

Эректильные дисфункции в клинике соматоформных расстройств

И.Ю. Канн, М.И. Ягубов, Н.Д. Кибрик

Научно-исследовательский институт психиатрии, г. Москва

Лечащий врач. – №5. – 2011.

Расстройства эрекции преобладают среди жалоб, предъявляемых пациентами при обращении за сексологической помощью. На основании этого нередко делаются выводы о том, что именно данные нарушения по сравнению с другими являются наиболее распространенными в структуре сексуальной патологии. Однако при более детальном обследовании установлено, что эректильные дисфункции часто сочетаются или возникают на фоне расстройств полового влечения, что нередко обусловлено психическими нарушениями. В этих случаях причиной расстройства полового влечения и эректильной дисфункции преимущественно оказываются неотчетливо выраженные психические нарушения, нераспознаваемые врачами соматической практики, к которым чаще всего обращаются пациенты за сексологической помощью. Аффективные расстройства у этих больных чаще представлены в виде соматизированных, субдепрессивных и астенических нарушений, чем и объясняется их редкая обращаемость к психиатрам. На фоне подобной клинической картины пациентам часто назначают различные гормональные средства, противовоспалительные препараты, биологически активные добавки, витамины, препараты из группы ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа, которые, несмотря на их эффективность в ряде случаев, оказываются неэффективными при этих состояниях.

Вопросы клиники, диагностики и терапии эректильных дисфункций при соматоформных психических расстройствах у мужчин являются сферой пересечения интересов психиатров, сексологов и врачей других специальностей (урологов, эндокринологов, терапевтов и др.), к которым больные обращаются в первую очередь. В связи со своеобразием жалоб на субъективные тягостные ощущения, локализующиеся в различных частях тела, и на эректильные дисфункции пациенты в течение длительного времени не попадают в поле зрения психиатра и не получают адекватной помощи. Даже в случае выявления соматических (чаще урологических) отклонений их наличие не объясняет субъективной тяжести, обширности, вариабельности и упорства жалоб на сексуальные расстройства. Диагностические сложности и отсутствие своевременного адекватного лечения способствуют затяжному течению соматоформных расстройств с преобладанием эректильных нарушений, что, в свою очередь, приводит к супружеской дисгармонии, распаду семьи и антивитальному поведению.

Современная систематика психических расстройств (МКБ-10, DSM-IV), включающая соматоформные расстройства как самостоятельную диагностическую категорию, является сравнительно новой для отечественных исследователей, относивших данные состояния к маскированным депрессиям, неврозам (в том числе вегетоневрозам, «органным неврозам», «системным неврозам» и ипохондрическим неврозам), сенесто-ипохондрическому синдрому при малопрогредиентной и параноидной формах шизофрении. Зарубежными авторами эти расстройства чаще описывались в рамках истерии и синдрома Брикке.

Под соматоформным расстройством (F45) понимают повторяющееся возникновение физических симптомов, заставля-

ющее предположить соматическое заболевание, которое не подтверждается объективными данными медицинского обследования [13, 27]. Нередко в качестве таких симптомов выступают патологические ощущения в области половых органов и сексуальные дисфункции [5–7, 9, 10, 15, 16, 18, 25, 27, 29, 31]. Наиболее часто в сексологической практике встречаются состояния, которые относятся к таким диагностическим категориям, как соматизированное расстройство, ипохондрическое расстройство и неврастения. При них нередко наблюдается депрессивная, тревожная или дистимическая симптоматика. М.И. Ягубовым изучена взаимосвязь структуры психической и сексуальной патологии при этих расстройствах и проанализирована динамика состояния пациентов на различных этапах терапии [22].

В данной статье не рассматриваются сексуальные нарушения при шизофрении.

Популяционная распространенность соматоформных расстройств остается точно не известной, однако, по некоторым данным, ими могут страдать 20–25% больных общей практики [14]. Популяционная распространенность соматизированных психических расстройств составляет 0,1–0,5%, у мужчин – 0,2% [8, 26, 30]. Пациенты с сексуальными нарушениями, составляют 15% от общего числа мужчин, обнаруживающих признаки соматизированных расстройств [18].

Подробному изучению клинических особенностей эректильных дисфункций при соматоформных расстройствах посвящены лишь немногие работы, и вопросы феноменологии, эпидемиологии, прогноза, клинического течения и их терапии в них освещены недостаточно [5–7, 9, 10, 19]. Немалую сложность представляет также необходимость разграничения соматоформных и истинных соматических нарушений (при псевдоневротическом «фасаде» стертых соматических заболеваний эндокринной и иной природы), которые могут иметь место и у психически больных. Наряду с клиническими и дифференциально-диагностическими сложностями, привлечению внимания психиатров к проблеме соматоформных расстройств в последнее время способствовали ее экономические аспекты: около 20% всех средств, отпущенных на здравоохранение, расходуется именно больными с этими нарушениями [14].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализированы материалы обследования 90 пациентов мужского пола в возрасте от 22 до 52 лет (средний возраст $36,5 \pm 8,9$ года), обратившихся в отдел сексопатологии ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава». Диагностическая оценка имеющихся у больных психических и сексуальных расстройств проводилась согласно МКБ-10 по ведущему нарушению с учетом классификационных признаков, соответствующих разделам: F45.0 – «Соматизированное расстройство», F45.2 – «Ипохондрическое расстройство», F48.0 – «Неврастения», F52.0 – «Отсутствие или потеря сексуального влечения», F52.2 – «Недостаточность генитальной реакции».

Основные методы исследования: клинико-психопатологический, клинико-сексологический и клинико-динамический с применением квантифицированной шкалы анкеты «Сексуальная формула мужская» (СФМ) и шкалы векторного определения половой конституции, разработанной Г.С. Васильченко [17]. Кроме того, для оценки психического состояния и терапевтической динамики использовались опросник Спилбергера–Ханина и шкала Гамильтона.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Проведенный анализ включал оценку клинической динамики психических и сексуальных расстройств у пациентов, характера партнерской ситуации, конституциональных и личностных особенностей. Телесные сенсации, наблюдающиеся у этих больных и являющиеся одним из основных проявлений клинической картины, были сходны с симптомами соматической патологии и могли выступать в рамках моносимптома (психалгии) либо сочетаться с истероконверсионными расстройствами, такими, как спазмы в горле, удушье, озноб, тремор конечностей (истероалгии).

Типы акцентуаций личности у пациентов с соматизированным и ипохондрическим расстройством были схожими, однако различались по соотношению. Акцентуации личности демонстративного типа были выявлены у 36,8% пациентов с соматизированным расстройством и у 8,3% с ипохондрическим расстройством, застревающего – у 26,3% с соматизированным и у 41,7% с ипохондрическим, тревожного – у 21,1% с соматизированным и у 16,7% с ипохондрическим, педантичного – у 15,8% с соматизированным и у 33% с ипохондрическим. У 80% больных с неврастенией были выявлены акцентуации личности тревожного (32,5%), эмотивного (20%), дистимического (15%) и педантичного (12,5%) типов.

Исследование половой конституции показало, что среди пациентов с соматоформными расстройствами преобладали лица со слабым и ослабленным вариантом средней половой конституции (58,1%). Таким образом, анализ полученных данных свидетельствует, что наличие акцентуированных черт личности и изначально слабого соматобиологического преморбиды, возможно, предопределяя слабость адаптационных механизмов, способствует формированию как сексуальных, так и соматоформных расстройств.

На момент обращения 51,6% пациентов состояли в браке, 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 сохранять брак, опасаясь остаться одинокими.

Самую многочисленную группу (40 человек) составили больные с соматизированным расстройством. Помимо сексуальных расстройств в клинической картине заболевания у этих больных отмечались имеющиеся на протяжении ряда лет вне рамок соматического заболевания множественные и часто видоизменяющиеся ощущения в области половых органов и вне их, интерпретируемые пациентами как основные причины их сексуальной несостоятельности. Эти ощущения возникали повторно или усиливались на фоне сексуальной активности. Жалобы на боль являлись одним из наиболее часто встречающихся симптомов. Их появление и выраженность зависели от психического состояния. Они меняли локализацию и сочетались с вегетативными и псевдоневрологическими проявлениями, периодически возобновлялись,

чаще всего в психотравмирующей ситуации семейно-сексуального характера, и сохранялись от нескольких минут до 6–8 нед. Было установлено, что пациенты неоднократно обращались за медицинской помощью к врачам других специальностей с жалобами на желудочно-кишечные расстройства (тошнота, боль в животе), болевые симптомы (боль в спине, во время мочеиспускания, в грудной клетке) и др.; подробное обследование и лечение при этом значимых результатов не давали. По поводу неприятных ощущений в области половых органов и сексуальных дисфункций пациенты неоднократно обращались за сексологической помощью к урологам. Неэффективность проводимой терапии вынуждала больных искать помощи у представителей нетрадиционной медицины (экстрасенсов, знахарей) и экспериментировать, принимая разнообразные препараты, в том числе рекомендованные знакомыми и рекламируемые в средствах массовой информации. Сексуальные нарушения возникали на фоне наблюдающихся в клинической картине заболевания тревожных, депрессивных и астенических расстройств, проявлявшихся снижением настроения, подавленностью, обеспокоенностью и фиксированностью на ощущениях в области половых органов, снижением активности, невозможностью расслабиться и периодическим расстройством сна. Уровень ситуационной тревожности (в среднем $43,1 \pm 8,7$ балла по шкале Спилбергера–Ханина) соответствовал умеренной степени выраженности. Средний балл по шкале Гамильтона составил $12,9 \pm 1,3$, что подтверждало наличие депрессии легкой степени выраженности у исследуемых больных. Продолжительность соматизированного расстройства к моменту обращения в отдел сексopatологии у этих пациентов ($47,4 \pm 13,5$ мес) была значительно больше ($p < 0,001$), чем продолжительность сексуальных дисфункций ($31,9 \pm 12,2$ мес). Возраст пациентов на момент обращения в среднем составил $35,2 \pm 12,2$ года, а к началу манифестации заболевания не превышал 30 лет, что свидетельствовало о затяжном характере расстройства.

Сексуальные дисфункции у больных с соматизированным расстройством проявлялись у 31,6% расстройством эрекции, в 68,4% случаев ($p < 0,001$) эректильная дисфункция сочеталась со снижением сексуального влечения. Значимое место в клинической картине соматизированных расстройств 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 снижению настроения и сопровождалась вегетативной симптоматикой. На этом фоне эрекция или вообще не возникала, или ослабевала в ходе полового акта. Даже после успешного проведения полового акта, который происходил очень редко, у пациентов усиливались болевые ощущения. После каждого такого полового акта пациенты начинали бесконтрольно принимать на протяжении нескольких дней антибиотики для снятия мнимого воспаления. Впоследствии больные полностью прекращали попытки проведения полового акта.

Основными переживаниями больных с соматизированными расстройствами являлись незабоченность наличием болевой и соматовегетативной симптоматики (головная боль, тахикардия, потливость, неустойчивость артериального давления и др.), а также неудовлетворенность эмоциональными отношениями с партнершей или одиночество. Они включали в себя как переживания собственной невостремленности, недостатка внимания к себе, ревности, фрустрации вслед-

стве высокого уровня притязаний, так и отсутствие чувств к партнерше, безразличие, неприязнь, отвращение к ней.

В ходе обследования неврологической и сосудистой патологии выявить не удалось.

Средний суммарный балл по анкете СФМ 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 эректильными дисфункциями, обусловленными ипохондрическим расстройством, вошли 30 мужчин. Основным признаком, объединяющим этих больных, была постоянная озабоченность наличием возможного тяжелого и прогрессирующего заболевания. Причинами возникновения ипохондрических идей с сексуально-тематическим оформлением были факторы, имеющие психогенную связь с половой сферой. Так, источником ощущений, привлекающих внимание пациентов, стали перенесенные инфекции, передающиеся половым путем (трихомониаз, гонорея, хламидиоз, уреаплазмоз, микоплазмоз), неспецифический острый простатит в результате переохлаждения. У акцентированных личностей эти ощущения приобретали особую актуальность и сопровождались 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 повреждении половых органов. Со временем присоединялись 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 или травмы. На этом фоне возникали эректильные дисфункции.

Большинство пациентов с ипохондрическим расстройством негативно относились к приему медикаментов с целью купирования боли и использовали различные формы ограничительного поведения: особые позы, изменения положения тела, уменьшение различных видов активности. Они отрицали наличие эффекта от любого способа лечения болевых и сексуальных расстройств («ничего не помогает») и не верили в помощь врачей. Мотивацией обращения за медицинской помощью для большинства больных являлось желание всесторонне обследоваться и подтвердить собственные опасения, что и определяло особенности внутренней картины болезни этих пациентов.

Длительность ипохондрического расстройства у данных больных в среднем составила $48,5 \pm 10,4$ мес, а сексуальных дисфункций $31,0 \pm 11,8$ мес, что свидетельствовало о затяжном характере этих расстройств. Средний возраст больных на момент обращения составил $38,7 \pm 10,0$ года.

Эректильные дисфункции при ипохондрии формировались на фоне тревожно-депрессивного аффекта. Данные клинико-психопатологического обследования подтверждались результатами психометрического исследования. Выраженность ситуационной тревожности по тесту Спилбергера–Ханина составила в среднем $43,7 \pm 10,0$ балла, что соответствовало практически высокому его уровню. Уровень депрессии по шкале Гамильтона составил $13,3 \pm 1,4$ балла, что также подтверждало наличие депрессии легкой степени выраженности у данных больных. У 33,3% пациентов с ипохондрическим расстройством отмечались изолированные нарушения эрекции, у 66,7% эректильные дисфункции на фоне снижения полового влечения. Нерегулярные спонтанные эрекции, которые на фоне возникшей астенической симптоматики

становились слабее и реже, оценивались больными как признак органической патологии 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.

Эректильные дисфункции у 20 пациентов наблюдались в рамках неврастении. Их средний возраст составил $41,4 \pm 9,5$ года. Длительность неврастении у пациентов данной группы ($42,8 \pm 10,7$ мес) была значительно больше ($p < 0,001$), чем длительность сексуальных дисфункций ($29,3 \pm 11,3$ мес), что указывало на то, что нарушения эрекции возникли на фоне уже имеющегося невротического процесса.

Патогенную роль в формировании неврастении сыграли систематические стрессовые факторы, психическое и физическое переутомление на работе, недосыпание, перенесенные соматические и простудные заболевания, в том числе инфекции. В клинической картине расстройства наряду с сексуальными дисфункциями преобладали астенические нарушения. Больные чаще были раздражительными, невнимательными, тревожными, создавали вокруг себя напряженную обстановку. При этом общение в семье сводилось к минимуму. Раздражительность, несдержанность затрудняли общение и понимание между супругами. Конфликты и ссоры снижали сексуальную предприимчивость и активность. Вовлечение сексуальной сферы в клиническую картину невроза, вызванного несексуальными факторами, становилось дополнительной травмой, отягощало состояние пациента и способствовало его затяжному течению. Сексуальные расстройства у больных этой подгруппы возникали через 2–4 мес после появления выраженных невротических симптомов. Помимо астенической симптоматики наблюдались нерезко выраженные тревожные и депрессивные проявления. Степень выраженности ситуационной тревожности по тесту Спилбергера–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 $7,5 \pm 1,9$ балла, что соответствовало нижней границе легкой депрессии.

Преобладающей сексуальной патологией ($p < 0,001$) среди больных с неврастенией были эректильные дисфункции на фоне расстройства сексуального влечения (65%). На фоне невротической симптоматики сексуальные отношения дезактуализировались, попытки интимной близости становились все более редкими – вплоть до их прекращения. Осознание факта сексуальной несостоятельности приводило к фиксации на сексуальной сфере. В клинической картине происходило смещение акцента с невротических симптомов на сексуальные расстройства. На фоне сниженного сексуального влечения пациенты предпринимали редкие половые контакты из чувства долга по отношению к жене, чтобы избежать обид и упреков с ее стороны. Снижение сексуальной активности вызывало неудовлетворенность партнерши и приводило к конфликту в интимно-личностных отношениях. Нарастающее ухудшение межличностных отношений, вызванное сексуальной дезадаптацией супругов, являясь усугубляющим фактором, приводило к еще большему утяжелению состояния и тем самым создавало новые препятствия к нормализации половой жизни, определяя развитие болезни по патологической спирали. На этом фоне пациенты отмечали также нарушение эякуляции и бледность оргазмических ощущений. По мере своего развития сексуальное расстройство занимало у всех больных ведущее место в структуре невроза и усугубляло его течение вследствие дополнительной психотравматизации личности больного.

Результаты тестирования до и после 1-го этапа лечения

Клинические группы	Результаты тестирования (средний балл)					
	СФМ до лечения	СФМ в конце 1-го этапа лечения	Ситуационная тревожность до лечения*	Ситуационная тревожность в конце 1-го этапа лечения*	Выраженность депрессии до лечения**	Выраженность депрессии в конце 1-го этапа лечения**
Больные с соматизированным расстройством (n=40)	15,3±1,8	18,0±1,8	43,1±8,7	42,1±8,4	12,9±1,3	8,9±1,7
	p<0,05		p>0,05		p<0,001	
Больные с ипохондрическим расстройством (n=30)	15,6±1,4	16,9±3,3	43,7±10,0	41,1±10,5	13,3±1,4	9,6±1,8
	p>0,005		p>0,005		p<0,001	
Больные с неврастенией (n=20)	16,4±2,5	19,1±2,6	43,4±11,3	41,2±10,6	7,5±1,9	6,3±1,4
	p<0,005		p>0,005		p<0,005	

* Тест Спилбергер-Ханина; ** Шкала Гамильтона.

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

Нарушение эрекции и эякуляции в качестве основного расстройства отмечалось с одинаковой частотой – по 17,5%. Указанные нарушения способствовали более легкой невротической фиксации пациентов на сексуальной сфере, что еще больше усугубляло их состояние.

Средний суммарный показатель по анкете СФМ у больных данной группы составил 16,4±2,5. 15% больных данной группы страдали хроническими соматическими болезнями (ишемической болезнью сердца, гипертонической болезнью, язвой желудка, ревматизмом, остеохондрозом, пневмонией) и 15% перенесли ряд инфекционных заболеваний (гепатит, гонорею, трихомоноз, хламидиоз, микоплазмоз и уреоплазмоз), которые способствовали возникновению невротического расстройства, а впоследствии и сексуальной дисфункции.

В связи с тем что в формировании эректильных дисфункций ведущую роль играли аффективные нарушения, в качестве основного метода лечения была избрана психотерапия в сочетании с психофармакотерапией. При выборе психотропных средств учитывались литературные данные, многолетний собственный опыт, опыт сотрудников отдела сексопатологии Московского НИИ психиатрии [1, 2, 6, 7, 9, 10, 14, 22–24]. Для предупреждения отрицательного действия на сексуальную функцию препараты назначались в малых терапевтических дозах. Психофармакотерапию проводили с самого начала лечения. Препаратами выбора были антидепрессанты, которые назначали в зависимости от ведущего аффекта в сочетании с нейрореплетиками. Длительность психотропной терапии была разной (1–2 мес) и зависела от скорости редукции психопатологической симптоматики и улучшения сексуальной функции. Больным с соматизированным и ипохондрическим расстройством назначали один из антидепрессантов (кломипрамин 37,5–75 мг, мапротилин 30–75 мг, тианептин 12,5–25 мг/сут, нитразодон 50–150 мг/сут, миансерин 15–30 мг/сут) в сочетании с одним из нейрореплетиков (амисульприд 100–200 мг, кветиапин 100–200 мг, тiorидазин 50–100 мг/сут, сульпирид 200–400 мг/сут). У больных с неврастенией применялись транквилизаторы (алпразолам 0,125–0,25 мг/сут или гидроксизин 75–100 мг/сут) или антидепрессанты (пирлиндол 25–75 мг/сут) в сочетании с ноотропными средствами (гопантеповая кислота 250,0–500,0 мг/сут, пиритинол

25,0–75,0 мг/сут) и препаратом, улучшающим мозговой метаболизм (Танакан 120–240 мг/сут).

Психотерапевтическая работа с больными начиналась с момента первого посещения и продолжалась на всех этапах лечебно-реабилитационных мероприятий, основываясь на различных методах психотерапевтического воздействия (рациональной с элементами когнитивной и поведенческой терапии, релаксационной и суггестивной). Так как межличностные конфликты между супругами предшествовали во многих случаях развитию эректильных дисфункций или развивались вслед за возникшими сексуальными проблемами, точкой приложения психотерапевтических мероприятий были и семейно-сексуальные отношения. Для решения проблем межличностного взаимодействия с партнером применяли приемы и техники семейной и супружеской психотерапии.

К концу первого этапа на фоне улучшения настроения, сна, повышения активности, редукции тревожной и сомато-вегетативной симптоматики возобновились и участились спонтанные эрекции. На этом фоне появился интерес к сексуальным отношениям. Прослеживалась тенденция к постепенной нивелировке патологических ощущений в области половых органов, 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 Спилбергер-Ханина и шкалам Гамильтона и СФМ.

К концу первого этапа терапии наблюдалась значительная редукция депрессивной симптоматики (табл. 1).

У основной части больных представленных групп (70%) в клинической картине заболевания преобладала депрессивная и астеническая симптоматика, поэтому достоверные изменения были зарегистрированы по шкале Гамильтона. Тревожная симптоматика была выражена лишь у 30%, и поэтому изменения, регистрируемые по опроснику Спилбергер-Ханина для всех пациентов этих групп, незначительны. Положительная динамика отмечается и по шкале СФМ, но достоверны эти изменения лишь у пациентов с сексуальными дисфункциями, обусловленными соматизированным расстройством и неврастенией.

Таблица 2

Результаты терапии

Клинические группы	Результаты терапии									
	Полное восстановление		Значительное улучшение		Незначительное улучшение		Без изменений		Прерванное лечение	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Больные с соматизированным расстройством (n=40)	11	27,5	15	37,5	6	15	2	5	6	15
Больные с ипохондрическим расстройством (n=30)	7	23,3	7	23,3	5	16,7	4	13,3	7	23,3
Больные с неврастенией (n=20)	8	40	8	40	2	10	2	10	-	-

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*	Ситуационная тревожность в конце лечения*	Выраженность депрессии до лечения**	Выраженность депрессии в конце лечения**
Больные с соматизированным расстройством (n=40)	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=30)	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	
Больные с неврастенией (n=20)	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	

На втором этапе терапии по мере редукции психопатологической симптоматики у больных с положительной динамикой как психопатологической, так и сексопатологической симптоматики (72,5%) дозы препаратов постепенно снижались. Больным со слабой терапевтической динамикой психотропные препараты были сохранены в прежней дозе. В схему лечения добавлялись средства, повышающие адаптивные возможности, – адаптогены и поливитамины (Спеман 771 мг/сут, Спеман форте 942 мг/сут, Тентекс форте 658–987 мг/сут, Геримакс Женьшень 400–600 мг/сут).

К концу второго этапа терапии, на фоне месячного курса приема стимулирующих и тонизирующих средств и продолжающегося психотропного лечения, пациенты с улучшением в психической и сексуальной сфере на первом этапе отметили дальнейшее улучшение состояния, проявляющееся в значительной редукции патологических ощущений и повышении сексуального влечения. На этом фоне увеличилось количество и улучшилось качество как спонтанных, так и адекватных эрекций.

Третий этап лечебно-реабилитационных мероприятий был направлен на сексуальную реадаптацию пар. С этой целью были применены методы рациональной терапии, включающие в себя секс-терапевтические рекомендации с учетом индивидуальных особенностей пар. Для восстановления эректильной функции и возобновления сексуальных контактов 28,9% больных был назначен один из препаратов группы ингибиторов фосфодиэстеразы 5-го типа (Левитра 10–20 мг/сут).

Эффективность терапии оценивалась как по улучшению параметров сексуальной активности и редукции психопатологической симптоматики, так и по восстановлению партнерских и сексуальных отношений. Для оценки раз-

личной терапевтической эффективности была применена следующая градация:

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

- «значительное улучшение» включало значительное улучшение сексуальной активности, 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 80% пациентов (табл. 2), страдающих соматизированным расстройством (при средней длительности лечения 2,4±0,8 мес), и у 63,3% пациентов с ипохондрическим расстройством (при средней длительности лечения 2,6±0,4 мес) и у 90% с неврастенией (при средней длительности лечебно-реабилитационных мероприятий 1,8±0,3 мес).

В конце лечения отмечалась достоверно положительная динамика в редукции как депрессивной, так и тревожной симптоматики (табл. 3).

ВЫВОДЫ

В результате проведенного анализа было установлено, что возникновение и специфика клинической картины эректильных дисфункций у больных с соматоформными расстройствами определялись их клиническими особенностями. Разработанные лечебно-реабилитационные мероприятия, включающие в себя психотерапевтические мето-

ды и дифференцированное применение фармакологических средств на основе анализа клинической картины эректильных нарушений в рамках соматоформных расстройств, достаточно эффективны (у 80% пациентов, страдающих эректильными нарушениями при соматизированном расстройстве, у 63,3% – при ипохондрическом расстройстве и у 90% – при неврастении), так как они направлены не только на нормализацию сексуальной функции, но и на редукцию психопатологической симптоматики и коррекцию партнерских отношений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авруцкий Г.Я., Гурович И.Я., Громова В.В. Фармакотерапия психических заболеваний. – М.: Медицина, 1974. – 471 с.
 2. Авруцкий Г.Я., Недува А.А. Лечение психически больных. – М.: Медицина, 1988. – 527 с.
 3. Гейер Т.А. Проблемы клиники мягких форм и пограничных состояний. В кн.: Проблемы пограничной психиатрии (клиника и трудоспособность) / Под ред. Т.А. Гейер. – М. Л.: Изд-во биол. и мед. литературы, 1935. – С. 5–14.
 4. Гришин А.В. Эмоционально-стрессовая психотерапия в комплексном лечении сексуальных расстройств: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1988. – 24 с.
 5. Загородный П.И. Физиология и патология половой функции. – М.: Медицина, 1975. – 263 с.
 6. Кан И.Ю. Сексуальные нарушения при соматизированных психических расстройствах у мужчин: Дис. ... канд. мед. наук. – М., 1999. – 135 с.
 7. Кан И.Ю., Кибрик Н.Д. Сексуальные дисфункции при соматизиро-

ванных расстройствах у мужчин // Соц. и клин. Психиатрия, 1999. – Т. 9, Вып. 3. – С. 45–49.
 8. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия /Пер. с англ., доп. Под ред. проф. Т.Б. Дмитриевой. – М.: Гэотар Медицина, 1998. – С. 180.
 9. Кибрик Н.Д. Вопросы клиники ипохондрического синдрома в сексопатологической практике. В кн.: Проблемы современной сексопатологии: Сб. трудов. – М., 1972. – С. 323–341.
 10. Кибрик Н.Д., Ягубов М.И. Клинические особенности и терапия сексуальных дисфункций у больных с соматоформными расстройствами // Соц. и клин. психиатрия, 2006. – Т. 16, Вып. 3. – С. 54–57.
 11. Клиническое руководство: модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств / Под ред. В.Н. Краснова, И.Я. Гуровича. Прил. к журналу «Социальная и клиническая психиатрия», 2000. – 223 с.
 12. Корик Г.Г. Половые расстрой-

ства у мужчин. – М.: Медицина, 1973. – 230 с.
 13. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии / Пер. с англ. – СПб: АДИС, 1994. – 208 с.
 14. Мосолов С.Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. – СПб: Мед. информ. агентство, 1995. – 565 с.
 15. Пашенков С. З. Клиника, некоторые вопросы патогенеза и терапии ипохондрических состояний: Дис. ... докт. мед. наук. – М., 1971. – 278 с.
 16. Рохлин Л.Л. Особенности ипохондрических состояний при различных психических заболеваниях. В кн.: Вопросы психоневрологии: Сб. трудов. – М., 1965. – С. 128–142.
 17. Сексопатология: Справочник / Под ред. Г.С. Васильченко. – М.: Медицина, 1990. – 576 с.
 18. Смулевич А.Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния. – М.: Медицина, 1987. – 235 с.
 19. Соколова М.Н. Оценка личности сексологического больного // Сексология и андрология. – К., 1997. – С. 88–95.
 20. Терапия сексуальных расстройств при различных формах психической патологии: Пос. для врачей. МНИИП МЗ РФ, 2000. – 31 с.
 21. Ушаков Г.К. Пограничные нервно-психические расстройства. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1987. – 304 с.
 22. Ягубов М.И. Клинико-динамические особенности и комплексная патогенетическая терапия сексуальных дисфункций у мужчин с психически-расстройством непсихотического уровня: Дис. ... докт. мед. наук. – М., 2006. – 500 с.
 23. Ягубов М.И. Клинические особенности и терапия сексуальных дисфункций у больных с невротическими расстройствами // Соц. и клин. Психиатрия, 2006. – Т. 16, Вып. 3. – С. 46–53.
 24. Ягубов М.И. Принципы терапии наиболее часто встречающихся форм сексуальных дисфункций у мужчин // Рос. психиатр. журн. – 2002. – № 2. – С. 48–52.
 25. Beutel M. Psychosomatic aspects in the diagnosis and treatment of erectile dysfunction // J. Andrologia, 1999; 31: 37–44.
 26. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM 4 th ed. American Psychiatric Association, Washington D.C., 1994: 886 p.
 27. Ford C.V. The somatizing disorders. Illness a way of life//Elsevier Biomedical, New York, 1983: 265.
 28. Glatzel J. // Klin. Med., 1974; 69: 1333–1338.
 29. Kellner R. Somatization // J. Nerv. Ment. Dis., 1990; 178: 150–160.
 30. Shader R.I. Manual of psychiatric therapeutic. 2 nd ed. Little Brown and Comp. (Inc.), Washington, D.C., 1994: 378 p.
 31. Wise T.N. The somatizing patients // Ann. Clin. Psychiat., 1992; 4: 9–17.