

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ТЕРАПИЯ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С НЕВРОТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

М. И. Ягубов

Московский НИИ психиатрии

Известно, что связь между психопатологическими и сексуальными нарушениями может быть троякой: сексуальные дисфункции как следствие, как причина или как один из симптомов различных психических расстройств (26). Наибольшее число исследований посвящено нарушениям половой сферы у больных с невротическими состояниями (7, 8, 11, 17, 19, 21). Некоторые авторы среди мужчин, страдающих неврозами, в 40–50% случаев констатировали те или иные сексуальные расстройства (10, 16). По данным Б.Д.Карвасарского (12), сексуальные расстройства в качестве основного проявления встречаются у 12% больных неврозами. Но даже в тех случаях, когда половые расстройства не являются доминирующими среди других клинических проявлений невротических состояний, дисгармония сексуальной жизни, возникающая вследствие этих расстройств, сама по себе выступает как психотравмирующее переживание, что в значительной степени утяжеляет клиническую картину невроза (12).

Ранее неоднократно предпринимались попытки выделить системные психогенные расстройства половой сферы в самостоятельную группу сексуальных неврозов, половой неврастении, психической импотенции и т.п. (11, 22). Системные неврозы рассматривались как самостоятельные психогенные нарушения нервных механизмов, участвующих в регуляции деятельности определенной системы органов (8). Большинство же отечественных специалистов считали малообоснованным выделение системных нарушений в отдельную группу невротических расстройств, предпочитая рассматривать их как синдромы в рамках традиционных форм неврозов (13, 19, 22). И.М.Аптер (3), например, считал, что системные неврозы, проявляющиеся избирательными расстройствами отдельных систем (сердечно-сосудистой, дыхательной, пищеварительной, половой), представляют собой динамическое понятие. Психогенное расстройство, первоначально возникнув как системное, часто перерастает в общий невроз, а в клинической картине любого невротического состояния со временем определяющее значение могут приобре-

тать расстройства одной из систем (3). Напротив, с точки зрения Г.С.Васильченко (5), множественная этиология, своеобразие нейрофизиологических механизмов системно-невротических нарушений, а также высокая эффективность сегментарно-рефлекторных методов терапии системных неврозов свидетельствуют об их нозологической самостоятельности (4, 5). Г.С.Васильченко относит системно-невротические нарушения, адресованные половой сфере, к группе первично-сексологических синдромов и нозоформ (21, 23). Отметим, что в чем-то сходную позицию занимают и разработчики МКБ-10, выделяя в разделе «Поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами» отдельную диагностическую рубрику F52, в которой сексуальные дисфункции неорганического генеза рассматриваются как самостоятельные психогенные расстройства (25).

При наличии многочисленных исследовательских данных (3, 4, 6, 11, 12, 17, 19, 24, 27) остается не до конца изученной взаимосвязь структуры психической и сексуальной патологии при невротических расстройствах, а также недостаточно изучена клиническая динамика сексуальных расстройств на различных этапах терапии.

Цель данного исследования – определение путей оптимизации лечебно-реабилитационных мероприятий при сексуальных дисфункциях у пациентов с невротическими расстройствами на основе изучения взаимосвязи структуры психической и сексуальной патологии и клинической динамики на этапах терапии.

Материал и методы

В исследование было включено 69 пациентов мужского пола в возрасте от 20 до 52 лет (средний возраст $38,0 \pm 9,6$ года), обратившихся в отделение сексopatологии Московского НИИ психиатрии.

Критерии включения пациентов в исследование: - возникновение сексуальных дисфункций на фоне выраженных клинических проявлений невротических расстройств;

- отсутствие органических нарушений в системах, обеспечивающих сексуальное функционирование (сосудистых, неврологических и эндокринных), подтвержденное результатами лабораторно-инструментальных методов исследования;

- улучшение сексуальной функции, наблюдающееся в процессе редукции невротической симптоматики на фоне психофармакотерапии;

- преобладание продолжительности невротических расстройств над продолжительностью сексуальных дисфункций.

Пациенты включались в исследование после комплексного обследования с применением методов: клинико-психопатологического с использованием опросника для исследования акцентуированных черт личности, разработанного Н.Г.Schmieschek на основе концепции акцентуированных личностей К. Leonhard, шкалы Гамильтона для оценки депрессии (HDRS), опросника Спилбергера-Ханина (оценка ситуационной и личностной тревожности), опросника «удовлетворенности браком», разработанного В.В.Столиным, Т.Л.Романовой, Г.П.Бутенко; клинико-сексологического с использованием квантификационной шкалы СФМ (сексуальная формула мужская), шкалы векторного определения половой конституции мужчины; ультразвуковой доплерографии (для регистрации состояния кровообращения в половых органах).

Диагностическая оценка имеющихся у больных психических и сексуальных расстройств проводилась согласно МКБ-10 по ведущему нарушению с учётом классификационных признаков, изложенных в разделах F43, F44, F45, F52, F48. Психическое состояние 22 пациентов соответствовало критериям F43.2 «Расстройства адаптации» и было оценено как пролонгированная депрессивная реакция – F43.21 (11 пациентов) и тревожно-депрессивная реакция – F43.22 (11 пациентов). У 7 больных было установлено «Диссоциативное расстройство ощущений» – F44.6 в виде потери чувственного восприятия в области половых органов, у 40 – «Неврастения» – F48.0. Сексуальные дисфункции у 48 пациентов проявлялись расстройством либидо и соответствовали рубрике F52.0 (отсутствие или потеря полового влечения), у 14 – расстройством эрекции – F52.2 (отсутствие генитальной реакции), у 7 – расстройством эякуляции – F52.4 (преждевременная эякуляция).

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы STATISTICA-6.0 в среде Windows.

Были проанализированы некоторые социально-демографические характеристики пациентов, включенных в исследование. По уровню образования среди них преобладали ($p < 0,001$) лица с высшим, неполным высшим и средним специальным образованием (79,7%), что свидетельствовало о высокой образованности и возможно подверженности сексуальной патологии таких мужчин. В результате анализа семейного положения пациентов были полу-

чены данные, противоречащие существующим представлениям о преимущественном возникновении сексуальных расстройств среди сексуально неустроенных мужчин. Основная часть ($p < 0,001$) пациентов с сексуальными дисфункциями, обусловленными невротическими расстройствами, находилась в браке (72,5%).

С целью выяснения роли сомато-биологического преморбиды в формировании сексуальных дисфункций была определена половая конституция пациентов, для чего была использована «Шкала векторного определения половой конституции мужчины». В результате исследования было установлено, что пациенты в основном ($p < 0,001$) были со слабой и ослабленным вариантом средней половой конституции (66,7%). Эти данные свидетельствуют о несомненной роли изначально сниженного нейрогуморального фона в формировании не только сексуальных нарушений у больных данной группы, но и в развитии самих невротических состояний под действием психотравмирующих факторов.

Результаты исследования

Длительность сексуальных дисфункций у больных (22 человек) с расстройством адаптации на момент обращения составила $7,8 \pm 4,4$ месяцев, а длительность пролонгированной и тревожно-депрессивной реакции – $10,3 \pm 5,0$ месяцев. Средний возраст больных на момент обращения $33,7 \pm 8,3$ года.

Лица с невротическими расстройствами, как правило, в преморбиде имеют определенную личностную стигматизацию в виде слабости нейродинамических процессов и эмоциональной акцентуации. Пациенты с расстройством адаптации в преобладающем большинстве (81,8%; $p < 0,001$) имели акцентуации личности тревожного (27,3%), циклотимного (22,7 %), дистимического (18,2%) и эмотивного (13,6%) типа. Средний суммарный балл по опроснику Леонгарда-Шмишека для этих больных составил $18,7 \pm 2,4$ (признаком акцентуации считается показатель выше 12 баллов). Склонность больных к аффективным реакциям способствовала формированию депрессивного и тревожно-депрессивного расстройства под влиянием различных острых (смерть близкого человека, развод с женой, разрыв с любимой женщиной, венерические заболевания, потеря работы) и хронических психотравмирующих факторов (регулярные межличностные конфликты с женой, постоянные трения и недовольство со стороны руководства на работе и угроза потери ее).

Уровень личностной тревожности у больных с пролонгированной депрессивной реакцией в среднем составил $33,1 \pm 5,6$ балла (по опроснику Спилбергера-Ханина), что соответствует нижней границе умеренной тревожности. Средний балл ситуационной тревожности, которую они испытывали на момент обращения, составил $37,5 \pm 2,6$ балла, что несколько выше, чем обычная их тревожность. Средний балл по шкале Гамильтона составил $13,7 \pm 2,0$, что соответствует верхней границе легко-

го депрессивного состояния. Уровень личностной тревожности у пациентов с тревожно-депрессивной реакцией был значительно выше, чем у больных с пролонгированной депрессивной реакцией ($p < 0,05$) за счет преобладания среди этих больных лиц с тревожной акцентуацией, и составил в среднем $48,2 \pm 12,8$ балла, что соответствовало высокой степени тревожности. Еще выше был уровень ситуационной тревожности ($p < 0,05$), который в среднем составил $53,1 \pm 11,2$ балла. Выраженность депрессивной симптоматики у больных с тревожно-депрессивной реакцией была несколько ниже, чем у больных с пролонгированной депрессивной реакцией, в среднем $13,4 \pm 1,7$ балла.

Сексуальные дисфункции у пациентов с расстройством адаптации возникали на фоне сохраняющихся более трех месяцев депрессивных, тревожных и астенических нарушений. Наличие депрессивной и астенической симптоматики приводило к подавлению сексуального влечения у всех пациентов с пролонгированной депрессивной реакцией, сопровождающейся полным исчезновением спонтанных эрекций. У 9 (81,8%) больных с тревожно-депрессивной реакцией наблюдалось снижение сексуального влечения, а у остальных 2 (18,2%) – расстройство эрекции.

Общий средний суммарный показатель по шкале СФМ у пациентов с пролонгированной депрессивной реакцией составил $16,3 \pm 2,0$ баллов, а у пациентов с тревожно-депрессивной реакцией – $16,5 \pm 2,0$ баллов. Самые низкие показатели были по первой триаде, что свидетельствовало о слабой выраженности либидо и низкой сексуальной приемчивости.

Супружеские отношения в 2-х семейных парах характеризовались как «значительная неудовлетворенность» ($19,5 \pm 0,7$ баллов), в 2-х – как «скорее неудовлетворенность, чем удовлетворенность» ($23,5 \pm 0,7$ балла), в 2-х – как «частичная неудовлетворенность/удовлетворенность» ($26,5 \pm 0,7$ баллов), в 5-ти – как «скорее удовлетворенность, чем неудовлетворенность» ($30,5 \pm 0,6$ балла) и в 4-х – как «значительная удовлетворенность» ($35,5 \pm 0,7$ балла). Эти данные свидетельствуют о том, что лишь в 26,7% случаев внутрисемейные конфликты выступали в качестве основного психотравмирующего фактора, а в 13,4% – в качестве сопутствующего фактора; они способствовали возникновению аффективных нарушений, а в дальнейшем сексуальных дисфункций.

У 7 пациентов сексуальные дисфункции были обусловлены диссоциативным расстройством ощущений. Средний возраст больных $32,0 \pm 6,5$ года. Во всех случаях возникновение диссоциативного расстройства ощущений задолго предшествовало развитию сексуальных дисфункций. В среднем длительность самих диссоциативных расстройств на момент обращения составила $46,3 \pm 10,9$ месяцев, а сексуальных дисфункций – $36,0 \pm 11,9$ месяцев.

Больные с диссоциативным расстройством ощущений отличались повышенной внушаемостью,

эгоцентризмом, впечатлительностью, тревожностью и эмоциональной лабильностью. Для них было свойственно заострение черт личности в процессе невротического расстройства. Акцентуации личности демонстративного типа были выявлены у 5 пациентов, тревожного – у 1-го и застревающего – у 1-го. Средний суммарный показатель по опроснику Леонгарда-Шмишека составил $19,1 \pm 0,6$ балла.

Полученные данные по исследованию тревожности указывают на наличие тревожного радикала в структуре личности и небольшого усиления тревожной симптоматики у больных с диссоциативным расстройством ощущений: средний суммарный балл личностной тревожности составил $39,0 \pm 9,1$ баллов, ситуационной тревожности – $42,9 \pm 9,9$ баллов. В клинической картине заболевания, помимо ощущений «утраты чувствительности» в области половых органов, с которыми больные связывали возникновение сексуальных нарушений, были отмечены неглубокие депрессивные нарушения. Средний суммарный балл по результатам тестирования по шкале Гамильтона составил $12,4 \pm 10,1$ баллов, что подтверждает наличие у этих больных депрессии легкой степени выраженности. Формирование диссоциативного расстройства происходило в условиях психотравмирующей ситуации, как правило, на фоне семейных конфликтов, и проявлялось повышенной чувствительностью к поведению и замечаниям партнерши, нередко и во время интимных отношений, впечатлительностью, неустойчивостью настроения, склонностью привлечь к себе внимание, эгоцентрической оценкой себя и своего состояния.

Потере чувствительности в половых органах, с которой пациенты связывали сексуальные дисфункции, предшествовали периоды конфликтных отношений в семье. В четырех случаях межличностные конфликты возникали на фоне чисто бытовых проблем, в трех случаях – нередко звучали упоминания и упреки по поводу нерегулярных интимных отношений. На момент обращения лишь два пациента связывали потерю чувствительности и возникновение сексуального расстройства с перенесенными простудными и инфекционными заболеваниями. Остальные не могли назвать причину возникшего расстройства, хотя указывали на четкую дату начала заболевания. Существующие межперсональные конфликты не упоминались в качестве причинных факторов. Обычно началу заболевания предшествовал период неинтенсивных сексуальных отношений. После начала заболевания сексуальные попытки становились реже, не чаще одного раза в месяц. После однократных попыток, продемонстрировав свою сексуальную несостоятельность, два пациента прекращали интимные отношения. Абстиненции носили тотальной характер (не мастурбировали и не имели внебрачных связей). Практически во всех случаях инициатива обращения к врачу исходила со стороны супруги. Пациенты всячески оттягивали сроки обращения за консультацией. Несмотря на

это, они пытались продемонстрировать «огромную» заинтересованность в выяснении причины потери чувствительности и сексуальной дисфункции. В ходе обследования никакой неврологической и соматической патологии выявить не удалось.

Сексуальные дисфункции у 4 больных проявлялись снижением сексуального влечения, у 3 – расстройством эрекции. Средний суммарный показатель по анкете СФМ у больных данной группы составил $15,4 \pm 3,1$ баллов. У пациентов со снижением сексуального влечения низкие показатели были по 1-ой триаде, а у пациентов с расстройством эрекции и эякуляции – по 2-ой.

Все пациенты данной группы состояли в браке. Супружеские взаимоотношения в 2-х случаях характеризовались как «значительная неудовлетворенность» ($19,5 \pm 0,3$ баллов), в 2-х – как «скорее неудовлетворенность, чем удовлетворенность» ($24,5 \pm 0,3$ балла), в 2-х – как «частичная неудовлетворенность/удовлетворенность» ($27,5 \pm 0,3$ балла) и в 1-ом – как «скорее удовлетворенность, чем неудовлетворенность» (30 баллов). Полученные данные по исследованию супружеских взаимоотношений свидетельствуют о неудовлетворительном их характере у основной части больных (85,7%).

Самую многочисленную группу среди пациентов с невротическими расстройствами представили лица с сексуальными дисфункциями, обусловленными неврастением (40 человек). Средний их возраст составил $41,4 \pm 9,5$ лет. Длительность неврастения у пациентов данной группы составила $42,8 \pm 10,7$ месяцев, что было значительно больше ($p < 0,001$), чем длительность сексуальных дисфункций ($29,3 \pm 11,3$ месяцев), что указывало на то, что сексуальные нарушения возникли на фоне уже имеющегося невротического процесса. У 80% больных с неврастением были выявлены акцентуации личности тревожного (32,5%), эмотивного (20%), дистимического (15%) и педантичного (12,5%) типов. Средний суммарный балл по опроснику Леонгарда-Шмишека составил $16,4 \pm 4,4$.

Патогенную роль в формировании неврастения сыграли систематические стрессовые факторы, психическое и физическое переутомление на работе, недосыпание, перенесенные соматические и простудные заболевания, в том числе инфекции. В клинической картине расстройства, помимо сексуальных дисфункций, преобладали астенические нарушения. Больные создавали вокруг себя нервную обстановку и легко срывались. Раздражительность, несдержанность затрудняли общение и понимание между супругами. Возникали конфликты, ссоры, которые еще больше снижали сексуальную предприимчивость и активность. Вовлечение сексуальной сферы в клиническую картину невроза становилось дополнительной травмой, отягощало состояние пациента и способствовало его затяжному течению. Сексуальные расстройства у больных этой подгруппы возникали через 2–4 месяца после появления выраженных невротических симптомов.

Степень выраженности ситуационной тревожности по тесту Спилберга-Ханина составила в среднем $43,4 \pm 11,3$ балла, что несколько выше уровня личностной тревожности у этих больных – $39,3 \pm 11,3$. Уровень депрессии был низким и по шкале Гамильтона в среднем составил $7,5 \pm 1,9$ балла, что соответствовало нижней границе легкой депрессии.

Преобладающей сексуальной патологией ($p < 0,001$) среди больных с неврастением было расстройство сексуального влечения (65%). На фоне невротической симптоматики сексуальные отношения дезактуализировались, вплоть до их прекращения. Осознание факта сексуальной несостоятельности приводило к реактуализации сексуальной сферы и фиксации на сексуальных проявлениях. Происходило смещение акцента с невротических симптомов на сексуальные расстройства. На фоне сниженного сексуального влечения пациенты шли на редкие половые контакты из-за чувства долга по отношению к жене, чтобы избежать обид и упреков с ее стороны. Это в определенной степени дестабилизировало половую функцию и усиливало физиологические колебания сексуальности. Снижение сексуальной активности вызывало неудовлетворенность партнерши и приводило к конфликту в интимно-личностных отношениях. Нарастающее ухудшение межличностных отношений, вызванное сексуальной дезадаптацией супругов, приводило к еще большему ухудшению в сексуальной сфере. Пациенты отмечали также нарушение эрекции, эякуляции и бледность оргастических ощущений. По мере своего развития сексуальное расстройство быстро занимало у всех больных ведущее место в структуре невроза и усугубляло его течение.

Нарушение эрекции и эякуляции в качестве стержневого расстройства было отмечено в равном количестве случаев и составило по 17,5%. Средний суммарный показатель по анкете СФМ у больных данной группы составил $16,4 \pm 2,5$.

Среди больных данной группы 6 (15%) пациентов имели хронические соматические болезни (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, язва желудка, ревматизм, остеохондроз, пневмония) и 6 (15%) перенесли ряд инфекционных заболеваний (гепатит, гонорею, трихомониаз, хламидиоз, микоплазмоз и уреаплазмоз), которые стали причиной возникновения невротического расстройства и сексуальной дисфункции. В связи с этим для исключения органической природы имеющихся сексуальных нарушений было проведено полное лабораторно-инструментальное обследование. В ходе ультразвукового исследования сосудов полового члена, комплексного обследования предстательной железы и гормонального профиля не удалось выявить патологических изменений со стороны этих систем организма.

Супружеские отношения среди 28 пациентов с неврастением, состоящих в браке, в 4-х случаях характеризовались как «значительная неудовлетворенность» ($19,5 \pm 1,4$ баллов), в 12-ти – как «скорее

неудовлетворенность, чем удовлетворенность» (24,7±1,1 балла), в 6-ти – как «частичная неудовлетворенность/удовлетворенность» (27,7±0,5 балла) и в 6-ти – как «скорее удовлетворенность, чем неудовлетворенность» (30,5±0,9 балла).

В табл. 1 приведены результаты регрессионного анализа (множественная регрессия), проведенного с целью выяснения связи факторов, предположительно участвующих в формировании сексуальных дисфункций, и вклада этих факторов в развитие отдельных проявлений сексуальных расстройств.

Таким образом, анализ полученных данных показал, что возникновение и характер сексуальных дисфункций у больных с невротическими расстройствами во многом определялись спецификой психопатологического процесса. Расстройство либидо чаще всего возникало у мужчин среднего и пожилого возраста с дистимической, циклотимной, эмотивной, демонстративной акцентуацией характера и слабой половой конституцией и обусловлено длительными аффективными нарушениями (нередко вследствие конфликтных отношений в семье) с преобладанием депрессивной и астенической симптоматики. Расстройство эрекции преимущественно возникало у молодых мужчин со средней половой конституцией и тревожной акцентуацией характера на фоне аффективных нарушений с преобладанием аффекта тревоги, а расстройство эякуляции – при преобладании астенической симптоматики. Сила связи между анализируемыми факторами и сексуальными расстройствами была высока, что

указывало на то, что полученная статистическая модель достаточно адекватно описывает взаимосвязь признаков.

Лечебно-реабилитационные мероприятия, разработанные на основе проведенного исследования, включали три этапа. В связи с тем, что в формировании сексуальных дисфункций ведущую роль играли аффективные нарушения, в качестве основного метода лечения была избрана психотерапия в сочетании с психофармакотерапией. При выборе психотропных средств мы опирались на литературные источники (1, 2, 13, 18), многолетний собственный опыт, опыт сотрудников отдела сексопатологии Московского НИИ психиатрии (14, 24). Для предупреждения отрицательного действия на сексуальную функцию препараты назначались в малых терапевтических дозах. Пациентам с расстройством адаптации лечение начинали с психотерапии, а при устойчивости психопатологической симптоматики назначались антидепрессанты и транквилизаторы. Пациентам с пролонгированной депрессивной реакцией назначались антидепрессанты сбалансированного (тианептин 12,5–25 мг в сутки) или стимулирующего (моклобемид 150 мг в сутки) действия, а пациентам с тревожно-депрессивной реакцией – антидепрессанты седативного действия (тразодон 50–150 мг в сутки, миансерин 15–30 мг в сутки, пипофезин 25–100 мг в сутки). Больным с диссоциативным расстройством ощущений назначали один из антидепрессантов (тианептин 12,5–25 мг в сутки, тразодон 50–150 мг в сутки, миансерин 15–

Таблица 1

Результаты регрессионного анализа (множественная регрессия)

Факторы	Вклад факторов (beta)								
	Пациенты с расстройствами адаптации			Пациенты с диссоциативными расстройствами ощущений			Пациенты с неврастениями		
	Р.л.	Р.эр.	Р.эяк.	Р.л.	Р.эр.	Р.эяк.	Р.л.	Р.эр.	Р.эяк.
Длительность невротических расстройств	0,35*	-	-	0,47*	-0,92*	-	0,27*	-	-
Депрессия легкой степени	0,47*	0,44*	-	0,44*	-	-	0,28*	-	-
Циклотимная акцентуация	0,35*	-	-	-	-	-	-	-	-
Дистимическая акцентуация	0,30*	-	-	-	-	-	0,26*	-	-
Эмотивная акцентуация	-	-	-	-	-	-	0,32*	-	-
Тревожная акцентуация	-	0,15*	-	-	0,23*	-	-	0,55**	-
Демонстративная акцентуация	-	-	-	0,28*	-	-	-	-	-
Субдепрессия	-	-	-	-	-	-	-	0,31*	-
Астенические нарушения	-	-	-	-	-	-	-	-	0,61**
Слабая половая конституция	0,75**	-0,78**	-	0,17*	-	-	0,29*	-	-
Ослабленный вариант средней половой конституции	0,82**	-0,92**	-	-	0,15*	-	-	-	0,38*
Средний вариант средней половой конституции	-	-	-	-	-	-	-	-	0,32*
Неудовлетворительные отношения в браке	0,45*	-	-	-	0,82*	-	-	-	-
Отсутствие семьи	-	0,44*	-	-	-	-	-	-	-
Возраст	0,70**	-0,84*	-	0,81*	-0,67*	-	0,34*	-	-0,41*
Сила связи (R)	0,89**	0,88**	-	0,98**	0,95**	-	0,73**	0,61**	0,56*

Примечание: Р.л. – расстройство либидо; Р.эр. – расстройство эрекции; Р.эяк. – расстройство эякуляции; * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,001$.

30 мг сутки) в сочетании с одним из нейролептиков (тиоридазин 50–100 мг в сутки, амисульприд 200–400 мг в сутки, трифлуоперазин 5–15 мг в сутки). У больных с неврастенией применялись транквилизаторы (алпразолам 0,125–0,25 мг в сутки или гидроксизина гидрохлорид 75–100 мг в сутки) или антидепрессанты (пипофезин 25–75 мг в сутки, пирлиндол 25–75 мг в сутки) в сочетании с ноотропными средствами (глицин 100,0–200,0 мг в сутки, гопатеновая кислота 250,0–500,0 мг в сутки, пиритинол 25,0–75,0 мг в сутки) и препаратом, улучшающим мозговой метаболизм (танакан 120–240 мг в сутки).

Психотерапевтическая работа с больными начиналась с момента первого посещения и продолжалась на всех этапах лечебно-реабилитационных мероприятий (рациональная с элементами когнитивной и поведенческой терапии, релаксационная и суггестивная). Так как межличностные конфликты между супругами предшествовали во многих случаях развитию сексуальных дисфункций или развивались вслед за возникшими сексуальными проблемами, то точкой приложения психотерапевтических мероприятий были и семейно-сексуальные отношения. Для решения проблем межличностного взаимодействия с партнером применялись приемы и техники семейной и супружеской психотерапии. Для коррекции переживаний, связанных с психотравмирующей ситуацией, был применен метод десенсибилизации и переработки движениями глаз (ДПДГ), разработанный в 1987 году Ф.Шапиро (США).

К концу первого этапа на фоне улучшения настроения, сна, повышения активности, редукции тревожной и сомато-вегетативной симптоматики возобновлялись спонтанные эрекции, стал появляться и интерес к сексуальным отношениям. Прослеживалась тенденция к постепенной нивелировке патологических ощущений в области половых органов (утраты чувствительности), но они еще сохранялись. Улучшение настроения и повышение активности этими пациентами расценивались как положительный результат терапии.

В конце первого этапа было проведено повторное тестирование по опроснику Спилберга-Ханина, по шкалам Гамильтона и СФМ.

На втором этапе терапии, по мере редукции психопатологической симптоматики у больных с положительной динамикой также сексопатологической симптоматики (72,5%), дозировки препаратов постепенно снижались. Больным со слабой терапевтической динамикой психотропные препараты были сохранены в прежней дозировке. В схему лечения добавлялись средства, повышающие адаптивные возможности – адаптогены и поливитамины (спеман 771 мг в сутки, спеман форте 942 мг в сутки, тентекс форте 658–987 мг в сутки, цыгапан по 800–1200 мг в сутки, геримакс 400–600 мг в сутки).

К концу второго этапа терапии, на фоне месячного курса стимулирующих и тонизирующих средств и продолжающегося психотропного лечения, пациенты отметили дальнейшее улучшение состояния, проявляющееся в значительной редукции патологических ощущений и повышении сексуального влечения. На этом фоне участились как спонтанные, так и адекватные эрекции.

Третий этап лечебно-реабилитационных мероприятий был направлен на сексуальную реадaptацию пар. С этой целью были применены методы рациональной терапии, включающие секстерапевтические рекомендации с учетом индивидуальных особенностей данной пары, которые включали методы «чувственного фокусирования», «мягкого ввода». Больным была дана установка на возобновление интимных отношений. Для восстановления эректильной функции и возобновления сексуальных контактов 28,9% больных, которым не удавалось начать половую жизнь, был назначен один из препаратов группы ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа.

Эффективность терапии оценивалась как по улучшению параметров сексуальной активности и редукции психопатологической симптоматики, так и по улучшению партнерских отношений и восстановлению сексуальных отношений. Для оценки различной терапевтической эффективности была применена следующая градация:

– «полное восстановление» включало полное восстановление сексуальной активности до уровня, предшествовавшего расстройству, полную или значительную редукцию аффективных нарушений;

Таблица 2

Результаты терапии сексуальных дисфункций у больных невротическими расстройствами

Клинические группы	Результаты терапии									
	Полное восстановление		Значительное улучшение		Незначительное улучшение		Без изменений		Прерванное лечение	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Больные с пролонгированной депрессивной реакцией (n=11)	5	45,5	2	18,2	3	27,3	-	-	1	9,0
Больные с тревожно-депрессивной реакцией (n=11)	5	45,5	4	36,4	2	18,1	-	-	-	-
Больные с диссоциативными расстройствами ощущений (n=7)	2	28,6	2	28,6	2	28,6	-	-	1	14,2
Больные с неврастенией (n=40)	15	37,5	15	37,5	4	10	3	7,5	3	7,5
Всего больных (n=69)	27	39,1	23	33,3	11	15,9	3	4,3	5	7,4

Результаты тестирования до и в конце лечения по опроснику Спилбергера-Ханина и шкалам Гамильтона и СФМ

Клинические группы	Результаты тестирования (средний балл)					
	СФМ до лечения	СФМ в конце лечения	Ситуационная тревожность до лечения (тест Спилбергера-Ханина)	Ситуационная тревожность в конце лечения (тест Спилбергера-Ханина)	Выраженность депрессии до лечения (шкала Гамильтона)	Выраженность депрессии в конце лечения (шкала Гамильтона)
Больные с пролонгированной депрессивной реакцией (n=11)	16,3±2,0	20, ±23,5	37, ±52,6	34,9±5,2	13,7±2,0	7,6±2,8
	p<0,05		p>0,05		p<0,001	
Больные с тревожно-депрессивной реакцией (n=11)	16,5±2,0	21, ±22,6	53, ±111,2	45,9±15,9	13,4±1,7	7,5±2,7
	p<0,001		p>0,05		p<0,001	
Больные с диссоциативными расстройствами ощущений (n=7)	15,4±3,1	19,3±3,9	42,9±9,9	40,8±5,2	12,4±10,1	7, ±51,8
	p<0,05		p>0,05		p<0,001	
Больные с неврастениями (n=40)	16,4±2,5	20,8±3,7	43,4±11,3	40,2±10,6	7,5±1,9	5,9±1,6
	p<0,001		p>0,05		p<0,001	

Примечание: По опроснику Спилбергера-Ханина и шкале Гамильтона о положительной динамике свидетельствует снижение показателей, а по шкале СФМ – повышение.

– «значительное улучшение» включало значительное улучшение сексуальной активности, но не достигающее уровня, предшествовавшего расстройству, и полную или значительную редукцию аффективных нарушений;

– «незначительное улучшение» включало незначительное улучшение сексуальных проявлений без возобновления сексуальной активности и значительную редукцию аффективной симптоматики.

Улучшение сексуальной функции было достигнуто у 95,5% больных с сексуальными дисфункциями, обусловленными расстройством адаптации (при средней длительности лечебно-реабилитационных мероприятий 1,6±0,2 месяцев), у 85,8% – диссоциативным расстройством ощущений (при средней длительности лечебно-реабилитационных мероприятий 2,6±0,4 месяцев), у 85% – неврастениями (при средней длительности лечебно-реабилитационных мероприятий 1,8±0,3 месяцев). В целом положительные результаты были достигнуты в 88,4% случаев.

Как следует из таблицы 3, улучшение сексуальной функции и редукция аффективной симптоматики подтверждаются результатами повторно проведенного тестирования.

Исследование супружеских взаимоотношений в процессе терапии показало, что разработанные лечебно-реабилитационные мероприятия позволили добиться как улучшения сексуального и психического состояния пациентов, так и нормализации внутрисемейных отношений. Если в начале лечения супружеские взаимоотношения лишь в 32% случаев характеризовались как «удовлетворительные», то к концу лечения их количество достигло 70% (p<0,001).

Таким образом, разработанные принципы построения лечебно-реабилитационных мероприятий на основе клинко-патогенетического изучения особенностей формирования сексуальных дисфункций у больных с невротическими расстройствами позволяют повысить эффективность помощи данному контингенту больных.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авруцкий Г.Я., Гурович И.Я., Громова В.В. Фармакотерапия психических заболеваний. – М., 1974. – 471 с.
2. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных. – М., 1988. – 527 с.
3. Аптер И.М. О физиологических механизмах системных неврозов в клинике // XXV совещание по проблемам высшей нервной деятельности посвященное памяти И.П.Павлова. – Л., 1977. – Вып. 1. – С. 117–120.
4. Васильченко Г.С. О некоторых системных неврозах и их патогенетическом лечении. – М.: Медицина, 1969. – 184 с.
5. Васильченко Г.С. Оправдано ли выделение системных неврозов? // Тез. докл. VI Всерос. съезда психиатров. – М., 1990. – Т. 1. – С. 205–206.
6. Виш И.М., Липгарт Н.К., Агарков С.Т. Взаимоотношения неврозов и сексуальных расстройств // Неврозы и сексуальные расстройства. – Воронеж: Изд-во Воронеж. ун-та, 1985. – С. 5–17.
7. Гейер Т.А. Проблемы клиники мягких форм и пограничных состояний // Проблемы пограничной психиатрии (клиника и трудоспособность) / Под ред. Т.А.Гейер. – М.–Л., 1935. – С. 5–14.
8. Голобурда А.В. Неврозы и нарушения половой функции у мужчин // Журн. невропатол. и психиатр. – 1995. – № 5. – С. 157–161.
9. Гришин А.В. Эмоционально стрессовая психотерапия в комплексном лечении сексуальных расстройств. Автореф. дисс. ... канд.

- мед. наук. – М., 1988. – 24 с.
10. Загородный П.И. Физиология и патология половой функции. – М., 1975. – 263 с.
11. Иванов Н.В. Вопросы психотерапии функциональных сексуальных расстройств. – М.: Медицина, 1966. – 152 с.
12. Карвасарский Б.Д. Неврозы. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1990. – 57 с.
13. Клиническое руководство: модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств / Под ред. В.Н.Краснова, И.Я.Гуровича. – М., 2000. – 223 с.
14. Кибрик Н.Д., Ягубов М.И., Решетняк Ю.А. и соавт. Терапия сексуальных расстройств при различных формах психической патологии. Пособие для врачей. – М.: МЗ РФ, МНИИП МЗ РФ, 2000. – 31 с.
15. Корик Г.Г. Половые расстройства у мужчин. – М.: Медицина, 1973. – 230 с.
16. Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи: клинические варианты и динамика // Материалы междунар. конф. «Сексуальное здоровье человека на рубеже веков: проблемы, профилактика, диагностика, лечение». – М., 1999. – С. 137–138.
17. Липгарт Н.К., Голобурда А.В. Клинические особенности сексуальных расстройств при неврозах у мужчин // Неврозы и сексуальные расстройства. – Воронеж, 1985. – С. 83–108.

18. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. – М., 1995. – 565 с.
19. Свядош А.М. Психотерапия психогенных реакций и реактивных состояний при истинной и мнимой импотенции // 3-й Международный симпозиум социалистических стран по психотерапии. – Л.: Медицина, 1979. – С. 133–135.
20. Свядош А.М. Неврозы. Руководство для врачей. – СПб.: Питер Ком, 1998. – 448 с.
21. Сексопатология: Справочник / Под ред. Г.С.Васильченко. – М.: Медицина, 1990. – 576 с.
22. Ушаков Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1987. – 304 с.
23. Частная сексопатология / Под ред. Г.С.Васильченко. – М.: Медицина, 1983. – Т. 1. – 304 с.; – Т. 2. – 352 с.
24. Ягубов М.И. Принципы терапии наиболее часто встречающихся форм сексуальных дисфункций у мужчин // Российский психиатрический журнал. – 2002. – № 2. – С. 48–52.
25. Beutel M. Psychosomatic aspects in the diagnosis and treatment of erectile dysfunction // J. Andrologia. – 1999. – Vol. 31. – P. 37–44.
26. (ICD-10) МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии: Пер. с англ. – СПб.: «АДИС», 1994. – 208 с.
27. Kerinsky A. Психопатология неврозов: Пер. с польск. – Варшава: Польск. мед. изд., 1975. – 400 с.
28. Starowicz Z. Terapia seksualna i malzenska w zaburzeniach psychicznych. – Warszawa: PZWL, 1985. – 158 s.

CLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OF SEXUAL DYSFUNCTION IN NEUROTIC PATIENTS

M. I. Yagubov

The author presents the results of a clinical dynamic investigation of sexual dysfunction in neurotic persons. Material: 69 males aged 20 to 52 years. The author has revealed the factors, which could be involved in development of sexual dysfunction. As a result of regression analysis, he established an association and contribution of

these factors to development of sexual dysfunction. Findings of this research have been used for practical purposes such as developing principles of treatment and rehabilitation and their use in therapeutic practice, along with studying therapeutic dynamics of the patients treated.