

## **СЕКСУАЛЬНЫЕ ДИСФУНКЦИИ У ВЕТЕРАНОВ ВОЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ, СТРАДАЮЩИХ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИМ СТРЕССОВЫМ РАССТРОЙСТВОМ**

Обследованы психопатологически и сексологически 90 ветеранов войны в Афганистане, страдающие ПТСР. Проведён сравнительный анализ основной группы (45 больных с половыми дисфункциями) и контрольной (45 пациентов без сексуальных нарушений). Установлено, что половые расстройства при ПТСР развиваются по механизмам тревожного ожидания сексуальной неудачи. Они связаны как с имеющейся психопатологией (ипохондрической, обсессивно-фобической и депрессивной симптоматикой), так и с неблагоприятным личностным преморбидом, высокой значимостью для пациентов интимной сферы при конфликтных партнерских отношениях, использованием дезадаптивных стратегий совладания и сопутствующими заболеваниями.

**Ключевые слова:** ветераны войн, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), психогенные сексуальные дисфункции, супружеские отношения, сексуальные проблемы.

90 Afghan war veterans with PTSD were studied psychopathologically and sexologically. The comparative analysis of the main group (45 patients with sexual disorders) and control group (45 patients without sexual disorders) was carried out. It was found that sexual disorders in PTSD patients develop on the basis of anxiety expectation of sexual failure mechanism. Those mechanisms are connected both with psychopathology and personal characteristics, patient's conflicts and other disturbances. Key words: veterans of war, PTSD, psychogenic sexual dysfunction, married relations, sexual problems

Один из важных критериев качества жизни человека – благополучие в сфере интимных отношений. Сексуальные дисфункции у мужчин на рушат стабильность брачного союза, ограничивают репродуктивные возможности, отрицательно влияют на их душевное равновесие и работоспособность, способствуют возникновению и углублению невротических расстройств, приводят к злоупотреблению алкоголем и асоциальному поведению (5). Известно, что половые расстройства могут быть следствием, причиной или одним из симптомов психического заболевания (6). Однако взаимовлияние половых дисфункций и психопатологии изучено достаточно фрагментарно, а нарушения сексуальной сферы у больных, страдающих посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) до последних лет практически не исследовались. Проблема ПТСР как особого вида психических нарушений вследствие воздействия особенно мощных стрессорных факторов остается одной из наиболее трудных в психиатрии в отношении как ранней диагностики, так и лечения (4). Считают, что эффективная психотерапевтическая коррекция симптомов посттравматического стресса возможна лишь после разрешения текущих неблагоприятных жизненных обстоятельств: потери работы, семейного кризиса и разлада в супружеских отношениях и т.п. (7). Имеются сведения о неблагоприятном влиянии ПТСР у участников военных действий на их половую сферу и отношения с сексуальным партнером (6, 8). Поэтому изучение причин половых дисфункций у больных ПТСР, а также характера взаимосвязей между психопатологической и

сексологической симптоматикой необходимо для разработки оптимальных терапевтических стратегий для этих пациентов.

#### Материал и методы

В рамках выполнения Межгосударственной комплексной программы охраны здоровья и реабилитации воинов-интернационалистов и членов их семей в Республиканском научно-исследовательском центре медико-психологической реабилитации (руководитель центра – доцент, кандидат медицинских наук А.Л. Пушкарев) в 1997–2000 годах осуществлено обследование состояния здоровья 900 ветеранов войны в Афганистане. С ними проведено анкетирование с использованием стандартного опросника «Сексуальная формула мужская» (СФМ), который позволяет на основании ответов испытуемых получить цифровой ряд из десяти показателей, отражающих основные параметры сексуального функционирования мужчины и степень их отклонения от условной нормы (2). Анализ заполненных опросников СФМ и жалоб обследуемых на те или иные затруднения в интимной жизни показал, что в сексологической помощи нуждались 99 человек (11%), среди которых у 67 ветеранов согласно диагностическим критериям МКБ-10 имелись признаки ПТСР. Из числа последних в настоящее исследование не вошли лица с зависимостью от алкоголя (F 10.252) и от опиоидов (F 11.259), продолжающие употребление психоактивных веществ; ветераны, перенесшие тяжелые черепно-мозговые травмы, у которых характерная для ПТСР симптоматика сочеталась с клинически выраженными признаками органических психических расстройств (F 06); больные со стойкими изменениями личности после переживания катастрофы (F 62.0) как следствия необратимого продолжения ПТСР.

С учетом вышеуказанного в исследование были включены 45 участников Афганской войны, имеющие сочетанные симптомы ПТСР и сексуальных дисфункций (основная группа). Средний возраст пациентов –  $35,5 \pm 1,8$  лет. Для изучения причин половых расстройств у больных с ПТСР была сформирована контрольная группа из 45 ветеранов с симптомами посттравматического стресса, но без каких-либо сексологических нарушений. По среднему возрасту ( $35,1 \pm 1,6$  лет) контрольная группа достоверно не отличалась от основной ( $p > 0,05$ ). Всем пациентам основной и контрольной групп проведено психопатологическое и сексологическое обследование. В соответствии с более детализированными критериями ПТСР по DSM-IV у них был выявлен хронический тип расстройства, характеризующийся длительным (до 15 лет) чередованием клинически очерченных психопатологических проявлений и периодов ремиссии. Известно, что хроническое течение заболевания прослеживается более чем у половины ветеранов войн с установленным диагнозом ПТСР (4). В периоды декомпенсации у больных усиливались яркие и чрезвычайно болезненные навязчивые воспоминания о боях и гибели сослуживцев. Под влиянием травмирующих воспоминаний либо при воздействии внешних раздражителей (телерепортажей из «горячих точек», звуков, напоминающих выстрелы, и т.п.), которые ассоциировались с эпизодами военных действий, у ветеранов возникала сильная тревога с выраженными вегетативными реакциями. Пациенты испытывали трудности при засыпании, их мучили кошмарные сновидения, нарушалась продолжительность сна, а утром они не чувствовали себя отдохнувшими. Ими предпринимались различные попытки избежать мыслей или уйти от разговоров о войне. Более половины обследованных сообщили о снижении или потере интереса к деятельности, которая «раньше занимала», ощущении отчуждения и отгороженности от других людей,

снижении способности радоваться, любить. Эта своеобразная «эмоциональная гипостезия» негативно отражалась на семейной жизни. Жены ветеранов часто характеризовали их как холодных, бесчувственных, незаботливых людей. У ряда пациентов наблюдалось расстройство временной перспективы с крайним пессимизмом в отношении будущего, ожиданием короткой по продолжительности жизни, полной трудностей и невзгод. Отмечались эмоциональная неустойчивость, повышенная раздражительность, склонность к импульсивным вспышкам гнева, что приводило к серьезным семейно-бытовым и производственным конфликтам. Пациентов беспокоили повышенная утомляемость, головная боль и боли в области сердца, хроническое мышечное напряжение, тошнота, онемение в различных участках тела, затрудненное дыхание и дисфункции толстого кишечника.

Полученные результаты и их обсуждение

Психопатологические нарушения у больных ПТСР в основной и контрольной группах были представлены смешанной симптоматикой невротического регистра, выраженной в различной степени (рис. 1).

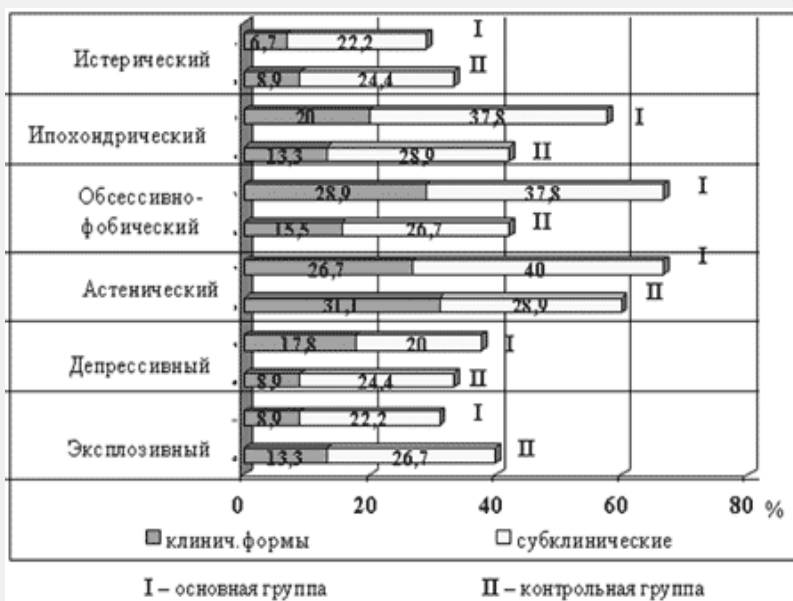


Рис.1 Соотношение клинически выраженных и стертых (субулинических) форм психопатологических синдромов в основной и контрольной группах ветеранов Афганской войны, страдающих ПТСР

Истерический симптомокомплекс проявлялся у больных повышенной внушаемостью и самовнушаемостью, эмоциональной лабильностью, стремлением привлечь к себе внимание демонстративным характером поведения. Для ипохондрического симптомокомплекса были характерны чрезмерное внимание к своему здоровью и опасение за него, тревожная фиксация на телесных ощущениях, работе внутренних органов, страх перед возможным серьезным заболеванием (в том числе перед половым расстройством) либо убежденность в его наличии. Обсессивно-фобический симптомокомплекс характеризовался чувством немотивированной тревоги и страха, повторяющимися в стереотипной форме болезненными воспоминаниями о психотравмирующих событиях, навязчивыми мыслями о собственной неполноценности. Астенический синдром выражался повышенной возбудимостью и раздражительностью на фоне быстрой утомляемости и истощаемости, а также эмоциональной лабильностью с недержанием аффекта, обидчивостью, слезливостью. О депрессивном синдроме свидетельствовали

пониженное настроение (от чувства грусти и некоторой подавленности до выраженной угнетенности или мрачной угрюмости), пессимистическое отношение к текущим событиям и дальнейшим жизненным перспективам. Эксплозивный симптомокомплекс проявлялся внутренней напряженностью, крайней раздражительностью, взрывчатостью, злобностью и агрессивностью. Психопатологические нарушения у больных в основной и контрольной группах представлены как клинически выраженными, так и стертыми (субклиническими) формами вышеперечисленных синдромов (рис. 1).

Они отличались полиморфизмом, образуя сложные симптомокомплексы: истеро-ипохондрический, истеро-эксплозивный, астено-ипохондрический, астено-депрессивный и др. На момент обследования клинически очерченные формы психопатологических синдромов были выявлены у 68,9% ветеранов основной и 57,8% ветеранов контрольной групп ( $p < 0,05$ ). В остальных случаях отдельные проявления хронического боевого ПТСР (навязчивые воспоминания, нарушения сна, избегание стимулов, связанных с травматическими событиями, отчужденность и постоянная настороженность и т.п.) сочетались со слабо выраженной астенической, ипохондрической и субдепрессивной симптоматикой. Сравнительный анализ психопатологических проявлений в основной и контрольной группах показывает, что у больных, имеющих сексуальные дисфункции, достоверно чаще отмечались ипохондрические, обсессивно-фобические и депрессивные расстройства ( $p < 0,05$ ). Указанные нарушения способствовали более легкой невротической фиксации пациентов на сексуальной сфере при малейших затруднениях в половой жизни, возникновению у них сомнений и тревожных опасений сексуальной несостоятельности, страха перед очередной близостью и общей пессимистической оценки супружеских отношений. Симптоматология сексуальных расстройств у больных основной группы представлена следующим образом: нарушения эрекции – у 42 (93,3%), эякуляторные расстройства (ускоренное либо затрудненное семяизвержение) – у 21 (46,4%), снижение либидо – у 8 (17,8%), стертый оргазм – у 6 (13,3%) больных. В виде изолированного моносимптома (чаще – эрекция дисфункций) половые расстройства наблюдались у 22 пациентов (49,3%), а в остальных случаях они имели более сложную симптоматику (различные сочетания нарушений эрекции, эякуляции, либидо и оргазма).

Следует отметить, что хотя проблемы в психической сфере и играли ведущую роль в развитии сексуальных дисфункций у больных, страдающих ПТСР, нельзя объяснить все случаи половых расстройств в данной группе лишь только наличием и степенью выраженности психопатологической симптоматики. Так, в контрольной группе также наблюдались клинически выраженные формы всех основных невротических синдромов (см. рис. 1), однако сексуальная сфера этих пациентов существенно не страдала. Для выяснения факторов, способствующих возникновению половых дисфункций на фоне ПТСР, определены параметры половой конституции обследуемых (1), их СФМ, личностная значимость сексуальной сферы, характер партнерских отношений и реакция сексуальной партнерши на интимные проблемы (табл. 1).

**Некоторые характеристики сексуального функционирования пациентов основной и контрольной групп**

Исследуемые характеристики		Основная (n=45)		Контрольная (n=45)	
		абс.	%	абс.	%
Личностная значимость сексуальных отношений	Абсолютная	10	22,2	8	17,8
	Высокая	19	42,2	13	28,9
	Средняя	12	26,7	15	33,3
	Низкая	4	8,9	9	20,0
Субъективная оценка сексуальных отношений с супругой (пост. партнер.)	неудовлетворительные	12	26,7	4	8,9
	Посредственные	18	40,0	14	31,1
	Хорошие	11	24,4	15	33,3
	Отличные	-	-	7	15,6
	пост. партнер отсутств.	4	8,9	5	11,1
Реакция партнерши на сексуальные неудачи	Участливое	5	11,1	3	6,7
	Безразличное	17	37,8	5	11,1
	Негативное	23	51,1	-	-
	неизвестна (явные срывы отсутствуют)	-	-	37	82,2
Параметры половой конституции	Kг (M±G)	4,36 ± 0,98		4,52 ± 0,79	
	Kа (M±G)	3,61 ± 0,92		4,89 ± 0,87	
	Kа/Kг	0,83		1,08	
Типовой (усредненный) профиль СФМ		2,6; 1,5; 1,6/1,4; 1,5; 2,5/2,1; 1,4; 1,2/0,9 – 5,7/5,4/4,7/0,9 – 16,7		3,2; 3,0; 3,1/2,9; 3,2; 3,3/3,1; 2,7; 3,9/3,6 – 9,3/9,4/8,7/3,6 – 31,0	

В основной и контрольной группах были выявлены существенные различия практически по всем исследуемым характеристикам. Так, сексуальные отношения для пациентов основной группы имеют абсолютную и высокую значимость в 64,4%, а в контрольной – лишь в 46,7% ( $p < 0,05$ )

Еще более существенная разница отмечена в субъективной оценке пациентами сексуальных отношений с супругой или постоянной партнершей: как неудовлетворительные или посредственные их охарактеризовали 66,7% больных в основной и лишь 40% – в контрольной группах ( $p < 0,05$ ). Более половины женщин (51,1%) негативно реагировали на сексуальные неудачи пациентов из основной группы, высказывая упреки и обвинения в их адрес, еще 37,8% – демонстрировали свое безразличие к сексуальным затруднениям мужчины. В контрольной группе у 8 пациентов в анамнезе отмечались единичные сексуальные срывы, однако их партнерши отнеслись к этим неудачам участливо либо индифферентно. Половая конституция больных в основной группе ( $Kг = 4,36 \pm 0,98$ ) незначительно отличалась от таковой у больных контрольной группы ( $Kг = 4,52 \pm 0,79$ ). Однако имелись существенные различия в реализации конституциональных параметров через адекватную половую активность:  $Kа = 3,61$ ;  $Kа/Kг = 0,83$  (реальная активность ниже, чем потенциальные сексуальные возможности) в основной группе и  $Kа = 4,89$ ;  $Kа/Kг = 1,08$  – в контрольной, где у обследуемых нет заметных расхождений между конституциональными предпосылками и их половой активностью ( $p < 0,05$ ). Типовой профиль СФМ пациентов основной группы характеризуется снижением суммарных показателей всех триад, наиболее выраженных в 3-й триаде (8 и 9), что указывает на весьма пессимистическую оценку своих сексуальных контактов. Их общий (прогностический) показатель снижен (16,7). В контрольной группе параметры СФМ были значительно выше, а общий показатель (31,0) был близок к условной среднестатистической норме.

Ретроспективная оценка личностного преморбиды свидетельствует о наличии выраженных в различной степени акцентуированных черт характера у 48,9% больных

основной и 46,7% – контрольной групп ( $p > 0,05$ ). При этом в основной группе достоверно чаще встречались сенситивный, лабильный, психастенический, истероидный типы акцентуаций, а в контрольной – гипертимный, эпилептоидный, циклоидный и неустойчивый типы ( $p < 0,05$ ).

Сравнительный анализ обеих групп показывает, что развитию половых дисфункций у больных основной группы способствовали имеющиеся при ПТСР психопатологические нарушения, наиболее широко представленные обсессивно-фобическим, депрессивным и ипохондрическим симптомокомплексами, а также разнообразные сомато-вегетативные расстройства. Определенную роль играли преморбидные личностные особенности пациентов (сенситивная, лабильная, психастеническая акцентуации), облегчающие формирование тревожных опасений сексуальной несостоятельности и страха перед возможными неудачами при коитусе. Другими факторами, имеющими значение в развитии сексуальных дисфункций на фоне ПТСР, были высокая значимость и престижность нормальной половой жизни для большей части больных основной группы, поэтому любые, даже относительные, неудачи легко вызвали крайне болезненное эмоциональное реагирование, которое усугублялось негативной либо подчеркнуто-безразличной реакцией большинства женщин на сексуальные проблемы партнеров, вследствие чего 2/3 пациентов охарактеризовали свои супружеские (партнерские) отношения как неудовлетворительные или посредственные. Нами выделены два основных варианта развития сексуальных расстройств у больных с ПТСР.

1. У 28 больных (62,2%) невротическая фиксация на половой сфере возникала после повторных неудачных попыток осуществить коитус на фоне усиления клинических симптомов ПТСР. У них отмечались эмоциональные колебания с преобладанием депрессивного аффекта, навязчивые мысли ипохондрического содержания, пессимистический взгляд на настоящее, тревога и страх перед будущим, наплывы воспоминаний о войне, нарушение сна, усиление астении и вегетативной лабильности, что повышало вероятность сексуальных срывов, а при первых же неудачных попытках способствовало быстрому формированию тревожного ожидания неудачи при коитусе. Страх потерпеть фиаско тормозит генитальные реакции в ситуации интимного сближения, что приводит к очередному срыву, замыкая порочный круг и подтверждая наихудшие прогнозы пациентов. Отчужденность, неспособность проявлять нежность и любовь, конфликтность, раздражительность и склонность к вспышкам гнева, эгоцентризм, свойственные большинству пациентов, страдающих ПТСР, также препятствовали гармоничным семейным и сексуальным отношениям. В свою очередь, возникновение половых расстройств на фоне симптоматики ПТСР способствовало дальнейшему нарастанию депрессивно-ипохондрических и обсессивно-фобических проявлений, усиливало у больных аффективную напряженность и взрывчатость, еще больше ухудшало супружеские отношения, приводя к частым конфликтам и алкогольным эксцессам, которые оказывали негативное влияние на половую сферу. При этом к эрекционным дисфункциям на фоне все более редких сексуальных контактов у большинства пациентов присоединялись ускоренная эякуляция и снижение либидо.

2. У 17 пациентов (37,8%) развитие половых расстройств было обусловлено не столько усилением психопатологических нарушений в рамках ПТСР, сколько крайне конфликтными партнерскими отношениями с взаимными обвинениями и упреками, что вело к снижению эротической привлекательности партнерши. В сочетании с

нерезко выраженными симптомами ПТСР это способствовало ослаблению или отсутствию эрекции при попытках совершить коитус, приводя к формированию тревожного ожидания новых сексуальных неудач. Использование дезадаптивных стратегий совладания, например, стремление переложить всю ответственность за неудачи при половых контактах на женщину, обесценивание ее как личности и сексуального партнера, провоцирование ссор, частое употребление алкоголя «чтобы забыться» дополняют сложную картину интимных проблем ветеранов. К факторам, облегчающим развитие половых дисфункций под влиянием психогений, следует отнести выявленные задержки пубертатного развития (KгJ 3,5) у 9 пациентов, сахарный диабет у 3 человек, синдром зависимости от алкоголя (F 10.202) в стадии ремиссии у 4 человек, синдром парацентральных долек у 5 человек и хронический простатит у 7 больных.

Повторные неудачи в интимной жизни при ее высокой личностной значимости и стремлении пациентов «всегда быть на высоте» усугубляли половые дисфункции, причем у 8 пациентов произошло обострение симптоматики ПТСР, на фоне которой отчетливо звучали переживания собственной сексуальной несостоятельности.

#### **Выводы**

Половые дисфункции у больных с хроническим течением боевого ПТСР чаще возникают как следствие обострения психопатологических нарушений, характерных для посттравматического стресса. Они отличаются полиморфизмом, образуя сложные симптомокомплексы (депрессивно-ипохондрический, итеро-эксплозивный, обсессивно-фобический и др.), что увеличивает вероятность сексуальных срывов и приводит к быстрому формированию тревожного ожидания новой неудачи и нарушениям партнерских отношений.

При отсутствии отчетливо выраженной клинической симптоматики ПТСР развитие сексуальных дисфункций обусловлено взаимодействием ситуационных факторов (переутомление, алкоголизация), конфликтного партнерства, взаимного охлаждения и недовольства интимными отношениями, неблагоприятного конституционального и личностного преморбида пациентов, наличием у них неврологической, урологической, эндокринной патологии и алкогольной зависимости.

Присоединение половых дисфункций в силу дополнительной психотравматизации, как правило, приводит к усугублению у больных психопатологических и поведенческих расстройств. Поэтому коррекция имеющихся нарушений половой сферы с акцентом на психотерапевтические методы воздействия – важный составной элемент лечебно-реабилитационной программы для пациентов, страдающих ПТСР.

#### **Литература**

1. Васильченко Г.С. Определение половой конституции мужчины. Метод. рекоменд. – М., 1974. – 46 с. социальные аспекты ПТСР // В сб. материалов Межгосударственного научно-практического семинара «Социально-психологические проблемы воинов-интернационалистов». – Мн, 1999. – С. 15–22.
4. Копытин В.А. Некоторые клинические особенности больных с ПТСР и вопросы их терапии // Психофармакотерапия пограничных психических расстройств. – М.: ГОЭТАР Медицина, 2000. – С. 225–231.
5. Кратохвил С. Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний / Пер. с чешск. – М.: Медицина, 1991. – 336 с.

6. Пушкарев А.Л., Доморацкий В.А., Гордеева Е.Г. Посттравматическое стрессовое расстройство: диагностика, психофармакотерапия, психотерапия. – М.: Изд. Института психотерапии, 2000. – 128 с.
7. Шапиро Ф. Психотерапия эмоциональных травм с помощью движений глаз. / Пер. с англ. – М.: Нез. фирма «Класс». – 1998. – 496 с.
8. Эллер А.А. Значение исследования состояния сексуальной функции у участников и свидетелей боевых действий. // 13 съезд психиатров России (Материалы съезда). – М. Изд. МЕДПРАКТИКА, 2000. – С. 334.

Используемые сокращения:

ПТСР – посттравматическое стрессовое расстройство

СФМ – сексуальная формула мужская