

Еректильна дисфункція: частота психічно і соматично обумовлених її варіантів та їх диференціальна клінічна діагностика

Г. С. Кочарян

Навчально-науковий інститут післядипломної освіти Харківського національного медичного університету

У статті повідомляється, що більшість причин еректильної дисфункції (ЕД) раніше вважалися психогенними (85–90%), але сучасні дані свідчать, що ЕД значно частіше обумовлюється впливом соматичних/органічних факторів (80%, 60–90%). Водночас відзначається, що психогенна ЕД має місце приблизно у 40% випадків, органічна – у 29%, змішана (поєднання психічних та органічних факторів) – у 25%, неясного генезу – у 6%. Наявна думка про дуже низький відсоток психогенної ЕД заперечується з таких причин: 1) певні патології органічної модальності викликають ЕД, однак не береться до уваги той факт, що у великій кількості чоловіків у тих самих обставинах ЕД відсутня; 2) отримані результати клінічних випробувань препаратів для лікування ЕД вказують на те, що у 20–40% пацієнтів спостерігається добра відповідь на застосування плацебо. Не можна не враховувати й той факт, що визначення ступеня участі органічних і психічних факторів у генезі цього розладу залежить від первинної базової медичної підготовки лікаря-сексопатолога (наприклад, психіатра/психотерапевта або уролога-андролога). Природно, що в першому випадку акцент зміщуватиметься на виявлення психічних чинників, тоді як у другому – чинників органічних. Також відіграє роль та обставина, в яких клініках проводилася діагностика (у психіатричних і психологічних установах курують пацієнтів зовсім іншого типу, ніж у соматичних). Автор зазначає, що відсоток соматично обумовленої ЕД може перебільшуватися, оскільки щонайменше деяку частину цього відсотка становлять змішані розлади ерекції. Наголошується на необхідності використання міждисциплінарного системного підходу, який дозволяє уникнути як надмірної психологізації, так і надмірної соматизації в поясненні причин ЕД. Значна частина статті присвячена диференціальній клінічній діагностиці соматогенної та психогенної ЕД на основі літературних даних і власних досліджень автора. Наводяться та обговорюються її різні критерії.

Ключові слова: еректильна дисфункція, психогенний та соматогенний варіанти, частота, диференціальна клінічна діагностика.

Erectile dysfunction: frequency of its psychologically and somatically caused variants and their differential clinical diagnostics

G. S. Kocharyan

The article informs that most causes of erectile dysfunction (ED) were earlier regarded as psychogenic (85–90%), but modern data demonstrate that ED is significantly more often caused by influence of somatic/organic factors (80%, 60–90%). While, it is reported that psychogenic ED occurs approximately in 40% of cases, organic ED in 29%, mixed ED (a combination of psychic and organic factors) in 25%, and its uncertain origin is observed in 6%. A current opinion about a very low percentage of psychogenic ED is denied for the following reasons: 1) even though certain pathologies of organic modality undoubtedly cause ED, but the fact is ignored that there are many males without ED in the same circumstances; 2) findings of clinical trials of medications for treatment of ED testify that 20–40% of patients develop a good response to use of placebo. Also, we cannot miss the fact that determination of the extent of participation of organic and psychic factors in the genesis of this disorder depends upon the primary basic medical training of the sexual health specialist (for example, psychiatrist/psychotherapist or urologist-andrologist). It is natural that in the former case the focus will be shifted to revealing psychic factors, while in the latter one to organic factors. The circumstance in what clinics the diagnosis is made also play a role (psychiatric and psychological clinics cure quite another type of patients than somatic hospitals). The author points out that the percentage of somatically caused ED can be overestimated since at least some part of this percentage consists of mixed erectile disorders. The author emphasizes that it is necessary to use an interdisciplinary systemic approach, which makes it possible to avoid both excessive psychologization and excessive somatization in explanation of causes of ED. A significant part of the article deals with differential clinical diagnosis of somatogenic and psychogenic ED on the basis of literature data and own researches of the author. Different criteria of ED are listed and discussed.

Keywords: erectile dysfunction, psychogenic and somatogenic variants, frequency, differential clinical diagnostics.

Розлади ерекції трапляються дуже часто. У чоловіків, які звертаються по сексологічну допомогу, вони посідають перше місце, про що свідчать дані клінічних спостережень. Вихід у структурі сексуальних дисфункцій на перше місце передчасної еякуляції (ПЕ) було встановлено на основі опитувань, що ґрунтувалися на са-

моцінці обстежених та критеріях деяких класифікацій, згідно з якими тривалість статевого акту має задовольняти або чоловіка, або обох партнерів. Проте діагностичні критерії ПЕ переглядалися. Зокрема, у DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition – остання американська статистична

класифікація ментальних розладів, 2013) зазначається, що оцінки поширеності ПЕ широко варіюють залежно від визначення, яке використовується. Наголошується, що більш ніж 20–30% чоловіків віком 18–70 років висловлюють занепокоєння з приводу того, як швидко вони еякують. Однак із прийняттям нового визначення ПЕ – «сім'явиворскування відбувається протягом приблизно 1 хв після проникнення в піхву» – вона буде діагностуватися тільки в 1–3% чоловіків. Надзвичайне зниження вимог до тривалості нормального статевого акту відображено у Діагностичних дослідницьких критеріях МКХ-10 (Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду), (1993). Так, при характеристиці ПЕ зазначається, що «еякуляція настає до введення статевого члена або дуже швидко після його введення (за умови необхідності часової межі: до або в межах 15 с після початку статевого акту)». Цей пункт різко контрастує з існуючим основним визначенням ПЕ, оскільки для більшості сексуально здорових жінок досягнення оргазму за час, що лише незначно перевищує 15-секундний інтервал, є фізіологічно малоімовірним. У МКХ-11 конкретні часові критерії нормальної тривалості статевого акту знову відсутні. Тобто йдеться про своєрідні «діагностичні гойдалки», що пов'язано з труднощами в остаточному визначенні нормальної тривалості статевого акту.

Частота психічно та соматично обумовлених розладів ерекції

Повідомляється, що більшість причин еректильної дисфункції (ЕД) колись вважалися психогенними, але сучасні дані свідчать про те, що до 80% її випадків зумовлено впливом органічних факторів [1]. У зв'язку з цим слід згадати, що в 1970 р. W. Masters та V. Johnson [2] у своїй книзі стверджували, що з описаних ними 213 випадків менш ніж у 10% порушення ерекції мали у своїй основі фізіологічні зміни. Пізніше, в 1974 р., Н. S. Kaplan [3] висловила твердження, що близько 85% випадків імпотенції є психогенними. Однак у книзі, яка вийшла в 1981 р., Gorm Wagner [4] повідомляє про вельми широкий розкид у поширеності ЕД, що зумовлювалася впливом психічних і органічних факторів. Зазначається, що постульоване співвідношення між психогенними та органічними порушеннями еректиційної функції варіює від 1:7 до 20:1. Автор висловлює думку, що, можливо, у майбутньому обстеження хворих за допомогою нових і складніших діагностичних методик дасть змогу встановити справжню пропорцію. Однак величина цього відношення може варіювати залежно від того, який культурний рівень хворого, які взаємини в суспільстві, а також від його соціальної структури та прийнятих у ньому етичних норм. Крім того, Gorm Wagner наголошує, що в сексологічних структурах, які працюють при психіатричних або психологічних установах, можуть виявитися хворі зовсім іншого типу, ніж у клініках внутрішніх хвороб, а також в урологічних, ендокринологічних клініках або відділеннях судинної хірургії.

М. Moussa та ін. [5] відзначають, що органічні причини виявляються у близько 60–90% усіх випадків ЕД. Інші автори повідомляють, що психогенна ЕД має місце приблизно у 40% випадків, органічна – у 29%, змішана (поєднання психічних та органічних факторів) –

у 25%, неясного генезу – у 6%. У літературі минулих років можна зустріти вказівку на рівну (50% на 50%) пропорцію психогенної та соматогенної ЕД. Крім того, зазначається, що дослідження виявили органічну етіологію у 15–72% чоловіків з ЕД віком до 40 років [6]. Водночас J. M. Monseny [7] відзначає, що хоча певні патології, стани або фактори серцево-судинного ризику (цукровий діабет, високий артеріальний тиск, гіперхолестеринемія, ожиріння, приймання лікарських препаратів тощо) є незаперечними в етіології ЕД, проте не береться до уваги той факт, що існує велика кількість чоловіків, в яких за тих самих обставин ЕД відсутня. Він вважає, що серед аргументів на захист існування значного відсотка ЕД психогенного походження слід звернути увагу на отримані результати клінічних випробувань препаратів для лікування ЕД, в яких показано, що у 20–40% пацієнтів спостерігається хороша відповідь на застосування плацебо.

При осмисленні обумовленості ЕД органічними чи психічними чинниками не слід прагнути до абсолютизації ні тих, ні інших, і пам'ятати про наявність ЕД змішаного генезу (органічного і психічного). Не можна проходити й повз той факт, що визначення ступеня участі органічних і психічних факторів у генезі цього розладу залежить від того, яку первинну базову медичну підготовку має лікар-сексопатолог (наприклад, психіатра/психотерапевта або уролога-андролога). Природно, що в першому випадку акцент буде зміщуватися на виявлення психічних чинників, тоді як у другому – органічних.

У зв'язку з цим слід звернутися до історії сексопатології. Так, з одного боку, тривалий час існував локалізаційний, або наївно-механістичний, напрям у визначенні походження сексуальних дисфункцій (Клод Лаллеман та його послідовники). Прихильники цього напряму як вирішальний критерій сексуальної патології розглядали виражені анатомічні зміни в зовнішніх статевих органах і передміхуровій залозі з прилеглими до неї утвореннями. Однак пізніше, в одній зі своїх програмних сексологічних публікацій, психоаналітик Кунцлер спробував розвінчати значення об'єктивних симптомів у діагностиці розладів потенції. Він посилався на дослідження «органологів» Хайнке і Демпфера (1960), які виявляли ці симптоми у 5–20% своїх сексологічних пацієнтів. Натомість психоаналітик Берглер (1937), навпаки, знаходив їх лише в 1% своїх пацієнтів.

Невиправдане педалювання впливу лише органічних чи, навпаки, психічних чинників у походженні сексуальних розладів може призвести до викривлення діагностики. Такий однобічний підхід я називаю «мисленням за типом перемикача» або «чорно-білим мисленням». Оцінювати походження ЕД слід максимально обґрунтовано з використанням міждисциплінарного системного підходу та врахуванням усіх можливих причин виникнення цієї патології. Встановлюючи зв'язок сексуального розладу з тим чи іншим фактором, слід мати на увазі, що, зокрема, наявність того чи іншого захворювання, яке часто супроводжується сексуальною дисфункцією, автоматично не означає, що в певному конкретному випадку вона обумовлена саме цим захворюванням.

На мою думку, відсоток соматично обумовленої ЕД може перебільшуватися, оскільки щонайменше деяку частину цього відсотка становлять змішані розлади ерекції. Зокрема, часте залучення психічної компоненти пов'язане з великою значущістю для чоловіків стану їх сексуальної функції, оскільки вона включена до контексту партнерських відносин. Крім того, неякісні, деструктивні партнерські відносини можуть негативно впливати із самого початку, особливо в поєднанні з органічною патологією. Водночас слід зазначити, що необхідно утримуватися від надмірної психологізації під час трактування розвитку ЕД, що може призвести до спотворення діагностики.

Диференціальні діагностичні критерії психогенних та соматогенних розладів ерекції

Дуже важливим у діагностичному процесі є диференціація органічних і психічних факторів у генезі ЕД. Т. А. Miller [1] наводить відомості, які дозволяють орієнтуватися в розмежуванні психогенної та соматогенної ЕД. Зокрема, характеризуючи психогенну ЕД, він називає молодий вік із різким початком розладу, а також наявність ЕД раніше в анамнезі пацієнта зі спонтанним поліпшенням.

М. Moussa та співавт. [5] зазначають, що насамперед потрібно встановити, чи є ЕД психогенною або органічною. На те, що вона є психогенною, вказують її раптовий початок, якісні спонтанні ерекції та ерекції, які досягаються при мастурбації, а також значні несприятливі життєві події або попередні психологічні проблеми.

Згідно з клінічними спостереженнями, про функціональний (психогенний) характер ЕД свідчать такі обставини:

- чітко зафіксований раптовий початок ЕД, зазвичай після першої невдалої спроби здійснити статевий акт;
- різке зниження достатньої повної ерекції безпосередньо перед статевим актом;
- збереження ранкових та інших спонтанних ерекцій;
- наявність повноцінної ерекції під час мастурбації;
- чергування періодів ЕД з епізодами нормальної ерекції;
- виражена залежність ерекції від ситуаційних факторів (наприклад, місця, часу, очікувань);
- залежність сексуальної функції від партнерки та її поведінки;
- наявність труднощів у міжособистісних стосунках із партнеркою;
- уникнення статевих контактів попри збережений статевий потяг.

Проведене мною дослідження стану сексуальних функцій у хворих із синдромом тривожного очікування сексуальної невдачі (СТОСН), результати якого уперше були опубліковані в 1992 р., виявили таке [8]. Так, у пацієнтів із цією патологією, крім інших сексуальних дисфункцій, мали місце порушення ерекції, які переважали над усіма іншими (розлади еякуляції, ослаблене лібідо, злегка ослаблені оргастичні відчуття). Зрозуміло, що йшлося передусім про ослаблення або відсутність адекватних ерекцій. Ерекція могла ослаблятися і зникати як при спробі інтродукції, так і під час прелюдії.

У більш виражених клінічних випадках порушувалися не тільки адекватні, а й спонтанні ерекції. Це обумовлювалося гіперконтролем напруження статевого члена, що персистував із періоду інтимної близькості на ранкові, денні, вечірні, а іноді навіть нічні години. Оцінюючи характер порушень ранкових ерекцій, слід відзначити їх нерідке зникнення через незначний інтервал після пробудження. Однак у момент пробудження вони могли бути повної вираженості. У низці випадків у хворих із СТОСН ерекція в ранкові години із самого початку ослаблена і рідше виникає. Нічні ерекції були найбільш збережені, оскільки під час сну пацієнти або зовсім не контролювали ерекцію, або цей контроль був набагато менш виражений, ніж після пробудження, а тим більше в обстановці інтимної близькості. Проте досить виражений гіперконтроль напруження члена може мати місце і під час нічного сну. Так, один із наших пацієнтів унаслідок цього неодноразово прокидався протягом ночі при виникненні ерекцій. Коли ж пробудження не наставало, він розцінював це як ненормальне явище, оскільки сам факт пробудження пов'язував із наявністю напруження члена.

Тривожне побоювання / страх невдачі й пов'язаний із ним гіперконтроль часом не залишають хворих і під час сновидінь. Наприклад, один із наших хворих під час нічного еротичного сновидіння не міг здійснити статевий акт, оскільки стежив за ерекцією, що призводило до її зникнення. Слід особливо відзначити, що проведені мною дослідження виявили, що при патології, яка характеризується, ерекції більше страждають тоді, коли мова йде про заплановані статеві акти. Якщо ж останні не заплановані, відбуваються в стані просоння або після пробудження, то ерекції ослаблені меншою мірою, а в низці випадків навіть повністю збережені, оскільки тривожне побоювання / страх невдачі або не виникає, або не встигає проявитися. Характеризуючи розлади ерекції у хворих із СТОСН, слід також відзначити збереження у них ерекції при мастурбації (рефлекторна/рефлекторно-психогенна ерекція). Але якщо при цьому включається характерний для цієї патології гіперконтроль, то це може призводити до ослаблення ерекції. Серед виділених мною різних варіантів СТОСН є тотальний і селективний. Перший із них проявляється в обстановці інтимної близькості з будь-якою жінкою, а другий – тільки по відношенню до певної партнерки [8]. На завершення характеристики наведених ерекційних порушень, які мають місце у хворих із СТОСН, слід зазначити, що це один із найбільш універсальних сексопатологічних синдромів, який дуже часто діагностується у чоловіків, які звертаються по сексологічну допомогу.

Для диференціальної діагностики ЕД, обумовленої психічними та органічними чинниками, запропоновано критерії, що подані в таблиці.

Отже, слід зазначити, що наведені в цій статті дані та міркування допоможуть фахівцям у галузі сексуальної патології краще розбиратися у поставлених питаннях і підвищити ефективність диференціальної діагностики ЕД психічної та органічної модальності, що позначиться на призначенні адекватної терапії й дасть змогу досягти кращих результатів лікування.

Диференціальна діагностика ЕД, обумовленої психічними та органічними факторами

Показники	Психогенна ЕД	Соматогенна ЕД
Причини	Пов'язана з психічними факторами, такими як стрес, тривога, депресія, проблеми у відносинах, негативний сексуальний досвід, низька самооцінка, страх невдачі, відчуття провини тощо	Зумовлена фізичними захворюваннями або станами, зокрема серцево-судинними патологіями, цукровим діабетом, гормональними порушеннями, неврологічними розладами, побічними ефектами ліків, травмами чи хірургічними втручаннями
Початок	Часто раптовий, може бути пов'язаний із конкретною стресовою подією чи ситуацією	Зазвичай поступовий, прогресуючий
Специфічність	Проблеми можуть виникати вибірково, наприклад, із певним партнером чи в певних ситуаціях. Можливе збереження спонтанних ерекцій (ранкових або під час мастурбації)	Проблеми зазвичай є постійними й не залежать від партнера чи ситуації. Спонтанні ерекції часто відсутні або ослаблені
Мінливість	Прояви можуть бути непостійними, епізодичними, залежати від емоційного стану	Прояви зазвичай більш стабільні й мало залежать від коливань емоційного стану
Реакція на лікування	Психотерапія часто буває ефективною	Ефективне біологічно орієнтоване лікування

Примітка: ЕД – еректильна дисфункція. Певні чинники, як-от травматичні ушкодження статевих органів, наслідки хірургічних втручань або травми спинного чи головного мозку, можуть спричинити негайне виникнення ЕД.

Відомості про автора

Кочарян Гарнік Суменович – Навчально-науковий інститут післядипломної освіти Харківського національного медичного університету; тел.: (095) 259-65-23. *E-mail:* kocharyangs@gmail.com
ORCID: 0000-0003-3797-5007

Information about the author

Kocharyan Garnik S. – Educational and Scientific Institute of Postgraduate Education of Kharkiv National Medical University; tel.: (095) 259-65-23. *E-mail:* kocharyangs@gmail.com
ORCID: 0000-0003-3797-5007

ПОСИЛАННЯ

1. Miller TA. Diagnostic evaluation of erectile dysfunction. *Am Fam Physician.* 2000;61(1):95-104, 109-10.
2. Masters W, Johnson V. *Human sexual inadequacy.* Boston: Little, Brown; 1970. 467 p.
3. Kaplan H. *The New Sex Therapy: Active Treatment of Sexual Dysfunctions.* New York: Psychology Press; 1974. 544 p.
4. Wagner G, Green R. *Impotence: Physiological, psychological surgical diagnosis and treatment.* New York, London: Plenum Press; 1981. 182 p.
5. Moussa M, Papatsoris AG, Abou Chakra M, Dabboucy B, Fares Y. Erectile dysfunction in common neurological conditions: A narrative review. *Arch Ital Urol Androl.* 2020;92(4). doi: 10.4081/aiua.2020.4.371.
6. Ludwig W, Phillips M. Organic causes of erectile dysfunction in men under 40. *Urol Int.* 2014;92(1):1-6. doi: 10.1159/000354931.
7. Monseny JM. Psicogenic erectile dysfunction. *Arch Esp Urol.* 2010;63(8):599-602.
8. Kocharyan GS. Syndrome of anxious expectation of sexual failure in men. *Health Man.* 2013;(3):76-80.

Стаття надійшла до редакції 26.12.2025. – Дата першого рішення 06.01.2026. – Стаття подана до друку 29.01.2026