

# СООТНОШЕНИЕ ПЕРВИЧНОЙ И ВТОРИЧНОЙ СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И ДЕЗАДАПТАЦИИ ПРИ НЕВРОТИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ У МУЖЧИН

Доцент Р.И. РУДНИЦКИЙ

*Буковинская государственная медицинская академия, Черновцы*

**Освещена проблема формирования супружеской дезадаптации при невротических расстройствах у мужчин, показана ее актуальность. Выявлены закономерности развития первичных и вторичных нарушений сексуального здоровья при рассматриваемой патологии.**

Невротические расстройства, как неоднократно отмечалось в литературе, очень часто сопряжены с сексуальным расстройством [1, 2]. По разным данным, невротическую природу имеют от 61 до 85% всех сексуальных нарушений [3, 4], причем сексуальная дисфункция, как правило, приводит к формированию невротического расстройства, но может быть и его следствием.

При невротических расстройствах, как свидетельствуют проводившиеся исследования, эмоциональные нарушения, обуславливающие развитие стресса, лежат в основе активизации восходящих и нисходящих систем и синдрома дезинтеграции деятельности мозга, которые наряду с другими дисфункциями определяют и развитие сексуальных нарушений [5]. При этом помимо нарушения механизмов центральной нервной регуляции сексуальной функции, обусловленного невротическим процессом, играют патогенетическую роль и такие компоненты невротического расстройства, как астения, фобии и т.п. Сексуальная дисфункция связана также со свойственными этой патологии повышенной истощаемостью, раздражительной слабостью, аффективной неустойчивостью, диссомнией [6]. Помимо этих механизмов развития сексуальных нарушений при невротических расстройствах в некоторых работах указываются и факторы, предрасполагающие, способствующие формированию и усугубляющие течение сексуальной дисфункции у больных с рассматриваемой патологией [7].

Однако, как можно видеть даже из приведенного краткого обзора работ, посвященных изучаемой проблеме, имеющиеся в литературе сведения касаются только самого больного, тогда как возникающие у него сексуальные расстройства неизбежно приводят к нарушению сексуальной функции у жены и, следовательно, становятся причиной супружеской дезадаптации. Эта важнейшая сторона нарушения сексуального здоровья при невротическом расстройстве у мужа пока изучена недостаточно.

Невротические расстройства в соответствии с современными воззрениями представляют собой группу психогенных функциональных психических заболеваний с тенденцией к затяжному течению, клиника которых характеризуется симптомами астении, демонстративности, депрессии, ипохондрии, навязчивости, определяющими ту или иную форму расстройства, и временным снижением умственной и физической работоспособности.

В основе невротического расстройства лежит психотравма, которая может быть осознаваемой или неосознаваемой, но с которой четко связано начало заболевания. Выделяют такие наиболее часто встречающиеся психотравмирующие факторы, как семейные конфликты (супружеская неверность, уход из семьи одного из супругов и т.п.); ситуации, вызывающие аффект страха, создающие угрозу жизни или благополучию личности (дорожно-транспортные и другие катастрофы, внезапное нападение и т.д.); внезапная потеря родных, известие о смерти близкого человека; разнообразные служебные конфликты, вообще события, ведущие к возникновению конфликта, не разрешимого для человека, т.е. к сосуществованию у него противоречивых стремлений; неудовлетворенные потребности и др. При этом патогенными могут оказаться как сверхсильные, так и слабые, но многократно действующие психотравмирующие раздражители. Психогенным фактором во всех случаях служит внутриличностный или межличностный конфликт. Развитие невротического расстройства зависит не столько от объективной характеристики и содержания психотравмирующей ситуации, сколько от значимости ее для личности и умения адекватно разрешать конфликтные ситуации.

Все большее признание в современной психиатрии получает концепция полифакторной этиологии невротических расстройств, в соответствии с которой в их развитии взаимодействуют социогенные, негативные психологические и биологические (соматогенные) механизмы. Наиболее значимыми соматогенными факторами являются микросоциальные условия: неправильное воспитание (например, развитию неврастения может способствовать воспитание в условиях повышенной моральной ответственности); воспитание вне семьи или в неполной семье, а также упомянутые выше семейные конфликты. К негативным психологическим факторам, приводящим к развитию невротического расстройства и предрасполагающим к нему, можно отнести такие черты личности, как ранимость, мнительность, боязливость, чрезмерная озабоченность своим здоровьем, тщеславие, явно выраженные акцентуации характера. Предрасполагающие к развитию невротического расстройства, но не достигающие степени патологии черты определяют как «клинический радикал». Среди соматогенных факторов патогенетическую роль играют наследственные и конституциональные факторы. По данным В.Н. Мян-

сищева [8], Б.Д. Карвасарского [4] и других исследователей, наследственная отягощенность имеет место у 1/3 – 1/4 больных невротическими расстройствами, была показана и их связь с конституцией [9].

Настоящее исследование было посвящено изучению закономерностей развития супружеской дезадаптации при невротическом и сексуальном расстройстве у мужчин. С этой целью мы провели системное обследование 100 дезадаптированных супружеских пар, в которых у мужа имели место невротическое расстройство и сексуальная дисфункция.

При изучении причинно-следственных связей невротических расстройств и сексуальных нарушений выделены два их варианта. При первом варианте у супругов имеется первичная сексуальная дисфункция или сексуальная дезадаптация, что явилось сексуальной психотравмой, приведшей к невротическому расстройству. При втором варианте невротическое расстройство, вызванное несексуальной психотравмой (производственного или семейного характера), привело к сексуальному расстройству.

*Дезадаптивные формы первичных сексуальных расстройств, приводящих к невротическому расстройству у мужчин.* Сексуальная дезадаптация, как показали наши клинические наблюдения, может проявляться в разных формах – коммуникативной, полоролевой, сексуально-эротической, конституциональной.

Коммуникативная форма сексуальной дезадаптации супругов – одна из наиболее часто встречающихся при невротических расстройствах у мужчин. Причиной ее являются внутрличностный и межличностный конфликты супругов. Конфликт возникает вследствие наличия у мужчин характерологических черт, затрудняющих общение (робости, застенчивости или, напротив, грубости, агрессивности и т.д.), либо в результате нарушения взаимоотношений супругов из-за неумения мужа решать возникающие в семейной жизни проблемы, расхождения ценностных ориентаций, взглядов супругов, их ролевого поведения в семье, из-за наличия у мужа фемининных или гипермаскулинных черт характера, вызывающих негативное отношение у жены.

Разновидностью коммуникативной формы сексуальной дезадаптации является сексуальная аверсия, характеризующаяся крайне негативным отношением мужчины к половой жизни с женой или вообще к сексу. Она развивается из-за постоянной психосексуальной неудовлетворенности мужа вследствие неприятия сексуального поведения жены либо из-за несоответствия у супругов семейно-ролевых позиций, отсутствия у них чувства любви, расхождения сексуальной мотивации, несоблюдения женщиной гигиены тела. При наличии у супругов межличностного конфликта вначале возникает психологическая аверсия, которая в дальнейшем распространяется на сексуальную сферу. Возможна и обратная зависимость – сексуальная аверсия, вызванная постоянной психосексуальной неудовлетворенностью, со временем переходит в аверсию психологическую.

Полоролевая форма сексуальной дезадаптации развивается при девиации полоролевого поведения

мужчин, которая проявляется либо в его трансформации, либо в гиперролевом их поведении, и при неблагоприятном его сочетании с полоролевым поведением жены. Сексуально-эротическая форма дезадаптации возникает вследствие расхождения диапазона приемлемости супругов, отсутствия оптимизации техники полового акта и его заключительного периода, несоответствия сексуального поведения мужчины ожидаемому или желательному для женщины. У всех обследованных нами супругов с данной формой дезадаптации имел место низкий уровень знаний в области психогигиены половой жизни. Нередким было также несоответствие типов сексуальной мотивации, в частности шаблонно-регламентированного или генитального у мужа и игрового у жены. При этом у мужчин мотивом полового акта обычно служило получение оргазма.

Сексуально-эротическая дезадаптация формируется большей частью у лиц с чертами эгоизма, самовлюбленности или пассивной подчиняемости, а также с такими личностными особенностями, как инфантильность, замкнутость, тревожная мнительность. И полоролевая, и сексуально-эротическая формы супружеской дезадаптации очень часто развиваются при несоответствии общей и сексуальной культуры мужа и жены, в особенности при дисгармоничном и девиантном вариантах сексуальной культуры у мужчин. Конституциональная форма сексуальной дезадаптации является следствием несоответствия половой конституции супругов при слабой или ослабленной средней половой конституции у мужа.

Каждая из форм дезадаптации, обусловившей развитие невротического расстройства у мужчин, имеет свои причины, патопластические, усугубляющие дезадаптацию факторы и специфические проявления. При коммуникативной форме в наибольшей мере нарушены межличностные отношения супругов – мотивация сексуального поведения и мотивы полового акта, чувства, испытываемые супругами друг к другу. При полоролевой форме преобладают девиации психосексуального развития, нарушения полоролевого поведения. При сексуально-эротической форме дезадаптации на первый план выступают дезинформированность мужчин в области секса, неправильная оценка ими своих сексуальных проявлений и неадекватное сексуальное поведение супругов. Для конституциональной формы дезадаптации характерны задержки полового развития у мужчин и несоответствие у супругов типов половой конституции.

*Первичная сексуальная дисфункция, приводящая к невротическому расстройству у мужчин.* В тех случаях, когда у мужчин с невротическим расстройством имеется сексуальная дисфункция, она в большинстве случаев является первичной и выступает в качестве психотравмы, которая привела к развитию невротического расстройства. Наблюдающиеся при этом различные формы сексуальной дисфункции также имеют свои причины, механизмы развития и своеобразные клинические проявления.

К паторефлекторной форме сексуальной дисфункции относятся расстройства потенции мужчин, обусловленные ситуационными моментами, которые

привели к неудачному половому акту с его последующей патологической фиксацией. Эта форма дисфункции возникает внезапно, и больные уверенно называют дату заболевания. Чаще всего оно начинается изолированным нарушением эрекции или эякуляции, к которому в дальнейшем присоединяется гипוליби-демия. Причина, вызвавшая фиаско, может действовать весьма кратковременно, однако в последующем, вследствие закрепления неудачи по механизму невротической фиксации, все половые акты протекают неудачно и по мере увеличения числа таких неудач патологическая связь закрепляется.

Абстинентная форма сексуальной дисфункции развивается вследствие длительного вынужденного полового воздержания у мужчин, ранее живших регулярной половой жизнью, или кратковременных, но часто повторяющихся периодов воздержания. Возможны два патогенетических механизма развития указанной формы сексуальной дисфункции. Первый из них – нарушение функциональных взаимоотношений между предстательной железой и семенниками: в результате воздержания в предстательной железе возникают застойные явления, способствующие всасыванию в кровь ее секрета. Это оказывает угнетающее действие на функцию семенников и становится пусковым механизмом расстройства нейрогуморальной регуляции половой функции. Второй механизм – детренированность сексуальной функции, приводящая к ее угасанию. Рассматриваемая форма сексуальной дисфункции чаще возникает у мужчин пожилого возраста, что связано с присущей этому возрасту тенденцией к инертности нервных процессов и уменьшением компенсаторных возможностей организма. У молодых людей она возникает при слабой или ослабленной средней половой конституции.

«Директорская болезнь», или эргопатическая форма сексуальной дисфункции, обуславливается неумением отдыхать, гармонично сочетать труд с отдыхом. Снижение сексуальной функции при этом развивается постепенно, когда человек полностью поглощен своей работой, карьерой и все меньше времени и внимания уделяет жене и сексу. Происходит сублимация – переход сексуальной энергии в другую форму. Сексуальная сфера постепенно дезактуализируется, оттесняется на задний план сексуально-эротическая мотивация поведения. Снижается сексуальная активность и сексуальная предприимчивость мужчин, может ослабевать эрекция, а иногда и либидо, наблюдается преждевременная эякуляция. Один из механизмов развития данной формы сексуальной дисфункции заключается в нарушении биоритмического статуса организма, правильной смены сна и бодрствования, труда и отдыха, а следовательно, и связанного с этими процессами физиологического обеспечения функций организма, в том числе сексуальной функции. Существенную роль играет также механизм сексуальной абстиненции.

Как и другие формы первичных сексуальных расстройств, «директорская болезнь» чаще всего возникает у лиц с задержанным сомато- и психосексуальным развитием, с ослабленной половой конституцией. Полорольное поведение мужчин обычно маскулин-

ное, нередко гипермаскулинное. Информированность в области секса в большинстве случаев недостаточная. Тип сексуальной мотивации – гомеостабилизирующий или шаблонно-регламентированный, мотив полового акта – снятие полового напряжения. Тип сексуальной культуры, как правило, примитивный.

Сексуальный фобический невроз у мужчин в форме коитофобии и онанофобии заключается в переживании навязчивого, непреодолимого страха потерпеть фиаско при половом сближении из-за отсутствия эрекции, преждевременной эякуляции или того и другого вместе. В большинстве случаев у больных отмечается монофобия, в остальных сферах жизни и деятельности личность может быть полностью адаптирована. Коитофобия чрезвычайно мучительно переносится больными из-за двойственного отношения к ней – продолжающегося переживания страха при понимании его необоснованности. Характерным признаком сексуальных невротических фобий является наличие критики и борьба с ними, хотя во время острого приступа фобии больные могут считать ощущаемую ими опасность вполне реальной.

В основе конституционально-генетической формы сексуальной дисфункции лежит врожденная слабость половой конституции. Она выражается в низкой сексуальной активности и предприимчивости и проявляется с самого начала половой жизни. Невроз ожидания неудачи возникает в случаях невротической фиксации неудачи в половом акте у лиц с тревожно-мнительными чертами характера. К его развитию могут также привести и недостаточно правдивые сведения о чрезвычайно высокой потенции других мужчин. Молчаливый простатовезикулит проявляется в преждевременной эякуляции при полном отсутствии каких-либо признаков заболевания предстательной железой, как правило, у лиц, у которых в анамнезе имеются петтинг или сексуальные фрустрации. Эта форма сексуальной дисфункции проявляется с первого же полового акта, развитие дезинформационной формы дисфункции происходит вследствие низкого уровня осведомленности в области психогигиены половой жизни и неправильной оценки мужчинами своих сексуальных проявлений. При этом половой акт соответствует возрасту и половой конституции пациентов, однако они испытывают психосексуальную неудовлетворенность.

Системно-структурный анализ сексуального здоровья показывает, что причиной его нарушения является стержневое поражение психической составляющей анато-физиологического компонента при паторефлекторной форме сексуальной дисфункции, онанофобии и коитофобии; сочетанное стержневое поражение психической и генитальной составляющих этого компонента при абстинентной форме дисфункции, психологического компонента и психической составляющей – при «директорской болезни». Причиной поражения психической составляющей анато-физиологического компонента при паторефлекторной форме дисфункции является выработка патологического условного рефлекса, при абстинентной форме – угасание условных половых рефлексов, при «директорской болезни» – гиперфатигация, при кои-

тофобии — имеющиеся у больных фобии. Причина поражения генитальной составляющей данного компонента при абстинентной форме дисфункции — застойный простатит.

Проведенные нами исследования, результаты которых представлены в табл. 1, свидетельствуют о том, что существует определенная зависимость между формой первичной сексуальной дисфункции и формой развившегося у мужчин невротического расстройства. Так, к неврастении чаще всего приводят «директорская болезнь» и конституционально-генетическая форма дисфункции, к развитию специфических фобий — коитофобия, к депрессивной реакции — паторефлекторная, а к навязчивым мыслям — дезинформационная форма сексуальной дисфункции.

*Невротические расстройства, вызванные несексуальной психотравмой и обуславливающие вторичное сексуальное расстройство.* Вовлечение сексуальной сферы в клиническую картину невротического расстройства может быть, как отмечалось, следствием не сексуальных конфликтных ситуаций.

Развитие сексуальных нарушений становится в таких случаях дополнительной травмой для больного, отягощает клиническую картину заболевания и способствует его затяжному течению. Наиболее важными факторами, предрасполагающими к развитию сексуальных расстройств у больных невротиче-

скими расстройствами, являются: слабая половая конституция; заболевания, нарушающие нейрогуморальную регуляцию сексуальной функции; личностные особенности (акцентуации характера, недостаточный личный опыт и объем информации о сексуальных проявлениях); дисгармоничные межличностные отношения в браке.

Вторичные сексуальные расстройства обычно возникают через 3–4 мес после проявления выраженных общевневрологических симптомов. Если в первые месяцы после развития невротического расстройства у мужчин отмечается дезактуализация сексуальной жизни, проявляющаяся снижением либидо, эмоциональной удовлетворенности половым актом и урежением попыток интимной близости в связи с отеснением сексуальных интересов невротическими переживаниями, то по истечении указанного периода больные начинают осознавать факт снижения сексуальной функции, что вызывает у них нарастание беспокойства и озабоченности уже сексуальными проблемами. Подобная реактуализация сферы сексуальных отношений сопровождается ипохондрической фиксацией на сексуальных проявлениях — адекватных и спонтанных эрекциях и продолжительности полового акта. Происходит смещение акцента переживаний в сферу интимно-личностных отношений, и сексуальное расстройство постепенно становится не вторичной, а основной болезнью, особенно если сни-

**Таблица 1**

*Зависимость формы невротического расстройства от формы первичной сексуальной дисфункции у мужчин*

Невротическое расстройство	Формы сексуальной дисфункции							
	паторефлекторная, n = 22	абстинентная, n = 18	«директорская болезнь», n = 10	коитофобия, n = 10	конституционально-генетическая, n = 21	ожидание неудачи, n = 19	молчаливый протестово-зигулизм, n = 12	дезинформационная, n = 2
Неврастения, F48.0, n = 19	$\frac{32 \pm 10}{9 \pm 6}$	$\frac{17 \pm 9}{—}$	$\frac{80 \pm 18}{30 \pm 15}$	$\frac{—}{20 \pm 13}$	$\frac{52 \pm 11}{14 \pm 8}$	$\frac{—}{10 \pm 7}$	$\frac{—}{25 \pm 15}$	—
Навязчивые мысли, F42.0, n = 15	—	$\frac{28 \pm 11}{—}$	$\frac{20 \pm 13}{—}$	—	—	$\frac{100-5}{6 \pm 2}$	—	$\frac{100}{100}$
Специфические фобии, F40.2, n = 14	—	—	—	$\frac{100-10}{—}$	—	$\frac{—}{10 \pm 7}$	$\frac{33 \pm 15}{8 \pm 8}$	—
Кратковременная депрессивная реакция, F43.2.20, n = 12	$\frac{68 \pm 10}{—}$	$\frac{44 \pm 12}{22 \pm 10}$	$\frac{—}{40 \pm 16}$	$\frac{—}{40 \pm 16}$	$\frac{19 \pm 10}{24 \pm 10}$	$\frac{—}{21 \pm 10}$	$\frac{25 \pm 15}{17 \pm 11}$	—
Пролонгированная депрессивная реакция, F43.2.21, n = 8	$\frac{—}{9 \pm 6}$	—	—	—	$\frac{—}{19 \pm 10}$	$\frac{—}{10 \pm 7}$	—	—
Ипохондрическое расстройство, F45.2, n = 15	$\frac{—}{36 \pm 10}$	$\frac{—}{44 \pm 12}$	$\frac{—}{30 \pm 15}$	$\frac{—}{40 \pm 16}$	$\frac{—}{33 \pm 10}$	$\frac{—}{32 \pm 11}$	$\frac{42 \pm 15}{33 \pm 15}$	—
Соматизированное расстройство, F45.0, n = 17	$\frac{—}{45 \pm 11}$	$\frac{11 \pm 8}{33 \pm 11}$	—	—	$\frac{—}{14 \pm 8}$	$\frac{—}{10 \pm 7}$	$\frac{—}{17 \pm 11}$	—

Примечание. Данные в этой и последующих таблицах — в процентах. В числителе — количество мужчин, в знаменателе — женщин.

жение сексуальной активности больных вызывает неудовлетворенность и упреки жен.

Сексуальные расстройства наблюдаются, как видно из данных табл. 2, при всех формах невротических расстройств, причем наиболее частым типом сексуальной дисфункции является отсутствие генитальных реакций. Особенно характерны сексуальные расстройства для больных с затяжным (более года) течением заболевания, сопровождающимся стойкими общевротическими проявлениями, выраженной депрессивной, obsессивной или ипохондрической симптоматикой, отрывом клинической картины от психотравмирующих переживаний и резистентностью к проводимой терапии. Наиболее отчетливо подобная динамика развития сексуальных расстройств прослеживается у больных неврастениями, а при других формах она обнаруживает ряд особенностей. В частности, при соматизированном расстройстве, в клинической картине которого наблюдается быстрая трансформация психических переживаний в соматовегетативные проявления, известный феномен «условной приятности болезни» позволяет личности с демонстративными чертами переложить ответственность за развитие кризисной ситуации на других лиц. Собственно сексуальные расстройства у таких больных встречаются сравнительно редко. В результате эгоцентрических установок их сексуальные отношения ориентированы на удовлетворение преимущественно собственных потребностей, а любые проявления сексуальной неудовлетворенности жен, как правило, ими игнорируются и редко выступают в качестве психической травмы.

При навязчивых мыслях вероятность вовлечения сексуальной сферы в клиническую картину этого невротического расстройства зависит от глубины и выраженности ипохондрических переживаний в структуре навязчивости. На первых этапах болезни в ситуации интимной близости внимание мужчин отвлекается от болезненных переживаний и сексуальные отношения практически не страдают. Однако со

временем происходит дезавтоматизация сексуальных стереотипов, прогрессирующая невротическая фиксация на сексуальной несостоятельности и формирование симптомокомплекса ожидания неудачи. При этом позиция «активного участника» интимных отношений трансформируется в позицию «постороннего наблюдателя» и сопровождается оживлением патогенных моделей из прошлого опыта (онанофобические комплексы, неудача сексуального дебюта, ситуационно обусловленное фиаско).

Вторичная сексуальная дисфункция у мужчин приводит к формированию вторичной (приобретенной) дезадаптации супружеской пары. Формы возникающей вторичной дезадаптации имеют те же причины и клинические проявления, что и описанные нами выше формы первичной дезадаптации, но в них обязательно звучит также первичная невротическая симптоматика.

Проведенный нами анализ данных, представленный в табл. 3, позволил выявить зависимость формы вторичной дезадаптации от формы невротического расстройства у мужа. Как мы видим, коммуникативная форма дезадаптации чаще всего развивается при фобиях и соматизированном расстройстве у мужа, полоролевая может развиваться при всех формах, но относительно редко – при депрессивных реакциях, та же закономерность отмечается и в развитии сексуально-эротической формы дезадаптации. Абстинентная и дезинформационная ее формы чаще всего возникали при специфических фобиях у мужчин (при коитофобии), при которых никогда не развивалась конституциональная форма дезадаптации, чаще всего формировавшаяся при навязчивых мыслях у мужчин.

Представляет интерес то обстоятельство, что возникавшая в ряде случаев у жен больных психологическая аверсия вдвое чаще отмечается при вторичной, нежели при первичной, дезадаптации – соответственно 8±3 и 4±2%.

В целом результаты исследования приводят к заключению, что при первичной сексуальной дисфунк-

Таблица 2

Зависимость сексуальной дисфункции от формы невротического расстройства у мужчин

Невротическое расстройство	Типы сексуальной дисфункции			
	снижение полового влечения, F52.0	отсутствие генитальных реакций, F52.2	оргазмическая дисфункция, F52.3	преждевременная эякуляция, F52.4
Неврастения, n = 19	—	100–5	—	42±12
Навязчивые мысли, n = 15	—	56±10	—	—
Специфические фобии, n = 14	—	100–7	—	—
Кратковременная депрессивная реакция, n = 12	17±11	66±15	—	17±11
Пролонгированная депрессивная реакция, n = 8	50±19	100–12	25±16	38±18
Ипохондрическое расстройство, n = 15	—	100–7	20±11	13±9
Соматизированное расстройство, n = 17	—	100–6	—	18±10
Всего, n = 100	6±2	96±2	5±2	18±4

Зависимость вторичных форм дезадаптации супругов от формы невротического расстройства у мужа

Невротическое расстройство	Формы дезадаптации					
	коммуникативная, n = 33	полоролевая, n = 65	сексуально-эротическая, n = 90	конституциональная, n = 36	абстинентная, n = 28	дезинформационная, n = 59
Неврастения, n = 19	37±11	84±9	100–5	26±10	—	58±12
Навязчивые мысли, n = 15	40±13	100–7	100–7	53±13	—	53±13
Специфические фобии, n = 14	64±13	100–7	100–7	—	78±11	86±10
Кратковременная депрессивная реакция, n = 12	—	17±11	17±11	—	33±15	58±15
Пролонгированная депрессивная реакция, n = 8	—	38±18	—	50±19	38±18	62±18
Ипохондрическое расстройство, n = 15	—	100–7	100–7	40±13	47±13	47±13
Соматизированное расстройство, n = 17	65±12	—	100–6	24±10	18±10	53±12
Всего, n = 100	33±5	65±5	90±3	36±5	28±4	59±5

ции у мужчин, как правило, формируется невротическое расстройство и неправильное поведение у обоих супругов, что, в свою очередь, усугубляет течение сексуальных расстройств. При вторичной сексуальной дисфункции, являющейся следствием невротического

расстройства, предрасполагающими к ней факторами служат слабая половая конституция, нарушение нейроморальной регуляции сексуальной функции мужчин и неспособность жены реадaptировать свое поведение к изменившемуся сексуальному поведению мужа.

#### Литература

1. Карвасарский Б.Д. Неврозы.— М.: Медицина, 1980.— 448 с.
2. Сексопатология: Справочник.— М.: Медицина, 1990.— 575 с.
3. Рожков В.С. Сексуальная дисфункция и дезадаптация при невротических и соматизированных расстройствах у мужчин.— Харьков: Основа, 2000.— 290 с.
4. Скрипников А.Н. Нарушение здоровья семьи при расстройстве личности у мужчин.— Харьков: Основа, 2001.— 271 с.
5. Айрапетянц М.Г., Вейн А.М. Неврозы в эксперименте и в клинике.— М.: Наука, 1982.— 278 с.
6. Кришталь В.В., Григорян С.Р. Сексология.— М.: Per Se, 2002.— 879 с.
7. Агарков С.Т. Супружеская дезадаптация.— М.: УРСС, 2004.— 256 с.
8. Мясищев В.Н. Личность и неврозы.— Л.: Изд-во ЛГУ, 1960.— 426 с.
9. Щеглов Л.М. Неврозы и сексуальные расстройства.— С.Пб.: КультИнформПресс, 1996.— 237 с.

Поступила 16.11.2004

#### CORRELATION OF PRIMARY AND SECONDARY SEXUAL DYSFUNCTION AND DEADAPTATION IN NEUROTIC DISORDERS IN MEN

R.I. Rudnitsky

#### S u m m a r y

The problem of forming spouse deadaptation in neurotic disorders in men is featured, its urgency is shown. The regularities of primary and secondary disorders of sexual health in the studied pathology were revealed.