

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ТЕРАПИЯ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У БОЛЬНЫХ С СОМАТОФОРМНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Н. Д. Кибрик, М. И. Ягубов

Московский НИИ психиатрии

В современных классификациях психических заболеваний (МКБ-10, DSM-IV) психосоматические расстройства выделены в рубрику соматоформных расстройств. Под соматоформными расстройствами (F45) понимается повторяющееся возникновение физических симптомов, заставляющих предположить соматическое заболевание, которое не подтверждается объективными данными медицинского обследования (19). Нередко в качестве таких симптомов, наблюдающихся чаще всего при ипохондрических и соматизированных расстройствах, выступают патологические ощущения в области половых органов и сексуальные дисфункции, что было отмечено в работах ряда авторов (5, 6, 8, 12–14, 18, 19, 21, 22). По данным S.Schabl (14) среди больных с соматоформными расстройствами 15% предъявляют жалобы на различные сексуальные расстройства. Подробному изучению клинических особенностей сексуальных дисфункций при ипохондрических и соматизированных расстройствах посвящены лишь немногие работы (5, 6, 8, 15). В связи с этим до сих пор остается малоизученной взаимосвязь структуры психической и сексуальной патологии при этих расстройствах, не анализировалась динамика состояния пациентов на различных этапах терапии.

Целью данного исследования явилась оптимизация лечебно-реабилитационных мероприятий при сексуальных дисфункциях у пациентов с соматоформными расстройствами на основе изучения взаимосвязи структуры психической и сексуальной патологии.

Материал и методы

В исследование включены 31 пациент мужского пола в возрасте от 22 до 52 лет (средний возраст $36,5 \pm 8,9$ года), обратившиеся в отдел сексопатологии Московского НИИ психиатрии Росздрава.

Диагностическая оценка имеющихся у больных психических и сексуальных расстройств проводилась согласно МКБ-10 по ведущему нарушению с учётом классификационных признаков, изложенных в разделах F45, F52. Психическое состояние 19 па-

циентов соответствовало критериям F45.0 – «Соматизированное расстройство», у 12 – «Ипохондрическое расстройство» – F45.2. Сексуальные дисфункции у 21 пациента проявлялись расстройством либидо и соответствовали рубрике F52.0 (отсутствие или потеря полового влечения), у 10 – расстройством эрекции – F52.2 (отсутствие генитальной реакции).

Основные методы исследования – клинико-психопатологический и клинико-сексологический (включающий анамнестические, антропо-метрические, урологические, эндокринологические, неврологические и др. сведения о больном).

Результаты исследования

Для уточнения роли личностных, конституциональных и социальных факторов в формировании сексуальных дисфункций были исследованы характерологические особенности, половая конституция и семейное положение больных. Типы акцентуаций личности у пациентов как с соматизированным, так и ипохондрическим расстройством были схожими, однако отличались преобладанием демонстративного типа (36,8%) у пациентов с соматизированным расстройством и застревающего типа (41,7%) у больных с ипохондрическим расстройством. Исследования половой конституции показали, что среди пациентов с соматоформными расстройствами преобладали лица со слабой и ослабленным вариантом средней половой конституции (58,1%). Таким образом, анализ полученных данных показывает, что наличие акцентуированных черт личности и слабого сомато-биологического преморбида, возможно, предопределяет слабость адаптационных механизмов, способствует формированию как сексуальных, так и соматоформных расстройств.

51,6% пациентов на момент обращения состояли в браке, а остальные 48,4% не были женаты, из них 16,1% были разведены. Супружеские отношения в 56,3% случаев характеризовались как «неудовлетворительные», в 18,8% – как «частично удовлетворительные/неудовлетворительные» и лишь в 24,9% – как «удовлетворительные». Несмотря на неудовлетворительные отношения в семье

больные предпочитали сохранить брак, опасаясь остаться одинокими.

Помимо сексуальных нарушений, в клинической картине заболевания больных с соматизированным расстройством проявлялись имеющиеся на протяжении ряда лет, множественные, часто видоизменяющиеся ощущения в области половых органов и вне их, интерпретируемые как основные причины половых дисфункций. Нередко эти ощущения (63,2%) возникали повторно или усиливались на фоне сексуальной активности. В данной группе во всех случаях сексуальным нарушениям сопутствовали только гомонимные телесные сенсации. Жалобы на боли являлись одним из наиболее часто встречающихся симптомов. Боли носили характер психалгий ($n=13$) и истероалгий ($n=6$). Их появление и выраженность зависели от психического состояния. Они были непродолжительны, изменчивы, меняли локализацию и сочетались с вегетативными проявлениями. Эти ощущения периодически возобновлялись чаще всего в психотравмирующей ситуации семейно-сексуального характера и сохранялись от нескольких минут до 6–8 недель. Сексуальные нарушения возникали на фоне тревожных, депрессивных и астенических расстройств. Уровень ситуационной тревожности соответствовал умеренной степени и составил в среднем $43,1 \pm 8,7$ баллов. Средний балл по шкале Гамильтона – $12,9 \pm 1,3$, что подтверждало наличие у исследуемых больных депрессии легкой степени выраженности.

При более детальном опросе было установлено, что эти пациенты неоднократно обращались за медицинской помощью к врачам других специальностей с жалобами на желудочно-кишечные расстройства, болевые симптомы и неприятные ощущения в области половых органов, подробное обследование и лечение которых значимых результатов не давало. Продолжительность соматизированного расстройства к моменту обращения в отдел сексопатологии в среднем у этих пациентов составила $47,4 \pm 13,5$ месяцев, что было значительно больше ($p < 0,001$), чем продолжительность сексуальных дисфункций ($31,9 \pm 12,2$ месяцев). Возраст пациентов на момент обращения в среднем составил $35,2 \pm 12,2$ лет, а к началу манифестации заболевания не превышал 30 лет, что свидетельствует о затяжном характере расстройства.

Сексуальные дисфункции у больных с соматизированным расстройством проявлялись в основном ($p < 0,001$) снижением сексуального влечения (13 человек – 68,4%). Остальные 6 (31,6%) пациентов страдали расстройством эрекции. Значимое место в клинической картине соматизированных расстройств у пациентов занимали коиталгии – болезненные ощущения во время полового акта.

Сексуальное влечение у пациентов снижалось на фоне депрессивной симптоматики и неприятных ощущений в половых органах. Патологическая фиксация и тревожное ожидание возможного возникновения этих ощущений приводили к сни-

жению настроения и сопровождалась вегетативной симптоматикой. Ведущими переживаниями больных с соматизированными расстройствами являлись озабоченность наличием болевой и сомато-вегетативной симптоматики, а также неудовлетворенность эмоциональными отношениями с партнером или одиночество. В ходе обследования неврологической и сосудистой патологии не выявлялось. Средний суммарный балл по шкале СФМ (сексуальная формула мужская) у больных данной группы составил $15,3 \pm 1,8$. У пациентов с расстройством либидо самые низкие показатели были по первой триаде, а у пациентов с расстройством эрекции – по второй.

В группу больных с сексуальными дисфункциями, обусловленными ипохондрическим расстройством, вошли 12 мужчин. Основным признаком, объединяющим этих больных, была постоянная озабоченность наличием возможного тяжелого и прогрессирующего заболевания. Причиной возникновения ипохондрических идей с сексуально-тематическим оформлением стали факторы, имеющие психогенную связь с половой сферой. Так, источником ощущений, привлекающих внимание пациентов, становились: перенесенные инфекции, передающиеся половым путем, неспецифический острый простатит в результате переохлаждения, травмы, полученные во время фрикционной стадии и орогенитальных ласк. Эти ощущения приобретали особую актуальность и сопровождалась патологической фиксацией внимания на половых органах. Постоянные переживания, связанные с провоцирующими факторами и неприятными ощущениями в половых органах, приводили к снижению настроения разной степени выраженности, тревоге и доминирующим идеям о наличии серьезного заболевания или повреждения половых органов. Со временем присоединялась астеническая симптоматика, нарушение сна и общего самочувствия. Пациенты постоянно следили за сексуальными проявлениями и были убеждены в наличии сосудистой и неврологической патологии, полученной в результате воспаления, инфекции и травмы. На этом фоне возникали и сексуальные расстройства.

Большинство пациентов с ипохондрическими расстройствами негативно относились к приему медикаментов и использовали различные способы для купирования болей: особые позы, изменения положения тела, уменьшение различных видов активности. Они отрицали наличие эффекта борьбы с болью и сексуальными расстройствами («ничего не помогает») и не верили в помощь врачей. Мотивацией обращения за медицинской помощью для большинства больных являлось желание всестороннего обследования и подтверждения собственных опасений, что и определяло особенности внутренней картины болезни этих пациентов.

Длительность ипохондрического расстройства у данных больных в среднем составила $48,5 \pm 10,4$ месяцев, а сексуальных дисфункций $31,0 \pm 11,8$ месяцев, что свидетельствует о затяжном характере этих рас-

стройств. Средний возраст больных на момент обращения в среднем составил $38,7 \pm 10,0$ лет.

Психические нарушения при ипохондрии формировались на фоне тревожно-депрессивного аффекта с преобладанием тревожных нарушений. Выраженность ситуационной тревожности по тесту Спилбергера-Ханина составила в среднем $43,7 \pm 10,0$ баллов, что соответствовало практически высокому его уровню. Уровень депрессии по шкале Гамильтона составил $13,3 \pm 1,4$ балла, что также подтверждает наличие депрессии легкой степени выраженности у данных больных.

Сексуальные дисфункции у 8 больных (66,7%) с ипохондрическим расстройством проявлялись снижением полового влечения, а у 4 (33,3%) – расстройством эрекции. Нерегулярные спонтанные эрекции, которые на фоне возникшей астенической симптоматики становились слабее и реже, оценивались больными как признак, подтверждающий органическую патологию в половых органах. Средний суммарный балл по анкете СФМ у больных данной группы составил $15,6 \pm 1,4$, что указывало на существенное снижение сексуальной активности.

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

В результате проведенного анализа было установлено, что возникновение и специфика клинической картины сексуальных дисфункций у больных с соматизированным и ипохондрическим расстройством определялась психопатологической структурой заболевания. Психотравмирующие факторы, провоцирующие развитие соматизированного и ипохондрического расстройства, во многих случаях ($p < 0,001$) имели психогенную связь с половой сферой (неудовлетворительные и дисгармоничные семейные отношения, перенесенные инфекционные заболевания и травмы половых органов). Снижение либидо, возникающее у лиц с акцентуацией характера demonstra-

тивного и застревающего типа со слабой половой конституцией на фоне соматизированного и ипохондрического расстройства, было обусловлено аффективными нарушениями с преобладанием депрессивной и астенической симптоматики. Расстройство эрекции возникало у пациентов с тревожной и педантичной акцентуацией личности, со средней половой конституцией и было обусловлено неглубокими депрессивными нарушениями субдепрессивного уровня с тревожными проявлениями.

В связи с ведущей ролью аффективных нарушений в формировании сексуальных дисфункций у больных с соматизированным и ипохондрическим расстройством в качестве основного метода лечения была избрана психотерапия в сочетании с психофармакотерапией (антидепрессанты в комбинации с нейролептиками). На фоне улучшения настроения, сна, повышения активности, редукции тревожной и сомато-вегетативной симптоматики возобновились и участились спонтанные эрекции. Пациенты отмечали также и небольшое повышение сексуального влечения (потребность в сексуальных контактах не более 1 раза в 7–10 дней). Прослеживалась тенденция к постепенной нивелировке патологических ощущений в области половых органов. Улучшение настроения и повышение активности этими пациентами расценивалось как положительный результат терапии. Для восстановления эректильной функции и возобновления сексуальных контактов 41,9% больным, которым не удавалось начать половую жизнь, был назначен один из препаратов группы ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа.

Улучшение сексуальной функции было достигнуто у 78,9% больных с соматизированным расстройством (при средней длительности лечения $2,4 \pm 0,8$ месяцев) и у 66,7% – с ипохондрическим расстройством (при средней длительности лечения $2,6 \pm 0,4$ месяцев).

Как следует из табл. 2 и 3, в конце лечения достоверно отмечается положительная динамика как в редукции депрессивной симптоматики, так и повышении сексуальной активности.

Таким образом, в результате клинико-патогенетического изучения особенностей формирования сек-

Таблица 1

Результаты регрессионного анализа (множественная регрессия)

Факторы	Вклад значимых факторов (beta)					
	Пациенты с соматизированным расстройством			Пациенты с ипохондрическим расстройством		
	Р.л.	Р.эр.	Р.эяк.	Р.л.	Р.эр.	Р.эяк.
Депрессия легкой степени	0,38*	-	-	0,60*	-	-
Субдепрессия	-	0,12*	-	-	0,37*	-
Демонстративная акцентуация	0,21*	-	-	-	-	-
Застревающая акцентуация	-	-	-	0,35*	-	-
Тревожная акцентуация	-	0,49*	-	-	-	-
Педантичная акцентуация	-	-	-	-	0,37*	-
Слабая половая конституция	0,47*	-	-	-	-	-
Ослабленный вариант средней половой конституции	0,50*	-	-	0,23*	-	-
Средний вариант средней половой конституции	-	0,45*	-	-	0,37*	-
Сила связи (R)	0,95**	0,88**	-	0,91*	0,97**	-

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

Результаты терапии

Клинические группы	Результаты терапии									
	Полное восстановление		Значительное улучшение		Незначительное улучшение		Без изменений		Прерванное лечение	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Больные с соматизированным расстройством (n=19)	5	26,3	7	36,8	3	15,8	1	5,3	3	15,8
Больные с ипохондрическим расстройством (n=12)	3	25	3	25	2	16,7	1	8,3	3	25

Таблица 3

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 соматизированным расстройством (n=19)	15,3±1,8	20,3±3,9	43,1±8,7	41,0±8,2	12,9±1,3	7,7±1,8
	p<0,001		p>0,05		p<0,001	
Больные с ипохондрическим расстройством (n=12)	15,6±1,4	19,0±4,0	43,7±10,0	40,1±10,5	13,3±1,4	8,1±2,2
	p<0,05		p>0,05		p<0,001	

суальных дисфункций у больных с соматоформными расстройствами была установлена связь между структурой психической и сексуальной патологии и определена роль личностных, конституциональных и социальных факторов. Разработанные на

основе этого принципы построения лечебно-реабилитационных мероприятий и тактика их применения позволяют повысить эффективность лечения данного контингента 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. 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.
4. Гришин А.В. Эмоционально стрессовая психотерапия в комплексном лечении сексуальных расстройств. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 1988. – 24 с.
5. Загородный П.И. Физиология и патология половой функции. – М., 1975. – 263 с.
6. Кан И.Ю., Кибрик Н.Д. Сексуальные дисфункции при соматизированных расстройствах у мужчин // Социальная и клиническая психиатрия. – 1999. – Т. 9, № 3. – С. 45–49.
7. Клиническое руководство: модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств / Под ред. В.Н.Краснова, И.Я.Гуровича. – М., 2000. – 223 с.
8. Кибрик Н.Д. Вопросы клиники ипохондрического синдрома в сексопатологической практике // Проблемы современной сексопатологии. – М., 1972. – С. 323–341.
9. 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.
10. Корик Г.Г. Половые расстройства у мужчин. – М.: Медицина, 1973. – 230 с.
11. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. – М., 1995. – 565 с.
12. Пашенков С.З. Клиника, некоторые вопросы патогенеза и терапии ипохондрических состояний. Дисс. ... докт. мед. наук. – М., 1971.
13. Рохлин Л.Л. Особенности ипохондрических состояний при различных психических заболеваниях // Вопросы психоневрологии. – М., 1965. – С. 128–142.
14. Смулевич А.Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. – М., 1987. – 235 с.
15. Соколова М.Н. Оценка личности сексологического больного // Сексология и андрология. – К., 1997. – С. 88–95.
16. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1987. – 304 с.
17. Ягубов М.И. Принципы терапии наиболее часто встречающихся форм сексуальных дисфункций у мужчин // Российский психиатрический журнал. – 2002. – № 2. – С. 48–52.
18. Beutel M. Psychosomatic aspects in the diagnosis and treatment of erectile dysfunction // J. Andrologia. – 1999. – Vol. 31, Suppl. – P. 37–44.
19. Ford C.V. The somatizing disorders. Illness a way of life // Elsevier Biomedical. – New York, 1983. – P. 265.
20. (ICD-10) МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии: Пер. с англ. – СПб.: «АДИС», 1994. – 208 с.
21. Kellner R. Somatization // J. Nerv. Ment. Dis. – 1990. – Vol. 178. – P. 150–160.
22. Wise T.N. The somatizing patients // Ann. Clin. Psychiat. – 1992. – N 4. – P. 9–17.

CLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OF SEXUAL DYSFUNCTIONS IN PATIENTS WITH SOMATOFORM DISORDERS

N. D. Kibrik, M. I. Yagubov

The authors present the results of a clinical-dynamic investigation of sexual dysfunction in patients with somatoform disorders. Subjects: 31 males, aged 22 to 52 years. The authors describe the factors that could be involved in the development of sexual dysfunction in these patients. With the help of regression analysis, they have established the

associations and the contribution of these factors in the development of these disorders. This investigation formed the basis for development of treatment and rehabilitation approaches and their practical realization, with a dynamic observation of patients' condition at different stages of treatment.