии у больных тревожной депрессии свидетельствуют навязчивые (т.е. доминирующие в сознании и не поддающиеся контролю) мысли тревожного содержания о своей мужской, а значит, и человеческой неполноценности, о неизлечимости недуга и бесперспективности лечения, о неминуемой потере семейного благополучия. Тревога и страх за свое состояние определяют любые поступки и почти каждый шаг пациентов, поведение которых можно классифицировать как «уход в болезнь с отрывом от действительности». Для данной категории лиц характерна тенденция к самодиагностике и самолечению. В клиническую картину тревожной депрессии входят типичные для этих больных расстройства сна и аппетита, отмечаются вегетативные симптомы – повышенное потоотделение, лабильность пульса.

С нашей точки зрения, сексуальные расстройства: снижение либидо, снижение частоты и силы спонтанных эрекции, ослабление адекватных эрекции, следует рассматривать как неизбежное проявление аффективных нарушений.

Замаскированная депрессия с преобладанием сексуальных расстройств сопровождается жалобами на ускоренную или замедленную эякуляцию в сочетании с ослаблением эрекции, реже – снижением полового влечения и выраженности оргастических ощущений. Половые расстройства, как отмечают пациенты, весьма осложняют внутрисемейные взаимоотношения, нередко становятся причиной ссор и даже развода. При обследовании наряду с соматовегетативными расстройствами, характерными для депрессивной фазы, выявляются признаки конгестии в органах малого таза, в том числе и в предстательной железе. Сексуальные расстройства при маскированной депрессии также возникают периодически (часто сезонно), имеют суточные колебания интенсивности, тесно связаны с соматовегетативными нарушениями, относительно резистентны к психостимуляторам, терапии мужскими половыми гормонами, психотерапии. И наоборот, прослеживается отчетливая положительная реакция на терапию антидепрессантами. Нередко в подобных случаях расстройства исчезают спонтанно.

Тема сексуальной патологии нередко звучит в

высказываниях пациентов с невротоподобной формой депрессии, косвенно обусловленной различными хроническими формами простатопатий. Наряду с депрессивными и астеноневротическими состояниями, к эректильным расстройствам приводит синдром тревожного ожидания неудачи, возникающий после одной или нескольких неудачных попыток коитуса [4].

Первоначально сексуальные расстройства при несложном простатите проявляются относительным ускорением эякуляции и стертостью, болезненностью оргастических ощущений. Что касается изменений остальных фаз копулятивного цикла, то их нарушения могут быть объяснены сопутствующей патологией. Так, снижение либидо может иметь двоякое происхождение. Во-первых, длительный и с болями протекающий воспалительный процесс, сопровождающийся ускорением эякуляции и сглаженностью оргазма, может приводить к чисто психогенному снижению либидо.

Во-вторых, у многих пациентов хронический простатит влечет за собой снижение андрогенной насыщенности, что клинически может проявляться снижением либидо. Этими же механизмами может объясняться снижение эрекции.

Изменение оргастических ощущений связано с тем, что примерно у 1/3 больных хронический простатит сочетается с задним уретритом и колликулитом, а зоны семенного бугорка являются тем местом, где зарождается ощущение оргазма при выбросе семени через узкие семяизвергающие устья. Хронический вялотекущий процесс в уретропростатической зоне приводит к постоянному раздражению семенного бугорка с афферентной импульсацией в спинальные половые центры. Клинически это проявляется длительными, неадекватными ночными эрекциями, а затем их ослаблением за счет функционального истощения центра эрекции [20].

Генез эректильных расстройств при обострениях хронического простатита с преобладанием болевого синдрома, помимо психогенного ингибитора – боли, включает в себя и рефлексогенные механизмы. Оказывает определенное депотенцирующее влияние и свойственный простатопатии (простатиту) болезненный оргазм с более или менее длительными посторгастическими болевыми ощущениями.

Нарушение половой функции при хроническом простатите сопровождается дисфункцией вегетативной нервной системы. В связи с дисбалансом симпатической и парасимпатической нервной системы и угнетением спинальных центров эрекции некоторые

больные отмечают ослабление и даже исчезновение спонтанной (утренней) эрекции. У части больных наблюдается изменение «окраски» оргазма – от тусклого или болезненного до аноргазмии. Хронический простатит может выступать в роли предрасполагающего к развитию сексуальных расстройств, а также провоцирующего («запускающего») и усугубляющего (вторичного по отношению к сексуальному нарушению) фактора [3].

Работы Л.П. Имшинецкой, И.И. Горпинченко, И.Ф. Юнды, Г.С. Васильченко позволили установить, что патогенез изменений в простате у больных с сексуальными расстройствами определяется сложным взаимодействием эндогенных и экзогенных факторов, ведущую роль среди которых играют нейроэндокринные нарушения.

В настоящее время относительно патогенеза половых расстройств при простатитах существует мнение, согласно которому формирование эректильной дисфункции у лиц, страдающих заболеваниями простаты, обусловлено нарушениями андрогенной функции и другими эндокринными сдвигами, влекущими за собой расстройство нейрогуморальной регуляции половой сферы. Угасание половой функции сопровождается постепенным ослаблением условно-рефлекторных механизмов половой деятельности, что еще более усугубляет расстройство копулятивного цикла [12, 19].

Функциональное состояние предстательной железы, как показывают работы последних десятилетий, определяется сложным гормональным контролем, в котором значительная роль принадлежит диэнцефало-гипофизарно-гонадным связям. Простата обладает высокой степенью чувствительности к разнообразным гормональным воздействиям как эндогенного, так и экзогенного характера. Наряду с гормональной регуляцией сексуальной функции в последние годы выявлено наличие нейрональной регуляции, осуществляемой на церебральном уровне соединениями, получившими название нейротрансмиттеров. Они регулируют и модулируют влияние половых гормонов на все звенья мужской и женской сексуальности. Механизмы действия ряда нейротрансмиттеров в настоящее время до конца не изучены.

Таким образом, такое чисто соматическое и объективно регистрируемое заболевание, как простатит, возникает в данном случае как результат характерных для хронического (не завершающегося) психоэмоционального стресса и соматических изменений, то есть развивается по психосоматическим механизмам. Опи-

санный психосоматический вариант простатита – не единственный. Бесспорно, существуют чисто инфекционные, травматические и другие клинические формы простатитов, равно как и не психосоматические варианты формирования гипертонической болезни, язвы желудка, колита и другой патологии. Упрощенные представления о природе заболевания (простатит как результат инфекции) приводят к тому, что лечение, оказывается, не ориентировано на работу с психосоматическими патогенетическими механизмами. Те же самые психосоматические механизмы имеют место и при патологии простаты, которая обозначается, как простатопатия или простатодиния (простатоз, застойный простатит, синдром хронической тазовой боли и др. При этом возникают описанные психосоматические изменения в простате (спастика, нарушение функции), хотя инфекция не манифестировала и клиники воспаления нет [21, 23].

Что касается приписываемых простатитам и простатопатиям сексуальных нарушений, то линейная схема (половые нарушения как результат простатита) кажется неполной, тем более что сохранение полового нарушения после санации простаты в практике встречается нередко.

И простатит, и сексуальные нарушения мы считаем двумя самостоятельными параллельными следствиями единого психосоматического расстройства. Чем выше уровень симпатотонии, тем быстрее наступит семяизвержение, так как первая фаза эякуляции (пусковая фаза) – это симпатическая фаза. Оргазм (по У. Мастерсу и В. Джонсон) служит разрядкой от нарастающей в процессе возбуждения общей и локальной миотонии. Чем выше изначальная миотония (спастика), тем быстрее наступит семяизвержение. Таким образом, эти механизмы объясняют причины преждевременного семяизвержения, которое можно считать не результатом простатита, а параллельным следствием их общих психосоматических причин.

К преждевременной эякуляции, нарушению либидо и эрекции приводит не само воспаление простаты, а возникающие при стрессе дефицит тестостерона и блокада его тканевых рецепторов (в простате, во всем теле и в глубоких отделах мозга) избытком надпочечниковых гормонов. А это уже не инфекционные, а эндокринные механизмы. Спастическое состояние сосудов полового члена будет ухудшать эрекцию по сосудистым механизмам, а комплекс отрицательных эмоций при хроническом стрессе – снижать сексуальность по психическим механизмам.

У пациентов с психосоматическими простатитами и сексуальными нарушениями слабым соматическим звеном является половая система (*слабая половая конституция, низкая тканевая чувствительность к тестостерону, ослабленное неврологическое обеспечение половой функции*, низкие резервы сосудистого обеспечения половых реакций и т. д.). К психологическим факторам относят повышенную фиксацию внимания на половой системе, сексуальные страхи, неуверенность в потенции, которые обусловлены внутриличностными проблемами. Однако описанное психосоматическое расстройство (с психосоматическим вариантом простатита и с половыми нарушениями) требует более полной и сознательной работы с перечисленными патогенетическими механизмами. Мы считаем, что именно психосоматическая модель позволяет глубже понять механизмы формирования простатитов, половых нарушений и их взаимосвязь, а также более эффективно устранить и то, и другое, воздействуя на общие, приводящие к ним, причины [5].

Истинный удельный вес психоэмоциональных расстройств при хроническом простатите, к сожалению, явно недооценивается, маскированные, стертые депрессии, характеризующиеся не столько подавленностью и тоской, сколько чувством собственной неполноценности, утратой прежних интересов и влечений урологами, андрологами, как правило, не учитываются.

**Возникает вопрос – простатит приводит к таким изменениям или преморбидные особенности способствуют развитию заболевания?**

Основываясь на том убеждении, что эректильные расстройства являются следствием хронического простатита и не вникая в природу эректильных нарушений, не учитывая психологических особенностей личности, врач подвергает пациента значительному количеству исследований, назначает длительные курсы лечения, что в большинстве случаев не приводит к решению проблем в сексуальной сфере. Отсутствие эффекта от лечения в значительной степени усугубляет течение эректильной дисфункции за счет отрицательного психогенного влияния, усиливающегося при негативном результате лечения или неадекватной оценке как пациентом, так и врачом соотношения между задачами терапии и предполагаемыми ее результатами [22, 24].

Среди первых симптомов сексуальных расстройств при простатите – преждевременная эякуляция, болезненный оргазм. Scerponi E. выявил у 56,5% пациентов с преждевременной эякуляцией наличие

воспаления предстательной железы. Боль во время эякуляции у больных с простатитом наблюдается значительно чаще, чем у пациентов с доброкачественной гиперплазией предстательной железы или эректионной дисфункцией. Нарушения оргазма и эякуляции рассматриваются в ряду основных симптомов интерорецептивной формы копулятивной дисфункции.

Расстройства эякуляции можно объяснить повышенной чувствительностью интерорецепторов и высоким тонусом альфа-1-адренорецепторов, так как за феномен эякуляции отвечает преимущественно симпатическая нервная система. Преждевременная эякуляция может быть вызвана и невротическим состоянием пациентов с клинической картиной гиперстенической невралгии [1, 17].

Слишком напряженная подготовка к половому акту с предварительными эротическими представлениями может обуславливать в итоге своего рода «психическое совокупление», предшествующее реальному; первого же прикосновения к женщине при этом оказывается достаточно для срабатывания соответствующего рефлекса. Всевозможные страхи, вызывающие, в конечном счете, коитофобию, способствуют ускоренному течению рефлекторных процессов эрекции и эякуляции. Нарастающая от неудачи к неудаче фиксация на ускоренной эякуляции (по типу невроза ожидания с все большим снижением настроения в ожидании очередного «провала») доводит этих больных до того, что иногда стоит им только подумать в начале полового акта о возможности преждевременного семяизвержения, как оно сразу же наступает.

Болезненность или стертость оргазма обусловлена воспалением семенного бугорка, который является мощной рецептивной зоной и отвечает за выраженность оргастических ощущений, хотя и не всегда диагностируется отдельно от воспаления предстательной железы.

Что касается либидо, то его ослабление может произойти на психогенной основе в связи с депрессией и повышенной тревожностью пациента, нарушением оргазма и вторичным ослаблением эрекции. Пациент, опасаясь фиаско, сознательно и подсознательно избегает половой близости. Кроме того, согласно некоторым данным, этот феномен можно объяснить гипоандрогенией, присущей пациентам с затяжным простатитом. По мнению исследователей предстательная железа и яичко находятся в прямой коррелятивной зависимости и при нарушении функционирования одного из органов страдает также и другой, в данном

случае – яичко, которое продуцирует меньшее количество андрогенов. С другой стороны, предстательная железа представляет собой орган, отвечающий за метаболизм половых гормонов, который может нарушаться при ее заболевании [16].

Сексуальные расстройства у больных хроническим простатитом могут развиваться стадийно, по определенной схеме. Сначала появляется преждевременная эякуляция, затем присоединяется недостаточная адекватная эрекция, а потом может развиваться и изменение либидо. В ряде случаев отмечается усиление ночных эрекций за счет повышенной гиперемии предстательной железы. Хотя такая стадийность не всегда сохраняется и проследить ее у одного и того же больного чаще всего не удается.

Сексуальное здоровье, если учесть многомерность его обеспечения, само по себе является психосоматическим феноменом и может служить своеобразной моделью психосоматических соотношений. Роль пускового механизма в нарушении сексуального здоровья играют психогенные, соматогенные или социогенные факторы, в данном случае – симптомы простатита, касающиеся половой функции. Важным является и бытующее в обществе мнение (часто поддерживаемое врачами) о неизбежности развития «импотенции» [10].

Установлено, что психоэмоциональные проблемы (тревога, депрессия, эмоциональная лабильность, слабая маскулинная идентификация) определяются у 80% пациентов, а симптомы выраженной степени расстройств – у 20–50% больных. Все это способствует развитию соматической патологии (боль, дизурия, снижение эрекции, расстройства эякуляции). Эти нарушения поддерживают дистресс и сами по себе превращаются в психотравму, замыкая, таким образом, порочный круг [25].

Характер и изменения психосоматических соотношений в данном случае также зависят, прежде всего, от особенностей личности больного. В результате личностной переработки ситуации пациент либо преодолевает стресс, что способствует успеху лечения, реабилитации и восстановлению сексуальной гармонии супругов, либо болезнь усугубляется, а нередко и развиваются какие-либо осложнения, что, как и в предыдущем случае, приводит к образованию порочного круга.

Причины предрасположенности к психоэмоциональным расстройствам при простатите лежат и в социальном статусе мужчин. Установлено, что мужчины,

имеющие высшее образование и профессию, реже болеют простатитом, чем закончившие только среднюю школу. Работающие реже отмечают симптомы простатита, чем неработающие или инвалиды, которые болеют еще чаще. И, наконец, частота заболевания иногда зависит от дохода: у мужчин с меньшим доходом чаще имеются жалобы, характерные для хронического простатита [15].

**Таким образом, из вышесказанного можно сделать следующие выводы.**

- ◆ Причиной сексуальных расстройств при простатите являются, прежде всего, психосоматические нарушения, депрессия, тревожно-мнительные личностные черты характера. Они же иногда являются причиной либо поддерживают наличие жалоб, характерных для простатита.
- ◆ Часто сама по себе редкая половая жизнь приводит к застойным явлениям и обуславливает предрасположенность к простатиту.
- ◆ Среди проявлений простатита могут быть преждевременная эякуляция и болезненный оргазм, которые, в свою очередь, могут негативно влиять на эректильную функцию.
- ◆ Непосредственной коррелятивной взаимосвязи между хроническим простатитом и расстройствами эрекции не выявлено. Повреждение эректильной составляющей копулятивного цикла при хроническом простатите оказывается не в большей, а в некоторых случаях даже в меньшей степени выражено, чем при хронических соматических заболеваниях другой локализации. Вместе с тем локализация патологического процесса и клинические его проявления детерминируют ряд нарушений половой сферы преимущественно по психосоматическому принципу.
- ◆ Лечение простатитов приводит к снижению воздействия психотравмы на организм и создает предпосылки для коррекции сексуальных расстройств. Однако нарушенные функции не всегда восстанавливаются самостоятельно, помимо медикаментозного, часто оказывается необходимо психотерапевтическое воздействие.
- ◆ Необходимо учитывать, что сексуальные нарушения и причины их возникновения могут существовать сами по себе, а хронический простатит только усугубляет состояние пациента. В этом случае диагностику и лечение сексуального расстройства необходимо производить параллельно с терапией простатита.
- ◆ Преждевременная эякуляция и болезненные оргастические ощущения часто исчезают по мере излечения хронического простатита. При необходимости стандартное лечение можно подкрепить специальными методами (анестезирующий гель, туширование семенного бугорка, секс-терапия и др.).
- ◆ Сексуальность находится «между ушами (т.е. в голове, в психике), а не между ногами.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Александров В.П., Михайличенко В.В. Урология и андрология. Современный справочник для врачей. М: АСТ; СПб.: Сова, 2005, с. 295-300
2. Аляев Ю.Г., Винаров А.З., Ахвледиани Н.Д. Хронический простатит и копулятивные нарушения//Врачебное сословие, 2004, № 5-6, с. 6-8
3. Арнольди Э.К. Хронический простатит: проблемы, опыт. Ростов н/Д: Феникс, 1999, 320 с.
4. Горилловский Л.М., Зингеренко М.Б. Хронический простатит//Лечащий Врач, 2003, № 7
5. Имшинецкая Л.П. Роль гормональных изменений в патогенезе половых расстройств и бесплодия при хроническом неспецифическом простатите: Автореф. дис. докт. мед. наук. Киев, 1983, 43 с.
6. Камалов А.А., Дорофеев С.Д. Современные взгляды на проблему хронического простатита//РМЖ, 2003, № 11, с. 4
7. Камалов А.А., Ковалев В.А., Ефремов Е.А. Хронический простатит и половая функция: Сборник научных трудов Всероссийской научно-практической конференции «Современные аспекты диагностики и лечения хронического простатита». Курск, 26-27 апреля 2000, Курск: Мазстро-Принт, 2000, с. 71-74
8. Камалов А.А., Королева С.В., Ковалев В.А., Ефремов Е.А. Эректильная дисфункция при хроническом простатите: Материалы 1-го Конгресса профессиональной ассоциации андрологов России. Кисловодск-Домбай, 22-26 апреля 2001, М.: Приложение к журналу «Андрология и генитальная хирургия», с. 127
9. Кришталь В.В., Григорян С.В. Сексология, М.: Per Se, 2002, 879 с.
10. Крупин В.Н., Шутов В.В. Значение вегетативной иннервации тазовых органов в клинике хронического простатита: Материалы X Российского съезда урологов. Москва, 1-3 октября 2002, М.: Информполиграф, 2002, с. 287-288
11. Либих С.С. Руководство по сексологии. СПб.: «Питер», 2001
12. Руководство по урологии: в 3 т./под ред. Н.А. Лопаткина. М.: Медицина, 1998, т. 1, с. 47
13. Лоран О.Б., Сегал А.С. Хронический простатит: Материалы X Российского съезда урологов. Москва, 1-3 октября 2002, М.: Информполиграф, 2002, с. 209-222
14. Мазо Е.Б., Степенский А.Б., Гамидов С.И., Григорьев М.Э., Кривобородов Г.Г., Белковская М.Н. Фармакотерапия хронических простатитов//РМЖ, 2001, № 9, с. 23
15. Простатит. Под редакцией проф. П.А. Щеплева. М.; 2007, 255 с.
16. Тадевосян А.С., А.А. Мурадян, В.А. Шахраманян «Стресс-Секс-Сома», монография, Ер., Авт. изд., 2022, 392 с.
17. Тиктинский О.Л., Михайличенко В.В. Андрология. СПб.: МедиаПресс, 1999, с. 109-223
18. Сексология и андрология. Под ред. Возианова А.Ф., Горпинченко И.И., Киев: Абрис; 1997

19. Сексопатология: Справочник. Под ред. Г.С. Васильченко, М.: Медицина, 1990, 575 с.
20. Шустер П.И. Половые расстройства и бесплодие при хроническом простатите: Материалы X Российского съезда урологов. Москва, 1-3 октября 2002, М.: Информполиграф, 2002, с. 341-342
21. Юнда И.Ф. Состояние и перспективы изучения половых расстройств урогенитального генезиса//Проблемы сексопатологии и бесплодия. Здоровье, 1973, с. 3-16
22. Blacklock N.J. Anatomical factors in prostatitis// Br. J. Urol., 1974, 46: 47
23. Deinhart M. Krankheitsverlauf bei der chronischen Prostatitis. Eine 5-Jahres Katamnese, 1993, Dissertation, Gießen
24. Junk-Overbeck M. et al. Emprische Untersuchungen zur Psychosomatik der chronischen Prostatitis//Partnerschaft, Sexualität und Fruchtbarkeit / Eds. E. Brahler, A. Meyer. Sprenger, Berlin, Heidelberg, New York, 1988, 217-234
25. Nickel J. C. Clinical Evaluation of the Patient Presenting with Prostatitis // Eur. Urol. Suppl., 2003, 11-14
26. Richard G., Batstone D., Doble A. Chronic prostatitis//Curr. Opin. Urol., 2003, 13: 23-29

## ԱՄՓՈՓՈՒՄ

## ՏՐԱՄԱՐԴԱԼՑ ՍԵՌԱԿԱԼ ԽԱՆԳԱՐՈՒՄՆԵՐԻ ԶԵՎԱՎՈՐՄԱՆ ՓՍԻԽՈՍՈՍԱԾՏԻԿ ՄՈԴԵԼԸ

Շահրամանյան Վ.Ա., Հակոբյան Ա.Է., Գրիգորյան Ա. Դ., Չաքարյան Մ. Դ., Ազատյան Ռ.Է.

ԵՊԲՀ, սեքսոպաթոլոգիայի ամբիոն և կլինիկա

**Բանալի բառեր՝** *փսիխոսոմատիկա, սեռական խանգարումներ, քրոնիկական պրոստատիտ, անհաջողության տազնապային սպասման համախտանիշ, կոիտոֆոբիա:*

Սեռական ֆունկցիան օրգանիզմի միակ զույգային ֆունկցիան է: Արդեն բանի տասնամյակ է, ինչ քննարկվում է քրոնիկական պրոստատիտի և սեռական խանգարումների փոխկապվածությունը՝ առանց փսիխոգեն գործոնը հաշվի

առնելու: Մասնավորապես լայնորեն տարածված է այն տեսակետը, որ քրոնիկական պրոստատիտը միանշանակ ուղեկցվում է սեռական ֆունկցիայի խանգարումներով: Սույն հոդվածում հանգամանորեն քննարկվում է քրոնիկական պրոստատիտի դերը սեռական խանգարումների ախտածագման խնդրում, առաջարկվում է տղամարդկանց սեռական խանգարումների ձևավորման փսիխոսոմատիկ մոդելը:

## SUMMARY

## PSYCHOSOMATIC MODEL OF FORMATION OF SEXUAL DISORDERS IN MEN

Shahramanyan V.A., Hakobyan A.E., Grigoryan A.D., Zaqaryan M.H., Azatyan R.E.

YSMU, Department and Clinic of Sexopathology

**Keywords:** *psychosomatics, sexual disorders, chronic prostatitis, fear of sexual failure in men, coitophobia.*

The sexual function is the only paired function of the body. For several decades, the exaggerated relationship between chronic prostatitis and sexual disorders has been discussed without taking into account the psychogenic factor. In particular,

the point of view that chronic prostatitis is definitely accompanied by sexual dysfunction has become widespread. The following article discusses in detail the role of chronic prostatitis in the pathogenesis of a sexual dysfunction, and a psychosomatic model of formation of sexual disorders in males is proposed.