Психологічні прояви сексуальної дисфункції у чоловіків із виразковою хворобою шлунка та дванадцятипалої кишки

В.В. Сорока
Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

Проведено психолого-діагностичне дослідження пацієнтів із виразковою хворобою шлунка та дванадцятипалої кишки. Розлади статевого життя у чоловіків спричинюють розвиток патопсихічних розладів у 92% обстежених, а серед чоловіків молодого віку у 72%. На тлі еректильної дисфункції посилюються неврівноваженість, дратівливість та депресія.

Ключові слова: *виразка шлунка, виразка дванадцятипалої кишки, депресія, тривожність.*

Сучасним підходом до лікування сексуальної дисфункції у хворих із виразковою хворобою шлунка вважається нормалізація порушеного психоемоційного стану (Карташова И.Г., 2008). Розлади статевого життя у чоловіків, хворих на хронічний простатит, спричинюють розвиток патопсихічних розладів у 66–87% обстежених, а в разі аденоми передміхурової залози спостерігаються в 100% клінічних випадків (Данилин И.Е., 2003; Маді М.Е., 2009). Одночасно з цим у хворих спостерігаються тривожність, підвищена емоційна збудливість, депресивні настрої (70–95%), а на хронічну невдоволеність сексуальним життям скаржаться 20–50% хворих чоловіків, які при цьому висловлювали цілу низку одноманітних скарг (Єфремов Е.А., 2003; Кузьмичев А.Г., 2005).

У багатьох дослідженнях було встановлено, що такі психологічні розладі, як тривожність та депресія, є важливими чинниками розвитку не лише еректильної дисфункції, але і виразкової хвороби. Наявність тривожно-депресивних розладів при основному захворюванні негативно впливає на характер сексуальних стосунків, а також на синтез та виділення шлункового соку, що в свою чергу загострює розвиток соматичної хвороби. Проблема патогенезу психогенних сексуальних розладів на сьогодні остаточно не вирішена, а при сумісному розвитку у хворих із виразковою хворобою шлунка майже не досліджувалась. Вивчення даної проблеми стало метою нашого психолого-діагностичного дослідження.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Під час проведення психолого-діагностичного дослідження нами було обстежено 50 пацієнтів з виразковою хворобою шлунка та дванадцятипалої кишки (середній вік 47,82,6 року), що висловлювали скарги на постійні або тимчасові сексуальні розлади (зниження лібідо, порушення ерекції, сім'явиверження). Критерієм включення пацієнтів в дослідну групу вважався розвиток психологічних розладів та еректильної дисфункції на тлі хронізації виразкової хвороби. З метою проведення порівняльно-статистичної роботи проводили психологічне обстеження 20 чоловіків (контрольна група) без клінічних ознак виразкової хвороби та сексуальних розладів (середній вік 42,80,8 року).

З метою оцінки клініко-психологічних порушень у пацієнтів із виразковою хворобою було застосовано декілька загальновживаних психолого-діагностичних методик: шкала Гамільтона з метою оцінки депресії (HDRS), шкала оцінки суб'єктивного стану "САН" та шкала самооцінки тривожності (Ч.Д. Спілбергера і Ю.Л. Ханіна). Клініко-психологічне дослідження проводили при включенні хворих до відповідних груп обстеження в період з 3-го по 8-й день госпіталізації до стаціонару. Для уніфікації отриманих результатів дослідження кожний хворий заповнював відповідні опитувальники, а результати були враховані в дослідницьких картах хворих.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Результати психолого-діагностичного обстеження, отримані на першому етапі дослідження дозволили переконатись, що у всіх хворих відзначені різні психологічні розлади, що проявлялися різною мірою. Ці розлади переважали у чоловіків середнього віку (72%), найбільш працездатного віку (від 32 до 45 років), що здобули середньоспеціальну (38,8%) або вищу освіту (61,1%). Тривалість виразкової хвороби коливалась в межах від 3 міс до 2 років і в середньому складала12,8±7,9 міс, за цих умов тривалість сексуальних розладів хворі відзначали протягом 9,5±3,8 міс, що характеризувались тривалим перебігом або періодичними розладами. Серед проявів сексуальної дисфункції домінували симптоми зниженого лібідо (56%) або затриманої ерекції (24%). У 12% хворих була анерекція, у 8% – прискорена ерекція, при цьому переважна більшість хворих (84%) осіб наголошують на наявності поєднаних сексуальних розладів. На тлі зазначених порушень у хворих спостерігається також зниження психологічної і емоційної активності, соціальна дезадаптація та порушення комунікабельності. Згідно з результатами проведеного опитування за шкалою «САН» було встановлено зниження загального самопочуття хворих в середньому на 64,7%, соціальної активності – на 63,9%, а настрою – на 58,5% (табл. 1). Слід підкреслити, що незалежно від рівня набутої хворими освіти достовірно значущі та більш виражені розлади були відзначено в осіб молодшого віку.

Найбільш частими розладами, що реєструвались у хворих із депресією, були помірна диссомнія (у 88% обстежених), відчуття провини (40%), критично-негативне ставлення до захворювання та стану самопочуття (36%). У 56% хворих відзначено чітко окреслений тривожний стан,

Таблиця 1

Оцінка суб'єктивного стану пацієнтів із виразковою хворобою за шкалою «САН»

Показник	Основна група (n=50)	Контрольна група (n=50)
Самопочуття	1,81±0,13	5,13±0,21
Активність	1,81±0,14	5,02±0,24
Настрій	2,09±0,33	5,04±0,33

Таблиця 2

Оцінка рівня депресії у пацієнтів із виразковою хворобою (за шкалою Гамільтона для оцінки депресії, HDRS)

Рівень депресії	Кількість хворих, %	Бали
Відсутня	8	6,6±1,1
Легкий депресивний стан	54	15,6±2,3
Виражена депресія	38	23,5±3,2

Таблиця 3

Самооцінка тривожності у пацієнтів із виразковою хворобою (за шкалою Ч.Д. Спілбергера і Ю.Л. Ханіна)

А. Реактивна тривожність		
Рівень тривожності	Кількість хворих, %	Бали
Низький	0	-
Помірний	20	43,8±2,57
Високий	80	47,5±0,50
Б. Особистісна тривожність		
Низький	0	-
Помірний	100	34,7±0,82
Високий	0	-

при цьому частота помірної або вираженої тривожності була розподілена пропорційно (відповідно по 50%). У 70% хворих чоловіків діагностували іпохондричні порушення та прояви обсесивно-компульсивних розладів у 60%.

У хворих із іпохондричними розладами одночасно спостерігається дез-, або гіперактуалізація сексуальної сфери, при цьому підвищений контроль за особливостями власних сексуальних проявів і реакцій супроводжується ослабленням сексуальної функції. При цьому є свідчення про посилення порушень ерекції, еякуляції та зростання психосексуального невдоволення у обстежених. Нерідко пацієнти скаржились також на відчуття болю під час сексу і в момент досягнення оргазму. Це спричиняє формування неврозу очікування та супутні мотиваційні розлади.

При дезактуалізації сексуальної сфери тип сексуальної мотивації у хворих зазвичай набуває шаблонно-регламентованого характеру, а мотив статевого акту – переважно виконання подружніх обов'язків. Лібідо у хворих в основному збережено, але сексуальні відчуття часто пригнічені або відсутні взагалі, спостерігається аноргазмія (40%) і набагато рідше гіпооргазмія (12%). У цих чоловіків переважає невротичний тип сексуальної культури, психоемоційні розлади при сексуальних дисфункціях проявляються гостро. Лікарю досить часто вдається визначити чіткий зв'язок розвитку першого невдалого статевого акту із певними зовнішніми або внутрішніми патогенними чинниками, що мали місце ще навіть до початку статевого життя пацієнта (Кузьмичев А.Г., 2005).

Аналізуючи рівень депресії у пацієнтів за шкалою Гамільтона (HDRS) нами було встановлено, що найчастіше при вираженій сексуальній дисфункції на тлі виразкової хвороби шлунка у хворих розвивається легка депресія (54%), яка становить в середньому 15,6±2,3 бала, клінічно виражена депресія реєструється рідше (у 38%) із середнім балом 23,5±3,2. І лише у 8% опитаних чоловіків прояви депресії не діагностувались або виявлялись субклінічні депресивні стани (табл. 2).

На тлі депресивних та сексуальних розладів у хворих чоловіків діагностують також виражені прояви тривожного стану, визначеного за шкалою самооцінки тривожності за методикою Ч.Д. Спілбергера і Ю.Л. Ханіна (табл. 3). Висока реактивна тривожність була визначена у 80% (середній бал 47,5±0,50), а помірна лише у 20% хворих, при цьому середній бал склав 43,8±2,57. Особистісна тривожність у всіх опитаних чоловіків була в межах помірного рівня і становила в середньому 34,7±0,82 бала.

Нами зареєстрована також висока чутливість пацієнтів до впливу на ЦНС психотравмувальних чинників (у 94% хворих). Серед психогенних чинників необхідно в першу чергу виділити сімейно-побутові конфлікти (12,7%), нозогенні чинники (виразкова хвороба шлунка, розвиток еректильної дисфункції у 10,6%), проте у 76,6% хворих домінувала поєднана дія обох патогенетично значущих чинників. При дослідженні інших чинників, що спричинюють посилення психоемоційних проявів сексуальної дисфункції у хворих із виразкою шлунка, було встановлено, що на рівень тривожно-депресивного стану хворих суттєво впливають тривалість розвитку хвороби (32%), ступінь вираженості сексуальної дисфункції (24%), переоцінка хворим результатів лікування (24%) та сімейна дезадаптація, що має тенденцію до поглиблення (20%).

Тривожний стан у пацієнтів із виразковою хворобою характеризувався переважанням афекту тривоги із почуттям некоригованого внутрішнього хвилювання, занепокоєння, від передчуття біди і неприємностей, що насувається, відчуттям втрати емоційної близькості із партнером або дружиною обстежені нами хворі усвідомлювали надмірність своєї стурбованості і підкреслювали особисту нездатність впоратися з нею власними силами. Тривожний стан мав чи набував генералізованого характеру, що у 40% пацієнтів створювало труднощі щодо будь-якого пояснення виникнення тривожних почуттів відповідно до якої-небудь конкретної події, що трапилась або має відбуватися в житті пацієнта найближчим часом. Тривожні побоювання поширюються хворим на доволі широке коло повсякденних подій і проблем, з якими проблеми зі здоров'ям і наявністю виразкової хвороби абсолютно не пов'язані. Психомоторні супутні симптоми тривоги проявляються в нездатності хворих фізично розслабитись, почутті скутості і, навіть, підвищеного м'язового напруження (64%). Соматичні симптоми тривоги часто представлені хворобливими або неприємними відчуттями в різних відділах або в тілі, 70% хворих пред'являли скарги на головний біль, біль у грудях, відчуття задухи, «нестачі» повітря.

Тривожно-депресивні симптоми проявляються також у вигляді неспокою, метушливості, непосидючості, проявами «занепокоєння» пальців рук, прискореної або квапливої промови із частими переривали бесіди декількома запитаннями. Підвищення загальної збудливості при цьому стані у 62% проявляється в постійній нервозності, дратівливості, в одночасному поєднанні із підвищеною стомлюваністю (86%), погіршенням кмітливості, порушеннями при зосередженні та необхідності концентрувати увагу, що призводило до різкого зниження продуктивності навіть поточної роботи.

У 88% хворих основної групи відзначалися розлади сну у вигляді порушення процесу засинання у зв'язку із «прокручуванням в голові» подій, що сталися протягом

дня, очікуваних подій в майбутньому. У той самий час інтрасомністичні порушення представлені наступними проявами – поверхневим, неглибоким сном, частими пробудженнями протягом ночі, не пов'язаними із фізіологічними потребами. Слід наголосити, що ранні пробудження хворих із подальшим засипанням відзначені у 52% пацієнтів.

На тлі константної та генералізованої тривоги у деяких хворих відзначали епізоди пароксизмальної тривоги у вигляді страхів і панічних нападів. Страхи, в тому числі у клінічних формах канцерофобії, імпотенції, поширювалися хворими на широке коло повсякденних ситуацій. Вони були представлені ізольованими фобіями, транзиторного характеру і виникали в момент контакту з іншою особою, особливо статевим партнером, при цьому у хворих чоловіків виникав страх (наприклад, страх незавершеного статевого акту – 86%). При цьому відзначалося формування поведінки уникнення усамітнення, різке зниження комунікабельності у обстежених чоловіків.

У 9 хворих (18%) реєстрували періодичні панічні атаки з вираженими вегетативними реакціями, страхом смерті, що спричинюють особливі драматичні переживання та страхи переважно в нічний час. У хворих спостерігається в цей період переривання курсу вживання лікарських препаратів, а в подальшому відзначається страх або тривога в очікуванні повторного епізоду занепокоєння. У цих хворих були відзначені також ознаки збудження вегетативної нервової системи, що виражалося в наявності прискореного серцебиття і підвищеної пітливості в нічний час. Тривожна симптоматика у хворих доповнювалась проявами гіпотимії або астенії, що не досягали рівня завершеного та розгорнутого депресивного синдрому. У той самий час у хворих чоловіків відзначалися найбільш характерні ознаки депресії, про що свідчили нудьга, формування патологічного добового ритму, стійкі ідеї самозвинувачення, ранні пробудження з депресивними проявами. Нами був виявлений зв'язок гіпотимії з основними соматичними розладами. При погіршенні соматичного стану спостерігалося посилення проявів апатії, пригніченості, «думок нікчемності», а у 7 (14%) хворих відзначалося також систематичне погіршення апетиту.

На тлі погіршення соматичного стану хворих відзначається наростання проявів адинамії, байдужості до навколишніх подій та інших членів сім'ї, суттєві проблеми у виконанні звичних справ та обов'язків. На тлі сексуальної та еректильної дисфункції спостерігалось також посилення неврівноваженості, дратівливості, а після періоду проблемних сексуальних стосунків хворі скаржаться на загострення апатії або тривожні виснажливі думки.

Характерною рисою тривожно-депресивного стану хворих, на нашу думку, є превалювання психічної астенії. Обстежені хворі чоловіки зазначають, що не можуть виконувати навіть легку роботу, пов'язану із психічним навантаженням, не можуть читати або дивитися телевізор більше 30 хв, їм важко розпочати співбесіду або спілкування з іншими особами, в тому числі й у вигляді листування. Тривале напруження викликає у хворих головний біль, що в свою чергу провокує агресію. У хворих основної групи формується своєрідна і особлива гіперчутливість і сенситивність по відношенню до стресових чинників, що часто супроводжуються немотивованими епізодами гніву, роздратованості. У хворих різко звужується сфера спілкування, після завершення комунікаційних контактів виникає гостра потреба в самотності, тривалому відпочинку. Такі чоловіки втрачають навіть мінімальні можливості підтримувати сімейні стосунки, вони постійно дистанціюються, тобто віддаляються від вирішення проблем або лікування основної хвороби (стан ергопатичності), розвивається хронічний стан напруженого «заглиблення» хворого у власну хворобу (стан егоцентризму). За умов розвитку такого психоемоційного розладу у хворих формується певний стан міжособистісної дезадаптації, вони формально виконують роль члена сім'ї, але не беруть участь в її житті. При цьому у чоловіків із виразковою хворобою зберігається вмотивованість до спілкування, намагання вирішення конфліктних ситуацій, пошук компромісних рішень, а в деяких осіб відзначається навіть гіперболізований потяг до спілкування, знайомств пошук нових контактів. Вони постійно втручаються в різні сфери життя і професійно-виробничої діяльності членів сім'ї, охоче йдуть на контакт із лікарем, часом стають настирливими, метушливими або некритичними особистостями.

Зовні хворі виглядають сумними, пригніченими та похмурими, практично у всіх чоловіків основної групи (84%) відзначено загальмованість поведінки, що проявляється в уповільненні мови, проблемах із зосередженням уваги, в суб'єктивному почутті зниження психічної активності. Одночасно спостерігається зниження рухової активності, сповільненість рухів, збіднення міміки. У 18 пацієнтів (36%) мають місце прояви вітальної туги, які хворі описували як «тяжкість у грудях», «неприємні відчуття, що давлять за грудиною». У 3 (6%) хворих спостерігались суїцидальні думки, але критика до власного стану хвороби переважала і активних суїцидальних дій хворі не здійснювали. Це в свою чергу можна розглядати як варіант адаптивного підвищення уваги пацієнтів із виразковою хворобою шлунка та дванадцятипалої кишки до власного хворобливого стану.

Астенічні порушення супроводжуються різким погіршенням соціальних контактів. Хворі, наприклад, в переважній більшості відчувають труднощі за необхідності звернення до лікаря, інших соціальних структур, роботі в колективі, проходження лікарського огляду для них є сильним патогенетичним чинником, після якого тривожно-депресивні розлади лише загострюються. Такі розлади у хворих погіршують, а в деяких випадках і унеможливлюють проведення поточних клінічних обстежень. Хворі втомлювались вже на перших хвилинах заповнення опитувальника (тесту), починали вкрай складно розуміти інструкції і в той самий час активно відмовляються від відпочинку, що пропонувався, намагались швидше завершити опитування та вийти з кабінету і навіть приміщення лікарні.

У 27 хворих, тобто у 54% обстежених нами чоловіків крім астенії спостерігається збудженість (ажитація), емоційність, роздратованість, напади гніву та агресивності. Тривожний фон супроводжує хворих у всіх діях і намірах, вони постійно побоюються зміни існуючих стереотипів, будь-яка інформація про нові події в сім'ї або поведінку сексуального партнера, стає стресовою, суттєво загострює тривогу. Реактивна тривожність у 80% сягає високого ступеня, а особистісна тривожність у всіх хворих характеризується помірним рівнем. Слід наголосити, що тривога, неадекватна ситуації щодо інтенсивності та тривалості, перешкоджає формуванню психоадаптивної реакції, спрямованої в першу чергу на осіб, що

оточують хворих. Про це свідчить роздратованість та злість, вороже ставлення до лікарів та медичного персоналу, безперервні скарги на знижену увагу до себе, неефективне лікування. Ці хворі залишаються постійно дистанційованими, неохоче вступають у контакт, відмовляються від будь-якої психологічної допомоги, заперечують наявність існуючих психічних розладів. У деяких випадках ми зустрілись із вираженою ворожістю та агресією при проведенні опитування стосовно інформації про втрату сексуальної активності, лібідо та потягу. Це об'єктивно відображало наявність невротичної тривожності та гострої депресії у хворих, що потребувало формування і підтримки установки на співпрацю та подолання психоемоційного бар'єра.

ВИСНОВКИ

1. Клініко-психопатологічні особливості тривожних та депресивних розладів у осіб із сексуальною дисфункцією на тлі виразкової хвороби шлунка та дванадцятипалої кишки характеризуються складним синдромопатогенезом.

2. До предикторів несприятливої динаміки тривожних і депресивних розладів із досвідом повторних сексуальних невдач слід віднеси конституційно-особистісні ознаки психічної ригідності (наявність анакастних, параноїдних і шизоїдних рис особистості), несприятливі соціально-психологічні характеристики мікросоціального оточення, часті конфлікти в сім'ї, бездітність, недостатня соціальна підтримка та розвиток додаткових психогеній.

3. Тривожні і депресивні розлади невротичного рівня в сукупності із симптомами посттравматичного стресового розладу у чоловіків, що мали досвід розлучення, та розвитку вторинних порушень психічної адаптації, часто виникають в результаті складного психогенезу. На тлі сексуальної та еректильної дисфункції спостерігається посилення неврівноваженості, дратівливості, а після періоду проблемних сексуальних стосунків відбувається загострення психоемоційних розладів.

Психологические проявления сексуальной дисфункции у мужчин с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки

В.В. Сорока

Проведено психолого-диагностическое исследование пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки. Расстройства половой жизни у мужчин вызывают развитие патопсихических нарушений у 92% обследованных, а среди мужчин молодого возраста у 72%. На фоне эректильной дисфункции усиливаются неуравновешенность, раздражительность и депрессия.

Ключевые слова: *язва желудка, язва двенадцатиперстной кишки, депрессия, тревожность.*

Psychological manifestations of sexual dysfunction in men with the gastric ulcer and dodecadactylon

V.V. Soroka

Psychodiagnosticstudy of patients is undertaken with stomach and duodenal ulcer. Disorders of sexual life in men cause development of pathopsychological disorders in 92% inspected, and among the men of young age in 72%. Mental instability, irritability and depression, increases on a background erectile disfunction.

Key words: *gastric ulcer, duodenal ulcer, depression, anxiety.*

ЛІТЕРАТУРА

1. Данилин И.Е. Пограничные психические расстройства у больных с опухолями предстательной железы // Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2003. – 184 с.

2. Маді М.Е. Особливості діагностики та лікування хворих на хронічний бактеріальний простатит із застосуванням лімфотропної терапії // Дис. ... канд. мед. наук зі спеціальності 14.01.06 – урологія, Київ, 2009. – 23 с.

3. Кузьмичев А.Г. Неврологические аспекты хронического неинфекционного простатита // Дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2005. – 102 с.

4. Ефремов Е.А., Дорофеев С.Д., Панюшкин С.М., Бедретдинова Д.А. Сексуальные нарушения при хроническом простатите // Русский медицинский журнал. – 2003. – Т. 11, № 24. – С. 1373–1376.

5. Карташова И.Г. Психосоматические соотношения при гастроинтестинальных заболеваниях в практике // Бюллетень сибирской медицин. – 2008. – № 3. – С. 43–50.