

## Сексуальные дисфункции, выявляемые у мужчин, страдающих алкоголизмом второй стадии

М.И. Ягубов, А.А. Касторная  
ФГБУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России

**Резюме.** В статье приводятся результаты исследования особенностей сексуальной функции у мужчин, страдающих алкоголизмом II стадии. Было обследовано 90 пациентов мужского пола и выделено 2 группы больных — пациенты с сексуальными нарушениями и без них. Изучалась взаимосвязь сексуальных нарушений и особенностей течения алкоголизма, а также роль различных факторов, способствующих возникновению расстройств. Проведенный анализ показал взаимосвязь с клиническими особенностями заболевания, семейно-партнерскими отношениями и соматическим состоянием обследуемых. Личностные особенности могут способствовать формированию сексуальных дисфункций, а слабая половая конституция является неблагоприятным биологическим фоном.

**Ключевые слова:** сексуальные дисфункции у мужчин, алкоголизм II стадии, семейно-сексуальная дисгармония, связь сексуальных нарушений с течением хронического алкоголизма.

### Sexual dysfunctions in male alcoholics

M.I. Yagubov, A.A. Kastornaya  
The Moscow Research Institute of Psychiatry at the Russian Ministry of Health and social development of the Russian Federation

**Summary.** Article describes results of the investigation of sexual functioning in male patients with chronic alcoholism. Sample consisted of 90 male patients, divided into 2 groups — with sexual dysfunctions and without ones. The main study outcome was association between sexual dysfunctions and course of chronic alcoholism, as well as impact of different factors on developing sexual dysfunctions.

The final analysis revealed association with clinical features of alcoholism, family climate and health condition of patients. Personality traits may contribute to the development of sexual dysfunctions, whereas weak sexual constitution is unfavorable biological predisposition.

**Key words:** sexual dysfunctions in men, chronic alcoholism, sexual disharmony in family relations, association between sexual dysfunction and course of chronic alcoholism.

Алкогольная зависимость является актуальной социально-медицинской проблемой в связи с высокой ее распространенностью и серьезными последствиями. Динамика статистических показателей в отношении заболеваемости алкоголизмом и связанных с ним демографических и экономических потерь в Российской Федерации позволяет охарактеризовать ближайший прогноз как неблагоприятный [1, 2, 5]. Показатель общей заболеваемости алкоголизмом в России остается на высоком уровне и составляет 1,6 % общей численности населения, а в ряде регионов достигает 3–5 % [3].

Одним из серьезных последствий, связанных со злоупотреблением алкоголем, являются половые расстройства. В то же время несостоятельность в половой жизни является одной из значимых психологических травм для мужчины любого возраста и влечет за собой конфликтную ситуацию в семье, что в свою очередь может являться провоцирующим фактором к употреблению алкогольных напитков, формируя, таким образом, порочный круг.

Хроническая алкогольная интоксикация, отрицательно влияя на половую сферу, может вызывать нарушение практически всех стадий копулятивного цикла [4, 6, 7, 8, 9, 10, 15, 17, 19, 20]. По

литературным данным частота сексуальных нарушений у лиц с алкоголизмом составляет от 3,9 % до 83,0 %. Столь же противоречивые данные носят сведения, касающиеся этиологии, патогенеза и клиники заболевания.

Систематическое употребление алкоголя нередко приводит к ухудшению внутрисемейных отношений и на этом фоне к семейно-сексуальной дисгармонии [12, 13, 18], а также непосредственно сами конфликтные отношения могут стать поводом к алкоголизации [11, 14, 16].

Учитывая немногочисленность и противоречивость имеющихся данных, нами было предпринято исследование, целью которого было определение клинических особенностей сексуальных расстройств у больных, страдающих алкоголизмом II стадии, в зависимости от течения заболевания.

#### Материалы и методы исследования

В исследование было включено 90 мужчин в возрасте от 18 до 55 лет, страдающих алкоголизмом II стадии, находящихся на лечении в отделении психических расстройств, осложненных патологическими видами зависимости Московского НИИ психиатрии. Из исследования исключались больные с расстройствами шизофреническо-

го спектра, аффективными расстройствами, эпилепсией, умственной отсталостью, сопутствующей тяжелой соматической и неврологической патологией, в стадии декомпенсации.

Было проведено клинико-психопатологическое обследование с использованием мюнхенского личностного теста, «Анамнестической карты больного алкогольной зависимостью» (разработана сотрудниками отдела психических расстройств, осложненных патологическими видами зависимости Московского НИИ психиатрии). Клинико-сексологическое обследование включало анамнестические, урологические, эндокринологические, неврологические и другие сведения с использованием шкалы векторного определения половой конституции мужчины, шкалы ASEX (Arizona Sexual Experience Scale), опросник «Удовлетворенность браком» (В.В. Столин, Т.Л. Романова, Г.П. Бутенко). Помимо этого исследовался уровень тестостерона и ЛГ в крови.

Статистический анализ проводился с помощью пакета прикладных программ Statistica версия 7.0. Применялись непараметрические методы статистики. При анализе связи двух признаков использовался метод Спирмена, а при сравнении двух групп — критерий Манна-Уитни.

#### Результаты

В результате проведенного исследования были выделены 2 группы больных: 1-я группа с сексуальными расстройствами (58 человек, 64 %) и 2-я группа без них (32 человека, 36 %). Возраст обследуемых в 1-й группе составил  $41 \pm 8$  лет, а во второй —  $36 \pm 9$  лет. Начало систематического приема алкоголя в обеих группах было одинаковым и составило  $21 \pm 5$  лет. Формирование второй стадии алкоголизма в группе с сексуальными расстройствами происходит к  $26 \pm 6$  годам, и ее длительность в среднем  $8 \pm 4$  года. Группы сопоставимы по возрасту обследования, началу приема алкоголя и формирования II стадии ( $p > 0,05$ , критерий Манна-Уитни). У лиц без сексуальной патологии II стадия развивается позже — к  $29 \pm 7$  годам и к моменту обследования длится  $11 \pm 7$  лет. Суточное употребление крепких спиртных напитков у преобладающей части больных 1-й группы в среднем превышало  $1000 \pm 550$  мл, тогда как во 2-й группе лишь у незначительного количества достигало 1 литра (в среднем  $800 \pm 400$  мл).

У 60,3 % больных 1-ой группы сексуальные расстройства проявлялись снижением полового влечения, у 33 % — нарушением эрекции, причем у 15 % из них эти нарушения стали причиной отказа от интимных отношений. Изменения в длительности полового акта (в сторону укорочения) отметили всего 10,3 % больных. Большинство пациентов не тяготились отсутствием полноценной половой жизни. Сексуальные расстройства у исследуемых больных возникали к  $34 \pm 7$  годам, что четко свидетельствует об их формировании на второй стадии заболевания.

В результате проведенного анализа было установлено, что одним из возможных факторов, опре-

деляющих развитие сексуального расстройства, является тип половой конституции. У больных с половыми расстройствами преобладали слабая половая конституция и слабый вариант средней (39,7 % и 56,9 % соответственно), а в группе пациентов без сексуальных расстройств — сильная и сильный вариант средней половой конституции (70 %). Полученные данные указывают на то, что сексуальные расстройства возникают у лиц со слабой половой конституцией ( $p < 0,001$ ). Помимо этого была установлена определенная связь между типом половой конституции и структурой сексуальных нарушений. У лиц с сильным и сильным вариантом средней половой конституции на фоне длительного употребления алкоголя наблюдалось снижение полового влечения, что уменьшало потребность в интимных отношениях. Однако предпринятые редкие, в соответствии их потребностям, попытки завершались удачными половыми актами. Неустойчивость эрекции наблюдалась редко и не препятствовала проведению коитуса. У больных со слабой половой конституцией практически полностью пропадало половое влечение, что влекло за собой нарушение всех последующих сексуальных реакций — эрекции, эякуляции и оргазма. Эти пациенты были не способны вести полноценную половую жизнь.

При анализе форм употребления алкоголя были выявлены некоторые различия. В группе с сексуальными расстройствами преобладало смешанное (39,7 %) и постоянное пьянство (29,3 %). Длительные псевдозапой встречались у 20,7 % обследуемых, тогда как короткие псевдозапой лишь у 10,3 %. У пациентов без сексуальных дисфункций в преобладающем большинстве (62,5 %) встречалось псевдозапойное пьянство с короткими запоями. Практически в равной степени встречались смешанный тип алкоголизации (12,5 %) и длительные псевдозапой (15,6 %), а на постоянное пьянство приходилось лишь 9,4 %. Различия между группами носили достоверный характер ( $p < 0,05$ , критерий Манна-Уитни).

Была выявлена статистически достоверная положительная корреляционная связь между формой употребления спиртных напитков ( $R = 0,29$ ;  $p = 0,04$ ), суточной дозировкой ( $R = 0,34$ ;  $p = 0,01$ ) и наличием сексуальной патологии, что указывает на то, что сексуальные расстройства чаще возникают у больных с большим объемом употребляемого алкоголя, с длительными периодами алкоголизации и короткими светлыми промежутками между ними.

Было установлено, что сексуальные нарушения, за исключением больных, у которых ускоренное семяизвержение наблюдалось с самого начала половой жизни, возникают во второй стадии заболевания. Чем раньше от начала систематического пьянства возникает похмельный синдром, тем быстрее наступает расстройство и в половой жизни ( $p < 0,05$ ).

Нами была проанализирована сексуальная жизнь больных в различные периоды заболевания: в ремиссию, в запое, в периоде алкогольного

абстинентного синдрома и в периоде после выхода из алкогольного абстинентного синдрома. Для оценки динамики сексуальных проявлений помимо клинического анализа использовалась шкала ASEX. Следует отметить, что чем выше показатель по шкале ASEX, тем более выражены сексуальные дисфункции. У больных 1-й группы (с половыми расстройствами) в период ремиссии наблюдалось снижение полового влечения, урежение частоты интимных отношений, вплоть до ее отсутствия. У части больных (30 человек) на фоне снижения влечения возникало нарушение эрекции. На нарушение оргастической функции пациенты жалоб не предъявляли, однако отмечали, что половая жизнь «стала доставлять меньше удовольствия». Указанные нарушения были зарегистрированы по ASEX шкале, общий балл по которой составил  $20 \pm 3,5$ . У больных 2-й группы сексуальных проблем не было, что подтверждалось результатами шкалы ASEX (общий балл  $13 \pm 2,7$ ). Различия между группами по данным шкалы были статистически подтверждены только в период ремиссии ( $p < 0,05$ ).

Период употребления алкоголя во II стадии заболевания имеет свои особенности. Максимально высокая толерантность к алкоголю сопровождается резко усиленным влечением к спиртному. Утрачивается ситуационный контроль, и употребление алкогольных напитков происходит в обстановке, наносящей вред репутации больного. Пьянство приобретает многодневный характер. В этот период интимные отношения отсутствуют в обеих группах. Больные 2-й группы в среднем через неделю возобновляют половую жизнь, так как периоды употребления алкоголя не носят длительного характера (в среднем до 4 дней). Большинство больных 1-й группы имеют смешанную или постоянную форму пьянства, периоды алкоголизации могут достигать месяца и более, что приводит к полной дезадаптации половой жизни. Практически такая же картина прослеживается и в период алкогольного абстинентного синдрома (ААС), что отражается в данных шкалы ASEX (в 1-й группе в период запоя общий балл  $28 \pm 2,5$ , в период ААС —  $25 \pm 6,9$ ; во 2-й группе в период запоя —  $23 \pm 3,8$ , а в ААС —  $20 \pm 6,8$ ).

После выхода из абстиненции наблюдается улучшение сексуальной функции. Во 2-й группе сексуальная активность достигает практически уровня ремиссии (общий балл по ASEX —  $17 \pm 4,9$ ). Пациенты отмечают, что чаще всего в этот период партнерши отказывают им в близости из-за конфликтов в связи с их запоями, поэтому им приходится прибегать к мастурбации. В 1-й группе на фоне выраженных астенических явлений (слабость, утомляемость, снижение работоспособности) сексуальные нарушения сохраняются (общий балл по шкале ASEX —  $24 \pm 4,7$ ).

Анализ партнерской ситуации показал, что 58,9 % мужчин на момент обследования не состояли в семейных отношениях и не имели постоянных партнерш. Было выявлено, что чем слабее половая конституция, тем более длительный период

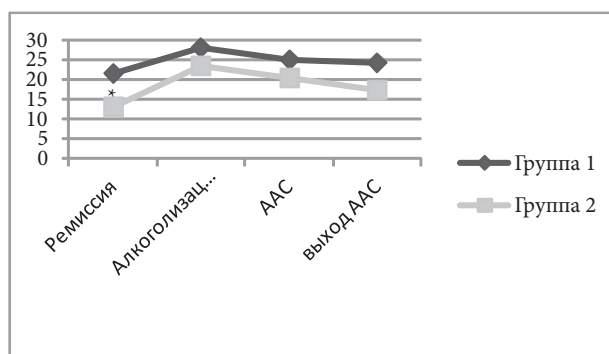


Рис. 1. Динамика сексуальной функции по шкале ASEX

Примечания: \* — значимость различий при  $p < 0,05$  (критерий Манна-Уитни).

времени пациент был одинок ( $p < 0,05$ ). 42,2 % обследуемых мужчин состояли в браке. Больше половины из них — 22,2 % — оценивали свои отношения с партнерами как конфликтные, что чаще всего было связано с алкоголизацией пациентов. Было выявлено, что у мужчин, состоящих в браке, реже возникали проблемы в половой сфере ( $p < 0,05$ ). В свою очередь наличие сексуальной патологии препятствовало установлению новых партнерских отношений, что формировало своего рода порочный круг. 56 % обследуемых имели неоднократный опыт расторжения официальных семейных отношений, причем больше чем в половине случаев (38 %) одной из причин разрыва отношений было наличие систематической алкоголизации мужчины. В повторном браке находились 63 % обследуемых. Это были мужчины с сильной половой конституцией ( $p < 0,05$ ) и в основном без выраженных сексуальных расстройств ( $p < 0,05$ ). Между 1-й и 2-й группами были выявлены достоверные различия по частоте разводов ( $p < 0,03$ ), по длительности периода отсутствия партнерши ( $p < 0,03$ ) и по частоте вступления в повторные браки ( $p < 0,03$ ).

Анализ личностных особенностей больных, вошедших в исследование, показал их определенную роль в формировании сексуальной патологии. У больных с сексуальными дисфункциями преобладают такие черты, как «шизоидия», изоляция и «эмотивность» ( $R=0,33$ ;  $R=0,28$ ;  $R=0,30$  соответственно). Чем более выражены эти черты личности, тем выше риск развития сексуальной патологии ( $p < 0,05$ ). Отрицательная корреляционная связь была выявлена между наличием сексуальной патологии и экстраверсией ( $R=-0,36$ ;  $p=0,004$ ). У пациентов с экстраверсией меньше риск возникновения сексуальных дисфункций и больше шансов создать новые семейные отношения после развода ( $R=0,36$ ;  $p=0,006$ ).

В результате комплексного исследования практически у всех больных были выявлены соматические и неврологические расстройства (95,55 % и 62,22 % соответственно). Однако группы имели отличия между собой по характеру и выраженно-

Таблица 1. Анализ соматического состояния у исследуемых больных

Показатели	1-я группа. Пациенты с сексуальными нарушениями, %	2-я группа. Пациенты без сексуальных нарушений, %
Алкогольная болезнь печени *	52,22	31,11
Артериальная гипертензия	31,11	12,22
Цирроз печени	3,33	-
Алкогольная кардиопатия *	22,22	8,88
Алкогольная полинейропатия *	17,77	-
Алкогольная энцефалопатия	24,44	5,55
Травма головы	16,66	26,66

Примечание \* — значимость различий при  $p < 0,05$  (критерий Манна-Уитни)

сти этих состояний. Алкогольная полинейропатия и цирроз печени были установлены лишь у пациентов 1-й группы (с сексуальными расстройствами). Артериальная гипертензия, кардиопатия, энцефалопатия встречались чаще и были более выражены у больных 1-ой группы.

Некоторые различия были установлены по результатам биохимического и гормонального исследования. Так у основной части пациентов с сексуальными расстройствами уровень тестостерона и ЛГ соответствовал средней границе нормы ( $26,12 \pm 3,32$ ;  $3,9 \pm 0,6$  соответственно при норме  $10-39$  нмоль/л;  $0,8-8,4$  мМЕ/л), во 2-й группе средние значения ближе к верхней ( $35,41 \pm 2,1$ ;  $6,1 \pm 1,1$  соответственно). Такая же тенденция была выявлена по результатам биохимических показателей. Уровень АЛТ, АСТ и различных фракций билирубина (общий, прямой) был выше ( $p < 0,001$ ) в 1-й группе. Различия между группами имели достоверную значимость только по уровню содержания в крови аспаратаминотрансферазы ( $p < 0,03$ ). Указанные различия были подтверждены результатами по шкале ASEX. Чем выше были значения по шкале ASEX, тем более выраженной оказалась сомато-неврологическая патология ( $p < 0,05$ ). Расстройство эрекции чаще наблюдалось у больных с алкогольной полинейропатией ( $R=0,33$ ;  $p=0,04$ ), гипертензией ( $R=0,37$ ;  $p=0,01$ ) и энцефалопатией ( $R=0,38$ ;  $p=0,02$ ). У этих больных нарушения кровотока в генитальных сосудах не было выявлено (по результатам УЗИ).

#### Обсуждение результатов

Таким образом, в результате проведенного исследования было установлено, что на формирование сексуальных расстройств при алкоголизме влияет ряд факторов. Конституциональные особенности являются одним из факторов, определяющих развитие сексуальной патологии и ее структуры. Больше подвержены риску развития сексуальных дисфункций лица со слабой и сла-

бым вариантом средней половой конституции. У них расстройства сексуальной сферы затрагивают всю сферу копулятивного цикла, часто являясь причиной отказа от половых отношений вообще. У обследуемых с сильной и сильным вариантом средней половой конституции самым частым расстройством является снижение полового влечения, не мешающее проведению редких, но удачных половых актов.

Смешанная или постоянная форма употребления спиртных напитков, высокие суточные дозировки употребляемого алкоголя, короткие светлые промежутки играют определенную роль в развитии сексуальных дисфункций. В период запоя, а также алкогольного абстинентного синдрома половая жизнь отсутствует практически у всех обследуемых, однако у лиц без сексуальной патологии происходит ее постепенное восстановление.

Алкоголизм является одной из причин конфликта в семье и поводом расторжения отношений. У одиноких пациентов сексуальная патология препятствует установлению новых партнерских отношений, что, в свою очередь, может являться одним из мотивов к употреблению алкоголя.

Определенную роль в формировании патологии в сексуальной сфере играют особенности личности и соматическое состояние. Такие черты, как шизоидия, изоляция, эмотивность способствуют развитию нарушений в половой жизни, а экстраверсия, наоборот, уменьшает этот риск. Неврологические и соматические нарушения присутствуют практически у всех обследуемых, однако их выраженность у лиц с сексуальной патологией выше.

## Литература

- Егоров В.Ф., Кошкина Е.А., Корчагина Г.А., Шамота А.З. Наркологическая ситуация в России (по данным официальной медицинской статистики за 1996 г.) // Русский медицинский журнал. — 1998. — № 2. — С. 109–114.
- Заиграев Г.Г. Проблемы алкоголизации населения России // Наркология. — 2002. — № 7. — С. 2–7.
- Кошкина Е.А. Заболеваемость психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ, в Российской Федерации в динамике за 5 лет // Вопросы наркологии. — 2011. — № 1. — С. 17–27.
- Крупнов А.Н., Шустов Д.И. Особенности этиологии и патогенеза эректильной дисфункции при алкогольной зависимости // Вопросы наркологии. — 2011. — № 1. — С. 54–60.
- Немцов А.В. Потребление алкоголя в России во второй половине 1990-х годов // Вопросы наркологии. — 2011. — № 2. — С. 59–64.
- Нохуров А. Основные клинические варианты взаимного влияния алкоголизма и половых расстройств у мужчин // Дисс. ... канд. мед. наук — М. — 1975. — 150 с.
- Al Helali N.S., Abolfotouh M.A., Ghanem H.M., Pattern of erectile dysfunction in Jeddah city // Saudi Med J. — 2001. — Jan;22(1). — P. 34–8.
- Bortolotti A., Parazzini F., Colli E., Landoni M. The epidemiology of erectile dysfunction and its risk factors // Int J Androl. — 1997. — V.20 (6). — P. 323–34.
- Gavaler J.S., Urso T., Van Thiel DH. Ethanol: its adverse effects upon the hypothalamic-pituitary-gonadal axis // Subst Alcohol Actions Misuse. — 1983. — V.4 — P. 97–110.
- Jensen S.B. Sexual function and dysfunction in younger married alcoholics. A comparative study // Acta Psychiatr Scand. — 1984. — V. 69(6). — P. 543–9.
- Kearns-Bodkin J.N., Leonard K.E. Alcohol involvement and marital quality in the early years of marriage: a longitudinal growth curve analysis. *Alcohol Clin Exp Res.* — 2005. — V. 29. — P. 2123–34.
- Livingston M. Effects of alcohol consumption in spousal relationships on health-related quality of life and life satisfaction // J Stud Alcohol Drugs. — 2009. — V. 70. — P. 383–390.
- Nirenberg T.D., Liepman M.R., Begin A.M., Doolittle R.H., Broffman T.E. The sexual relationship of male alcoholics and their female partners during periods of drinking and abstinence. *J Stud Alcohol* // 1990. — 51(6) — P. 565–568.
- O'Farrell T.J., Choquette K.A., Birchler G.R. Sexual satisfaction and dissatisfaction in the marital relationships of male alcoholics seeking marital therapy // J Stud Alcohol. — 1991. — 52(5). — P. 441–447.
- Okulate G., Olayinka O., Dogunro A.S. Erectile dysfunction: prevalence and relationship to depression, alcohol abuse and panic disorder // Gen Hosp Psychiatry. — 2003. — May-Jun;25. — P. 209–213.
- Olenick N.L., Chalmers D.K. Gender-specific drinking styles in alcoholics and nonalcoholics // J Stud Alcohol. — 1991. — V. 52. — P.325–330.
- Pach D., Szurkowska M., Targosz D., Kamenczak A., Mikołaszek-Boba M., Szafraniec K., Winnik L., Hydzik P., Huszno B. Evaluation of pituitary-gonadal axis in alcohol dependent males // Przegl Lek. — 2007. — V. 64. — P. 238–242.
- Péroudeau G.M., Kohn P.M. Sex differences in the marital functioning of treated alcoholics // Drug Alcohol Depend. — 1989. — V. 23(1). — P. 1–11.
- Ponizovsky A.M. Clinical and psychosocial factors associated with quality of life in alcohol-dependent men with erectile dysfunction // J Sex Med. — 2008. — 5(10). — P. 2347–2358. Epub 2008 Jun 17.
- Wetterling T., Veltrup C., Driessen M., John U. Drinking pattern and alcohol-related medical disorders // Alcohol Alcohol. — 1999. — V. 34(3). — P. 330–336.

## Сведения об авторах

**Ягубов Михаил Ибрагимович** — доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения сексопатологии ФГБУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России. E-mail: yagubov@mail.ru

**Касторная Анастасия Александровна** — аспирант отделения сексопатологии ФГБУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России. E-mail: dr.kastornaya@gmail.com