

# 性操作焦虑对阴茎勃起障碍的影响研究

刘明矾

(江西师范大学教科院心理系, 江西 南昌 330027)

中图分类号: R395.9

文献标识码: A

文章编号: 1005-3611(2002)01-0047-03

## Influence of sexual performance anxiety on Erectile Dysfunction

LIU Ming-fan

Education Science College of Jiangxi Normal University, Nanchang 330027, China

**【Abstract】 Objective:** To understand psychological factors involved in erectile dysfunction. **Methods:** The erectile dysfunction rating scale (EDRS), State-trait anxiety inventory (STAI), and sexual psychological questionnaire (self-designed) were administered to 74 cases (30 psychogenic ED patients and 44 normal control objects). **Results:** High levels of sexual performance anxiety were found to affect patients' self-evaluation and coping responses. Sexual performance anxiety, deficient sexual sensitivity and poor communication techniques were the major contributing factors of psychogenic erectile dysfunction. **Conclusion:** Sexual performance anxiety constitutes a significant factor of erectile dysfunction.

**【Key words】** Erectile dysfunction; Sexual performance anxiety

勃起障碍(erectile dysfunction, 简称 ED)是指阴茎勃起的持续时间和/或强度在性交中不能达到令人满意的程度, 是夫妻性生活失败的常见原因。根据勃起障碍发生的病因学, 分为心因性勃起障碍与混合性勃起障碍<sup>[1]</sup>。在临床治疗中, 由于心理性因素较器质性因素更为隐蔽的特点, 常造成治疗者束手无策之局面。据 Bhugra (1988) 统计, 其诊所亚裔男女患者流失率分别为 52.3% 和 50%, 西方男女患者的流失率分别为 47.5% 和 30%。在笔者所在的门诊中, 一次求诊者不下 60%。心因性 ED 困扰个人、家庭、影响夫妻之间的婚姻质量。因此, 除从性医学观点探讨其因果及病理外, 也应从心理学的角度, 来探讨隐藏患者内心深处, 影响行为之根源, 以增进对特定文化背景下的中国人的性心理和行为模式的理解, 并为有效的预防及制定性治疗方案提供依据。

## 1 研究材料与方法

### 1.1 研究方法

1.1.1 勃起障碍评定量表 (EDRS)<sup>[2]</sup> EDRS 含 22 个项目, 以总分反映个体的性功能状况。

1.1.2 状态焦虑问卷 取状态-特质焦虑问卷中的状态焦虑问卷 (S-AI)<sup>[3]</sup>, 通过修改导语用于本研究, 评定被试的性操作焦虑。

1.1.3 自编影响心因性 ED 的性心理问卷 内容包括婚姻状况及在性活动中自身性感受识别、交流性需求及性感受、在与配偶性需要不一致时的应对

策略、双方性欲水平的差异程度评价。

1.1.4 NPT 测定 采用 NXY-3A 男性性功能测量治疗仪 (奉化医疗用品厂产品), 在患者于 21 点睡觉时把微机数据存贮式记录装置 (Holter) 绑在一侧大腿上, 传感器圈于阴茎根部, 不紧不松 (无勒紧感) 以在变换体位时不至于与茎脱开为度, 打开电源, 指示灯亮后进入睡眠, 次晨 8 时起床, 取下传感器及 Holter, 不关闭电源, 立即送医院输入电脑。判断标准: 参照国际勃起障碍研究会的分类标准制定, 以硬度幅值 (g) > 100, 持续时间 (min) ≥ 10, 勃起次数 ≥ 6, 波形变化正常为心因性 ED 入选条件。

### 1.3 样本来源

正常对照组被试 44 名, 研究组被试 30 名。研究组被试入选标准为: ①在性交过程中重复或持续地出现各种程度的勃起障碍, 包括勃起获得和维持两个方面。②这种障碍已引起明显的苦恼或人际困难。③勃起障碍不是器质性疾病或并不能很好地由 DSM-IV 所规定的其它非性功能障碍的轴 I 精神疾病所解释以及勃起障碍不仅仅是受直接的生理方面的影响 (如吸毒、药物) 而引起。④年龄 < 50 岁的已婚男性。⑤无明显的婚姻危机或离婚压力。

对照组为经临床诊断无勃起障碍者, 其来源: ①各科住院医师的引荐, 自愿作答的患者家属。②部分医务人员及后勤人员。③自愿作答的社会人员。

研究组 (44 例) 平均年龄为 34.14 ± 9.58 (最小为 20 岁, 最大为 48 岁); 对照组 (30 例) 平均年龄为 33.05 ± 10.34 (最小为 22 岁, 最大为 47 岁)。研究组

职业以职员居多(34.93%),其次为专业人员(30.82%)、经商(20.55%)。对照组职业以专业人员居多(38.34%),其次为职员(27.82%)、经商(21.80%),两组统计检验在年龄上( $t=1.195, P=.233$ )、职业上( $\chi^2=2.231, P=.693$ )无显著差异。

2 结 果

2.1 两组被试的性功能状况及性操作焦虑的比较

正常对照组与研究组在EDRS上的总分上存在显著性差异( $t=11.96, P=.000$ )。研究组的EDRS总分远远超过正常对照组。在性行为焦虑这个项目上,两组也存在显著差异( $t=12.43, P=.000$ ),研究组性操作焦虑的平均得分大大高于正常对照组的焦虑平均得分(表1)。从两组得分的分布范围来看,研究组性操作焦虑得分分布范围为47~66分,而正常对照组最高分数是38,最低分数为23。与正常对照组相比,研究组中的每个被试在性活动中都表现出强烈的焦虑感。

表1 两组在EDRS和性操作焦虑项目上的比较

	研究组	正常对照组	t 值	P 值
性功能状况	72.50±12.81	41.30±9.61	11.96	.000
性操作焦虑	57.26±9.99	31.27±7.95	12.43	.000

2.2 两组被试性心理活动比较

以自编的心理调查问卷对两组被试进行调查,对照研究发现,在性活动中的注意力方面,研究组有33.3%在性活动中时常有其它杂念干扰性感受,26.7%认为自己心不在焉,而正常对照组有63.6%报告自己在性活动中高度集中于性感受,20.5%能够集中于性感受。经由卡方检验发现研究组与正常对照组在该项上达到显著性差异( $\chi^2=29.09, df=4, P=.000$ )。

在性交流项目上,研究组有36.7%认为自己与配偶很少交流,6.7%甚至认为自己与配偶几乎不交流。正常对照组仅有1人认为自己很少与配偶交流。一半人认为自己大数时候能与配偶进行性交流。两组在交流的不同程度上呈现显著差异( $\chi^2=25.30, df=4, P=.000$ )。

在不愿性交时,能否顺从对方要求这一项目上,在未出现此种情况这一选项上,两组分别为34.1%和13.3%,其中正常对照组未出现此种情况的比例明显高于研究组,从中可以看出两组被试与其配偶之间在性心理、性生理唤起及性唤起的能力差异,而这种性唤起及性唤起能力是性动机最主要的组成部

分。研究组有36.7%尽管不愿意性交,但仍以被动顺从的姿态去迎合、满足对方的要求,表现出性别角色顺从、懦弱的一方面。有5人则以敷衍了事打发对方,1人则感到紧张并拒绝对方。同研究组相比,正常对照组更多以提出协商作为其问题的解决策略,无人以敷衍了事的态度打发对方或感到紧张和拒绝对方。经由卡方检验两组在与配偶性需求不一致时的应对策略上存在显著性差异( $\chi^2=16.66, df=4, P=.002$ )。研究组更倾向于以消极态度对待这一问题。

对于被试评价双方性欲水平差异程度方面。研究组有超过一半的患者均认为对方的性欲比自己强,而正常对照组只有6.8%。两组经统计检验呈显著性差异( $\chi^2=26.08, df=4, P=.000$ )。

2.3 回归分析结果

以EDRS总分为因变量,以性操作焦虑(x1)、性活动中自身性感受识别(x2)、性需求及性感受交流(x3)、在与配偶性需要不一致时的应对策略(x4)、双方性欲水平的差异程度的评价(x5)等变量为自变量,定显著性水平 $\alpha=0.05$ ,作逐一回归分析,除与配偶性需求不一致时的应对策略及双方性欲水平的差异程度比较两变量未进入方程外,其余三个变量均进入回归方程,进入方程的变量列于表2。

表2 心因性ED患者性功能状况影响因素的逐步回归分析

变量	偏回归系数	标准误	标准回归系数	t 值	P 值
x1	.815	.096	.670	8.49	.000
x2	2.260	.886	.176	2.55	.013
x3	3.303	1.501	.155	2.20	.031

F=71.713, P<.0001

由表2可看出,在影响心因性ED患者性功能状况的因素中,患者的性操作焦虑、性感受识别缺乏及性交流变量为主要影响因素。逐步回归发现,性操作焦虑变量最先进入方程, $R^2$ (决定系数)为0.715,加入性感受识别和性交流两个变量后,方程的 $R^2$ 分别为.738和.755, $R^2$ 的增加量分别为0.023和0.017。从 $R^2$ 值的变化看,性操作焦虑变量在预测唤起能力及性满意上具有其它变量不可替代的作用。

3 讨 论

在本研究中值得注意的是情绪因素既是应激源,又可影响个体对应激刺激的认知评价和应付反应的程度。本研究两组被试对性感受的评价反映

了不良的情绪在性活动中对注意力的干扰, Sakheim 对正常和心因性性功能障碍人群对照研究表明, 同等程度的阴茎膨胀, 心因性性功能障碍的男性坚持认为兴奋性不足, 这实际上是低估了自己的兴奋性<sup>[5]</sup>。与对照组比较, 更缺乏调节性兴奋的能力<sup>[6]</sup>。性兴奋中焦虑发生的作用, 正常人群和异常人群有所不同, 性功能障碍人群分散自己的注意力去关心更兴奋的配偶, 而正常性功能的人群只注意对自己的性刺激<sup>[7]</sup>。两组被试对自己与配偶和性欲水平的评价上, 同样也出现上述情况, 研究组有 56.7% 认为自己的性欲低于对方, 而正常对照组绝大部分能自信、客观的评价自己。这一强烈反差的比例有可能反映了患者本身性欲水平低的事实, 但更可能反映了患者在经历了勃起失败后, 所产生焦虑、紧张、害怕、愤恨(对配偶及自身)到回避性交和人际关系的缺失的心理历程之后的一种恐惧、无奈的心态反映。实际上, 在性活动中, 积极、客观的认知评价与应付反应对于性功能的正常发挥是很重要的。

不良的情绪对个体性唤起的显著影响。Kaplan 等认为, 大多数人能够通过心理防卫机制来处理不愉快情绪及其冲突所致的焦虑, 不会引起心身疾病。但是, 当心理防卫机制破裂时, 就可以使具有易感素质的人出现心理生理功能障碍。笔者认为通过拓宽“感知干扰”的理论可进一步解释影响阴茎勃起的焦虑因素对性兴奋时性感受、性唤起的干扰。当 ED 的男性产生性操作压力后, 由于先天素质对焦虑的敏感性, 激发了个体的性操作焦虑, 在这一应激源的影响下, 个体对性唤起的预期失败的先占观念干扰着他的性操作, 并由此产生对自身性活动的消极评价。这种不合理的认知进一步使个体不能表现出对自身性感受适宜的专注或维持一定的定向, 并且不具有在必要时及时地改变这种定向的能力。个体性唤起的趋向不仅受到外部的、无关线索的干扰, 而且也受到内部刺激不正确的思维和联想的干扰, 这些不断出现的无关刺激同期性干扰病人的性感受, 从而使个体在性活动中以一种非真实的自我投入并表现出一种“旁观者”的态度。性信息的输入与加工只有在有鉴别、有净化的条件下才有效地起作用。这些额外的搅扰障碍了患者对自身的性感受集中注意, 从而造成性唤起缓慢或丧失, 由此引起患者性唤起能力异常。

降低性操作焦虑一直是性治疗中多种方法所关注的问题, 加强生理反应的研究已显示能增强性反应(Beck & Barlow, 1984)。然而, 焦虑是由行为、认

知、生理三方面组成的复杂结构, 对性感受的干扰性思维对性唤起具有某种消极影响, 尤其当配偶具有明显的性唤起, 性操作的要求使这种干扰增强时的消极影响在患者身上表现得更为明显。因此, 仅尝试降低焦虑生理方面的问题可能是片面的, 通过焦虑对 ED 的“感知干扰”的分析, 在降低焦虑生理方面应同时结合有效地筛选出干扰性思维这一方法对性治疗是有帮助的, 至于如何具体操作, 还有待于临床心理学与性学家在临床实践中的通力协作的研究。

国内耿文秀博士对已婚男女各 1000 名关于性生活满意与否的调查表明, 性生活和谐中有 82.8% 男性与 71.6% 的女性说自己与配偶之间能“相互理解对方的性要求”<sup>[8]</sup>, 而这种相互理解正来自于双方的交流沟通。本研究结果也进一步证实夫妻间的性交流是性唤起能力及性满意的重要影响因素。交流的缺乏常常加重和延伸已有的破坏性性环境, 并阻碍性治疗的进展。国内学者李学谦对患者进行性感集中训练发现“性交流”、“躯体触摸”常常与患者夫妇内化了的传统观念相抵触, 在执行上述作业时, 所遇阻抗较多, 常前进一步后退二步<sup>[9]</sup>。儒家性观念中的道德戒律中所渗透的精神禁欲主义, 在当今仍有很大市场。这种矜持的道德人格使一方或双方产生一种“旁观者”心理感受及一种时时处于社会监督之下的心态。而进行开诚布公的和出自内心的性交流可以增强夫妇间理解, 提高夫妇对躯体抚摸的敏感性, 这也正是性治疗中的重要组成部分。

#### 参 考 文 献

- 1 American Psychiatric Association. DSM—IV; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4rd ed. APA, Washington 1994, 502—504
- 2 刘明矾. 勃起障碍评定量表的编制与测试. 中国临床心理学杂志, 1999(4):
- 3 汪向东. 心理卫生评定量表手册. 中国心理卫生杂志(增刊), 1993: 205—209
- 4 张 华, 朱选文, 蔡松良, 等. 夜间阴茎勃起测定在性功能障碍诊断中的应用. 生殖医学杂志, 1997(1): 40—42
- 5 Sakheim D, K Barlow D, H. Beck J, G, et al. The effect of an increased awareness of erectile cues on sexual arousal. Behav Res Ther 1984; 22 151—158
- 6 Beck, J, G, Barlow D, H, Sakheim D, K et al; Sexual responding during anxiety: Clinical versus non—clinical patterns. paper presented at the 18th annual Convention of the association for the advancement of behavior Therapy, philadelphia 1984.
- 7 Abrahamson D, J. Barlow D, H. Beck JG, et al; Effects of attentional focus and partner responsiveness on sexual responding replication and extension. Arch Sex Behav 1985; 14: 361—371
- 8 耿文秀. 中国人性心理现状调查研究. (博士论文), 1991
- 9 李学谦, 严和毅, 余 真. 心因性勃起障碍认知行为治疗及疗效评定. 中国心理卫生杂志, 1990, (3): 97—101

(收稿日期: 2001—05—24)