

Депрессия при различных формах сексуальной дисфункции мужчины (диагностика, клиника, психотерапия)

И.И. Горпинченко, М.Н. Соколова

Украинский институт сексологии и андрологии, г. Киев

Приведены результаты собственных исследований по изучению особенностей проявления депрессии при различных формах сексуальной дисфункции у мужчин.

Большое внимание уделено важности и особенностям диагностических психотерапевтических подходов при каждой из форм сексуальной дисфункции, приведены рекомендации относительно их профилактики. Также обсуждаются данные литературы, касающиеся депрессии при сексуальных расстройствах.

Ключевые слова: депрессия, сексуальная дисфункция, психотерапия, профилактика.

О наличии связи между депрессией и сексуальной дисфункцией свидетельствуют многие исследования [1, 2, 4–7]. Показано, что эректильная дисфункция (ЭД) чаще развивается у мужчин, страдающих депрессией, чем у лиц, у которых аффективные расстройства отсутствуют. Также считается, что функциональные сексуальные расстройства являются одним из почти обязательных компонентов депрессии и что ее симптомы выявляют при целенаправленном обследовании практически у любого эмоционально нестабильного пациента [3]. По данным предыдущих исследований, проведенных в нашей клинике [2], депрессия занимает второе место среди факторов риска ЭД – в среднем в 24–26% случаев. Депрессивные проявления у 65% мужчин предшествуют сексуальной дисфункции, а у 35% являются ее следствием. О том, что депрессия во многих случаях является предвестником ЭД, свидетельствуют и данные других исследований [15, 19, 20]. Этим определяется важность обследования пациентов с сексуальными расстройствами на наличие симптомов депрессии, поскольку от этого зависит эффективность лечения.

Проявления депрессии включают в себя наличие основных и дополнительных признаков. Основными являются:

- сниженное, подавленное настроение;
- потеря интереса и чувства удовольствия;
- повышенная утомляемость, потеря энергии и снижение активности.

Дополнительные признаки:

- снижение способности к концентрации внимания;
- сниженная самооценка и неуверенность в себе;
- идеи вины и неполноценности;
- агитация или заторможенность;
- суицидальные мысли и попытки;
- нарушение сна;
- потеря аппетита;
- заметное уменьшение или увеличение массы тела без соблюдения диеты.

Присутствие минимум 2 основных и 2 дополнительных признаков на протяжении последних недель свидетельствует о наличии депрессии у пациента. Степень вы-

раженности депрессивного эпизода – легкая, средней тяжести, тяжелая, без психотических симптомов, тяжелая с психотическими симптомами определяется в баллах соответствующих шкал по количеству имеющихся симптомов. Получила распространение шкала Гамильтона (HDRS) как наиболее объективная из заполняемых врачом в клиническом интервью.

Диагностика депрессии у мужчин с сексуальной дисфункцией имеет свои особенности. Так, она должна удовлетворять требованиям многофакторности сексуальной функции, что достигается при использовании адекватных методов, включающих оценку всех уровней регуляции половых функций. В нашей клинике она осуществляется с помощью разработанного И.И. Горпинченко (1986) диагностического алгоритма. Последний включает оценку жалоб пациента, сбор сексологического анамнеза и анамнеза жизни, оценку межличностных отношений супругов, уровня их сексуальной адаптации, психического здоровья, гормонального обеспечения половых функций, тонуса спинальных половых центров, сосудистого компонента эрекции, состояния урогенитальной сферы, то есть всех тех основных показателей, которые могут оказывать влияние на аффективную сферу пациента.

У пациентов с сексуальной дисфункцией, в большинстве случаев с психогенной, чаще встречается реактивная (ситуационная) депрессия как реакция на психотравму у лиц с преморбидной личностной предрасположенностью, реже – депрессия невротическая. Кроме того, в ряде случаев можно наблюдать проявления депрессии соматизированной, а иногда отдельные признаки депрессии психотической. Ввиду существования общности проявлений их симптомов особого внимания требует дифференциальная диагностика, от чего зависит эффективность лечения как депрессии, так и сексуальной дисфункции.

Так, при реактивной депрессии, в отличие от невротической, психопатологическая симптоматика может достигать степени реактивного психоза (сверхценных, доминирующих идей) или постепенно приобретает свойства депрессии психотической и протекать в виде острых или затяжных депрессивных фаз, которые в МКБ-10 классифицируются как депрессивный эпизод [8]. Что касается депрессии невротической, то в литературе имеются данные о том, что она может являться результатом хронического течения других форм невротозов, в частности невротизации или невроза тревоги, и что при астенодепрессивном варианте затяжного течения невротизации эмоционально-аффективные нарушения приобретают депрессивную окраску и по мере развития достигают степени синдрома невротической депрессии с выраженной астенической симптоматикой в сочетании с тревогой и страхами [7]. В зависимости от продолжительности и характера симптоматики невротическая депрессия по МКБ-10 чаще классифицируется как

«смешанное тревожно-депрессивное» (F41.2) или «ипохондрическое» (F45.2.) расстройство и «расстройства адаптации» (F43.2). При доминировании в ее клинической картине других психопатологических проявлений невротического уровня она может быть расценена соответственно либо как та или иная форма тревожно-фобического расстройства (F40), либо как тревожное расстройство (F41), обсессивно-компульсивное (F42) или соматоформное расстройство (F45) [8]. Последнее проявляется выраженными соматическими симптомами, в том числе сексуальной дисфункции, не подтверждаемыми данными клинико-психологических исследований, и в классификации МКБ-10 рассматривается как один из вариантов маскированной депрессии или как психосоматическое заболевание и классифицируется как «половые дисфункции, не обусловленные органическим заболеванием». Характеризуется расстройством всех фаз копулятивного цикла, астенией, тревожными состояниями, ипохондрическими, алгическими, сенестопатическими проявлениями, иногда симптомами навязчивости, колебаниями настроения и самочувствия, наличием суицидальной готовности. Характерно фазное течение с суточными колебаниями настроения и самочувствия, проявление положительного эффекта при лечении антидепрессантами (МКБ-10).

Их диагностическими критериями являются:

1. Субъект не способен участвовать в сексуальных отношениях в соответствии со своими желаниями.

2. Дисфункция проявляется часто, но в некоторых ситуациях может отсутствовать.

3. Дисфункция присутствует, по меньшей мере, шесть месяцев.

4. Дисфункция не может быть объяснена другими психическими, поведенческими расстройствами (в соответствии с критериями МКБ-10) или каким-либо соматическим заболеванием, приемом лекарственных средств.

В данной рубрике выделяются следующие расстройства:

52.0. Отсутствие или потеря полового влечения.

52.1. Сексуальное отвращение и отсутствие сексуального удовлетворения.

52.2. Отсутствие генитальной реакции.

52.3. Оргазмическая дисфункция.

52.4. Преждевременная эякуляция.

52.5. Вагинизм неорганической природы.

52.6. Диспареуния неорганической природы.

52.7. Повышенное половое влечение.

Такая маскированная сексологическими симптомами депрессия может быть не распознана, сексуальные нарушения будут рассматриваться как самостоятельное расстройство, что приведет к назначению неэффективного лечения.

В случаях соматогенных депрессий у пациентов имеется та или иная соматическая патология, проявляющаяся клинической симптоматикой и подтверждаемая результатами диагностических исследований. Сложность дифференциальной диагностики депрессивных состояний заключается еще и в том, что они наблюдаются также в рамках астенических, шизотипических расстройств личности. Возможно одновременное существование и соматического, и психического, и сексуального расстройств, и депрессия может быть их ранним проявлением [11, 14, 15, 19, 20].

Кроме того, в сексологической практике встречаются лица с наличием декомпенсации психастенической психопатии, которую следует дифференцировать с тревожно-депрессивным и тревожно-фобическим синдромами, с дезадаптацией личности с выраженными тревожными (гипотимными) чертами и склонностью к депрессивным реакци-

ям, а также с психотическими депрессиями [7, 8, 19]. Последние отличаются от невротических [7, 8] неожиданным возникновением психотического состояния; грубой дезорганизацией личности с отрывом от реального мира; анозонозией; желанием смерти, как наиболее патогномичного синдрома; бредовыми идеями самоуничтожения, виновности и другими проявлениями [7, 8]. При них, как правило, имеет место наследственная отягощенность аффективными нарушениями, маниакальные «выражи» в анамнезе. Течение заболевания рецидивирующее. В этих случаях, а также при сложностях дифференциальной диагностики, таким пациентам показана консультация психиатра.

Почвой для возникновения депрессии у пациентов с сексуальной дисфункцией являются предрасполагающие преморбидные особенности личности, усиленные психотравмой, что встречается у 75–80% мужчин, обращающихся в нашу клинику. Из психотравмирующих факторов имеет значение влияние таких, как: сексуальное расстройство, измена супруги, разрыв ценностных отношений, развод, изменивший в связи с депрессией социальный статус, препятствующий продолжению раннее успешной социальной деятельности. Также имеет значение образ жизни, дисбаланс в образе жизни, кризисные периоды в жизни, сопровождающиеся разрушением жизненных ценностей. Проявления симптомов депрессии носят индивидуальный характер у каждого пациента, поэтому важно понять, как пациент чувствует депрессию. Это касается нарушений мышления, эмоциональных реакций, неправильного поведения, нарушений сексуальных, межличностных, семейных отношений.

У обследованных нами мужчин молодого возраста с психогенной сексуальной дисфункцией реактивная (ситуационная) депрессия протекает в виде острых или пролонгированных депрессивных реакций на психотравму, усиливающую предрасполагающие к депрессии преморбидные личностные черты тревожной мнительности, чувствительности, ранимости, эмоциональной незрелости. В структуре профиля личности преобладают акцентированные личностные черты психастенического, дистимического (субдепрессивный вариант), тревожного, эмотивного, депрессивного типов. У некоторых пациентов имеет место шизоидная, истероидная акцентуации, склонность к навязчивым состояниям. В ряде случаев профиль личности имеет невротический уклон, при котором депрессия сочетается с повышением по шкалам невротической триады: невротического сверхконтроля, истерии, психастении, иногда психопатии и шизофрении (аутистичности). Это свидетельствует о присутствии не только выраженных невротических, но и психопатических черт в структуре личности пациентов [9, 10].

В клинической картине на фоне сниженного настроения, эмоционального напряжения и индивидуально проявляющейся ипохондричности наблюдается высокий уровень тревоги – 61,7 балла (по методу СМИЛ). Повышение показателей шкалы депрессии – 71,8 балла (при норме 30–70) можно расценивать как депрессивные реакции в рамках адаптационного синдрома. Баллы по шкале Гамильтона в пределах от 9 до 14 соответствуют легкому депрессивному эпизоду. Клинические проявления сексуальной дисфункции представлены снижением либидо, ослаблением или отсутствием адекватных эрекции, в дальнейшем возникает невроз ожидания сексуальной неудачи на фоне астении, сниженного настроения и усиления тревожных реакций.

В нашей практике мы наблюдали реактивную депрессию, достигшую степени реактивного психоза, явившегося результатом острой внезапной значимой психотравмы.

Приводим это наблюдение.

Пациент Б., 30 лет, психастеник, тревожно-мнительный, неуверенный в себе. Жалобы на подавленное настроение, чувство тревоги, нарушение сна, упадок сил, снижение полового влечения, ослабление адекватных эрекции. Беспокоят навязчивые мысли, связанные с предшествующей психотравмой (у себя дома стал свидетелем супружеской измены). Острые проявления психопатологических симптомов послужили причиной госпитализации в психиатрическую больницу с диагнозом «реактивный психоз». После возвращения домой последовал развод. Переживает случившееся, в сознании доминируют воспоминания, связанные с изменой жены. Проведенная комплексная психотерапия на фоне психофармакотерапии и физиотерапии дала положительный результат. Улучшилось настроение и общее самочувствие, перестали беспокоить навязчивые воспоминания. Наблюдения в динамике не выявили рецидивов депрессии. Исчезли проявления сексуальной дисфункции, познакомился с женщиной, возобновил сексуальные отношения.

В данном случае внезапная значимая психотравма послужила пусковым механизмом реактивной депрессии в сочетании с другими невротическими симптомами.

Примером невротической депрессии у пациента с психогенной сексуальной дисфункцией является следующее наше наблюдение.

Пациент В., 25 лет, холост. Обратился с жалобами на снижение настроения, слабость, утомляемость, нарушение сна и аппетита, внутреннее напряжение, выраженную тревогу, страх «сойти с ума», навязчивые мысли причинить вред себе или окружающим, нарушение сексуальной функции, выражающееся в снижении полового влечения, ослаблении адекватных эрекции. Отмечает страх перед половой близостью, присутствие навязчивых мыслей «о слабости себя как сексуального партнера», наличие комплексов неполноценности, в том числе комплекса маленьких размеров полового члена. Однако обращает внимание то, что в настоящее время его больше беспокоят изменения его физического и душевного состояния, чем проявления сексуального расстройства. Отмечает, что ухудшению его состояния способствуют переживания, связанные с психотравмирующей обстановкой в родительской семье, несмотря на то, что живет он отдельно от родителей.

При исследовании психического статуса и структуры личности диагностируется невротическая депрессия в виде тревожно-депрессивного синдрома. Профиль личности психастенического типа (метод СМИЛ) с наличием признаков выраженного комплекса неполноценности, наблюдается повышение по шкале невротической триады. Обследование у невропатолога показало наличие вегетососудистой дистонии по смешанному типу.

Психотерапии предшествовала психофармакотерапия (триптико, гидазепам, феназепам, сибазон, клофранил, пирacetам, витамины В₁, В₆). Состояние улучшилось, повысилось настроение, улучшились сон и аппетит, уменьшились проявления тревожных и навязчивых мыслей, появился интерес к сексуальным отношениям. Однако в динамике психотерапевтического лечения возникают рецидивы невроза, чередующиеся с периодами ремиссии. Их можно объяснить тем, что в данном случае сексуальная дисфункция возникла на почве уже сформировавшейся невротической личности с выраженным личностным преморбидом. Затяжное течение невротической депрессии поддерживают неизжитые, вытесненные внутриличностные конфликты, в том числе связанные с сексуальной неполноценностью.

Примером возникновения депрессии и на ее почве сексуальной дисфункции под влиянием хронической психот-

равмы, связанной с социальным фактором, является следующее наблюдение.

Пациент А., 38 лет, ранее успешный бизнесмен, по характеру склонный к тревожной мнительности, эмоциональной лабильности, обратился с жалобами на преходящее снижение настроения, тревогу, внутреннее напряжение, снижение полового влечения, ослабление адекватных эрекции, ожидание неудачи перед половой близостью с супругой. Все эти проявления возникли и постепенно нарастали в связи с появлением серьезных проблем в бизнесе и усугубились последовавшим в связи с этим отказом супруги от половой близости с ним. Обратился вместе с супругой. Он – с желанием разъяснить ей возможные негативные последствия прекращения половой жизни для его сексуального и психического здоровья, она – с целью оказания помощи в возвращении его активности и успешности в сфере социально-экономических отношений бизнеса. Супруга юрист, планирует создание своего бизнеса. Обнаруживает черты жесткости, эгоистичности, эгоцентризма, деспотичности. Не проявляет понимания его состояния, отказывает в поддержке и помощи. Психотерапевтическая коррекция не проводилась, поскольку супруги ограничились разъяснительной психотерапевтической беседой, проведенной в процессе психотерапевтического консультирования.

В данном случае реактивная депрессия, так же как и психогенная сексуальная дисфункция, явилась результатом влияния социального фактора, усиленного преморбидными личностными особенностями и социально-психологической дезадаптацией супругов, причины которой очевидны, и такие случаи не единичны.

Свои особенности имеет развитие депрессивных симптомов при сосудистой ЭД [2]. Уже при первой встрече с пациентом, обратившимся в нашу клинику с жалобами на недостаточность эрекции, можно выделить некоторые общие черты, присущие мужчинам с артериогенными расстройствами эрекции вторичного характера. Это, как правило, мужчины среднего или пожилого возраста со сниженным жизненным тонусом организма, имеющие предшествующие сексуальной дисфункции соматические заболевания, с возрастными особенностями психики, с ипохондрической фиксацией мыслей на своем сексуальном расстройстве, нередко с тревожно-мнительными чертами характера, с тревожным и ипохондрическим типами акцентуации личности. Дополнительной психотравмой для таких пациентов является неполноценный половой акт, отсутствие взаимопонимания между супругами, соматические заболевания. Все это способствует возникновению невротической или ипохондрической депрессии, которая усиливает сосудистые нарушения эрекции, а также проявления ранее приобретенной патологии (атеросклероз, сахарный диабет и другие) [2]. Повышение показателей шкалы депрессии по методу СМИЛ – 81,9 балла – при этой форме ЭД связано с возрастом и соматическими заболеваниями. Баллы по шкале Гамильтона в пределах от 17 до 27, что соответствует умеренному депрессивному эпизоду.

При венозных расстройствах эрекции, в основном встречающихся у молодых мужчин, зачастую не имеющих опыта половой жизни, так как проблемы с эрекцией начинаются уже с первых попыток к половому акту, преобладают, связанные с основным заболеванием, астенические и вегетативные нарушения на фоне сниженного настроения у лиц с преморбидной личностной предрасположенностью [2]. Такие пациенты нередко обращаются в нашу клинику с имеющимися в анамнезе ошибочными диагнозами «психогенная сексуальная дисфункция» или «хро-

Методы психотерапии в лечении психогенной депрессии

Методы психотерапии	Целевое назначение метода
Когнитивная	Выявление и разрушение приводящих к депрессии ошибочных умозаключений, установок и представлений пациента Устранение состояния дезадаптации Устранение проблем поведения Профилактика рецидивов депрессии
Рациональная	Объяснение пациенту механизмов происхождения симптомов депрессии и выработка правильного отношения к ней
Симптоматическая	Снижение депрессивных и тревожных проявлений, отвлечение внимания от ипохондрических опасений
Патогенетическая	Преодоление интрапсихических конфликтов
Гипносуггестивная	Восстановление и повторное переживание психотравмы, явившейся причиной депрессии
Личностно-ориентированная (реконструктивная)	Осознание психологических причин невротических проявлений и обозначение путей их преодоления
Нейролингвистическое программирование (НЛП)	Коррекция депрессивных и тревожных переживаний пациента
Гештальт-терапия	Рассмотрение и реконструкция жизненной ситуации
Поведенческая (бихевиоральная терапия поведения)	Формирование новых «здоровых» реакций и форм поведения
Семейная терапия (психотерапия пары)	Коррекция условий, вызывающих развитие или поддержание депрессивного и (или) тревожного состояния Устранение нарушений из межличностных отношений
Потенцирующая	Потенцирование применяемых методов медикаментозной и немедикаментозной терапии
Телесно-ориентированная	Осознание и устранение изменившихся в связи с депрессией ощущений тела
Социотерапия	Формирование позитивного воздействия на пациента окружающего его микросоциума с целью стимуляции резервных адаптационно-компенсаторных возможностей организма

нический простатит» и неэффективной предшествующей терапией.

При смешанной форме ЭД, имеющей в основе повреждение психической составляющей копулятивного цикла, депрессивные проявления связаны с личностными особенностями пациентов, в частности, тревожным типом акцентуации личности. У таких пациентов мы наблюдаем депрессивный фон настроения, эмоциональную лабильность, тревожность, мнительность, неуверенность в себе, отсутствие самоконтроля своих эмоциональных реакций, являющиеся причиной формирования невроза ожидания сексуальной неудачи [2]. Показатели депрессии по шкале СМИЛ повышены (80,9 балла), по шкале Гамильтона соответствуют умеренному депрессивному эпизоду (баллы в пределах от 17 до 27). При выраженном преморбиде, длительной межличностной и сексуальной дисгармонии у некоторых пациентов с течением времени формируется депрессивный синдром в сочетании с тревогой, астенией, ипохондрией и фобиями. Такой же смешанный характер депрессивных проявлений имеет место при всех формах сексуальной дисфункции. Это обусловлено преморбидными личностными особенностями пациентов, многофакторностью этиологии сексуальной дисфункции и парностью половой функции, а при смешанной форме сексуальной дисфункции и воспалительным процессом в предстательной железе. В том случае, если депрессия возникает первично, то механизм развития сексуальной дисфункции представляется прежде всего как психогенное торможение эрекции, обусловленное основным заболеванием. При

этом не исключается также снижение андрогенного обеспечения сексуальной активности и функциональное уменьшение кавернозного кровотока [2].

Ведущим методом лечения психогенной депрессии невротического уровня считается психотерапия. Используют сочетания ее отдельных техник и приемов (таблица).

Самым эффективным из них для устранения реактивной (ситуационной) депрессии, а также сопутствующих ей тревожных расстройств признана когнитивная психотерапия [12, 13, 17, 18]. Считается, что по своей эффективности она не уступает медикаментозной, а в некоторых случаях даже превосходит ее. Ее эффективность усиливается при сочетании с бихевиоральной терапией. Когнитивная психотерапия направлена на коррекцию ошибочных убеждений, мыслей, настроения и поведения, возникающих в результате искажения процесса переработки информации и приводящих к развитию и поддержанию депрессивных или тревожных состояний. Было установлено [12, 13, 18], что содержание мыслей или конечных когниций при депрессии включает депрессивную когнитивную триаду: негативное отношение к самому себе, негативное отношение к окружающему, негативное отношение к миру. При тревожных расстройствах наблюдается тревожная когнитивная триада: человек считает себя уязвимым и беззащитным; окружающий мир представляется враждебным; будущее кажется непредсказуемым и угрожающим. Настроение и поведение соответствуют так называемым автоматическим (непроизвольным) мыслям, которые рассматриваются как привычка или рефлекс, возникающие в ответ на определенные ситуа-

ции. Эти мысли могут быть сознательными, полусознательными или бессознательными и они являются основным предметом работы для когнитивной терапии [12], которая осуществляется в несколько этапов и направлена на анализ и последующую коррекцию автоматических, непроизвольно возникающих мыслей, сопровождающих подавленное настроение и неадекватное поведение. Мы наблюдаем такие состояния у тех пациентов с сексуальной дисфункцией, у которых под влиянием различных воздействий, в том числе психотравмирующих, возникают и закрепляются неправильные устойчивые стереотипы мышления, настроения и поведения.

Мы используем когнитивную психотерапию в сочетании с другими, приведенными выше, техниками и приемами различных методик. При выраженных психоэмоциональных расстройствах и симптомах депрессии, независимо от формы копулятивной дисфункции психотерапии предшествует, а в ряде случаев с ней сочетается психофармакотерапия: транквилизаторы, нейролептики, антидепрессанты с седативным эффектом – на начальных этапах лечения, препараты, повышающие адаптивные возможности организма и нервной системы (ноотропы, биостимуляторы и другие) – после устранения указанных симптомов. Лекарственные средства сочетаются с физиотерапией, иглотерапией и другими немедикаментозными воздействиями.

Выбор методов психотерапии определяется особенностями каждой из форм сексуальной дисфункции. Если при психогенной она является основной и ведущей, то при сосудистой и смешанной формах используют преимущественно ее потенцирующий, поддерживающий, подкрепляющий действие фармакотерапии эффект и ее проводят в сочетании с рациональной психотерапией. Последняя направлена на разъяснение пациенту причин и механизмов возникновения депрессивных, тревожных и других эмоциональных состояний и их влияния на клиническое течение и эффективность лечения сексуальной дисфункции. Это обусловлено тем, что большинство пациентов с этими формами сексуальной дисфункции имеют достаточно устойчивую соматогенную концепцию сексуальных нарушений, поэтому не считают психотерапию необходимой и эффективной. Однако активно настроены на психотерапевтическую коррекцию отношения и поведения супруги с целью ее понимания и эмоциональной поддержки.

Об эффективности комплексной психотерапии при психогенной сексуальной дисфункции в отношении симптомов депрессии и тревоги свидетельствует уменьшение (исчезновение) их проявлений у 81,8% пациентов. Соответственно улучшение (восстановление) сексуальной функции наблюдается у 78,2% пациентов.

Под влиянием потенцирующей психотерапии снижаются (устраняются) проявления депрессивных и других психоэмоциональных реакций на сексуальное расстройство у 66,7 % пациентов с сосудистой и у 64% – со смешанной формой сексуальной дисфункции. В свою очередь, улучшение (восстановление) межличностных отношений супружеской (партнерской) пары наблюдается у 68% пациентов с сосудистой и у 62% – со смешанной сексуальной дисфункцией. Повышается их адаптация к психотравмирующим ситуационным воздействиям, непосредственно связанным с семейно-сексуальной дисгармонией.

Позитивные изменения являются результатом:

- осознания пациентом психологических механизмов депрессии;
- понимания влияния депрессии на сексуальную функцию и межличностную и сексуальную гармонию в супружеских (партнерских) отношениях;

- появления адекватных реакций на сексуальное расстройство;
- овладения умением управлять своим настроением и другими эмоциями;
- устранения напряженности из межличностных отношений.

Важно обращать особое внимание на характер межличностных отношений супругов (партнеров), поскольку их изменения предшествуют или являются следствием как депрессии, так и сексуальной дисфункции. Основными признаками межличностной дисгармонии в парах обследованных нами пациентов с депрессией являются негативные реакции и изменения поведения со стороны супруги (партнера) пациента. Среди них преобладают: неумение приспособиться; реакции противодействия; обеспокоенность изменением привычных сексуальных отношений; отстраненность, отчужденность; нежелание принимать участие в решении возникших проблем (35–40%). Реже встречается понимание, сопереживание, участие, желание помочь (20–25%).

Также следует принимать во внимание тот факт, что в паре могут иметь место проявления депрессии и другие психоэмоциональные расстройства, а также сексуальная дисфункция со стороны женщины, развившаяся под влиянием сексуальной дисфункции и депрессии у супруга или же возникшая самостоятельно. Мы наблюдали такие сочетания у 13,7% из 80 пар с психогенной и смешанной сексуальной дисфункцией. В литературе также имеются данные о том, что у женщин со снижением либидо, аноргазмией, диспареунией и вагинизмом наблюдаются повышения показателей депрессии по шкале SEL-90 [14, 18]. Следует отметить, что до настоящего времени нарушениям сексуального влечения и оргазма у женщин в связи с депрессией посвящены немногочисленные исследования.

Что касается социальной адаптации пациентов, то ее повышение (или восстановление) также связано с положительной динамикой показателей депрессии и других психоэмоциональных расстройств, исчезновением симптомов сексуальной дисфункции и улучшением межличностных и сексуальных отношений супругов или сексуальных партнеров.

Учитывая влияние депрессии, в каких бы симптомах она не выражалась, на возникновение и развитие сексуальной дисфункции, на эффективность ее терапии, а также последствия депрессий для межличностной и сексуальной гармонии супружеской (партнерской) пары, считаем целесообразным в кратко остановиться на рекомендациях практикующим сексопатологам.

1. При первичном обращении пациентов с сексуальной дисфункцией, независимо от ее формы следует уделять повышенное внимание их обследованию на наличие депрессии и других, сочетающихся с ней невротических симптомов. С этой целью следует шире использовать возможности психотерапевтического консультирования и при необходимости последующего психотерапевтического лечения.

2. Психопрофилактика депрессивных проявлений и связанных с ней сексуальных нарушений должна осуществляться путем целенаправленного воздействия на являющиеся основополагающими в их возникновении личностный, межличностный и ситуационный факторы.

3. Для профилактики рецидивов депрессии необходимо изучать влияние факторов, способствующих их возникновению, и осуществлять их коррекцию.

4. Сделать обязательным распространение диагностических, лечебных и профилактических мероприятий на сексуального партнера (супругу), поскольку от соблюдения этих условий зависит их эффективность.

Депресія при різних формах сексуальної дисфункції (діагностика, клініка, психотерапія)
I.I. Горпинченко, М.М. Соколова

Наведені результати власних досліджень, що стосуються особливостей прояву депресії при різних формах сексуальної дисфункції чоловіків. Значну увагу приділено важливості і особливості діагностичних психотерапевтичних підходів при кожній з форм сексуальної дисфункції, наведені рекомендації щодо їх профілактики. Також обговорюються дані літератури стосовно депресії при сексуальних розладах.
Ключові слова: депресія, сексуальна дисфункція, психотерапія, профілактика.

Depression in various forms of sexual dysfunction (diagnosis, clinical, psychotherapy)
I.I. Gorpynchenko, M.N. Sokolova

The results of their research on the features of manifestation of depression in various forms of male sexual dysfunction. Attention is drawn to the importance and diagnostic features of psychotherapeutic approaches in each of the forms of sexual dysfunction, are recommendations for their prevention. It also discusses the literature on depression in sexual disorders.
Key words: depression, sexual dysfunction, psychotherapy, prevention.

Сведения об авторах

Горпинченко Игорь Иванович – Украинский институт сексологии и андрологии, 04053, г. Киев, ул. Ю. Коцюбинского, 9 А. E-mail:sexology@sexology.kiev.ua

Соколова Мария Николаевна – Украинский институт сексологии и андрологии, 04053, г. Киев, ул. Ю. Коцюбинского, 9 А.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Горпинченко И.И., Соколова М.Н. Сексуальное здоровье и неврозы // Здоровье мужчины, 2008. – № 2 (25). – С. 142–144.
2. И.И. Горпинченко, Я.О. Мирошников. Лечение эректильной дисфункции // Под ред. проф. И.И. Горпинченко. – Львов: Медицина світу, 2003.
3. Ильина Е. Психологическая коррекция сексуальных проблем при депрессиях // Материалы научно-практической конференции «Сексуальная культура современной России», 27 мая 2006 г., г. Москва. – С. 311–315.
4. Канн И.Ю. Сексуальные нарушения при соматизированных расстройствах у мужчин. Дис. ... канд. мед. наук. – М., 1999. – 135 с.
5. Канн И.Ю., Ягубов М.И., Кибрик Н.Д. Эректильные дисфункции в клинике соматоформных расстройств // Здоровье мужчины, 2012. – № 1 (40). – С. 106–111.
6. 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.
7. Карвасарский Б.Д. Синдром невротической депрессии. Неврозы. – М., 1990. – С. 87–92.
8. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии // Пер. с англ. – СПб: АДИС, 1994. – 208 с.
9. Соколова М.Н. Оценка личности сексологического больного // Сексология и андрология. К., 1997. – С. 88–95.
10. Соколова М.Н. Психотерапия эректильной дисфункции. Монография: Лечение эректильной дисфункции, под ред. проф. И.И. Горпинченко, К., 2008. – С. 26–36.
11. Ягубов М.И. Клинико-динамические особенности и комплексная патогенетическая терапия сексуальных дисфункций у мужчин с психическими расстройствами непсихотического уровня. – Дис. ... канд. мед. наук. – М., 2006. – 500 с.
12. Beck AT. Cognitive Therapy and the Emotional Disorders. New York: International Universities Press; 1976.
13. Blackburn IM, Davidson KM. Cognitive Therapy for Depression and Anxiety. A Practitioner's Guide. Oxford: Blackwell Scientific Publications; 1990.
14. Derogatis L.R., Meyer J.K., King K.M. Psycho-pathology in individuals with sexual dysfunction. Am. J. Psychiatry. 1981; 138: 757–63.
15. Reynolds C.F., Thase M.E., Houck P.R., Jennings J.R., Howell J.R., Lilienfeld S.O., et al. Assessment of sexual function in depressed, impotent, and healthy men: factor analysis of a brief sexual function questionnaire for men. Psychiatry Res 1988; 24:231–50.
16. Thase M.E., Reynolds C.F., Jennings J.R., Frank E., Howell J., Houck P.R., et al. Do nocturnal penile tumescence recordings after electroencephalographic sleep? Sleep. 1987; 10:486–90.
17. Haaga D.A., Dych M, Ernst D., Empirical status of cognitive theory of depression. Psychol Bull, 1991; 110:215–2–36.
18. Karasy T.V. Toward a clinical model of psychotherapy for depression Am. J. Psychotherapy 1990, 147,268–278.
19. Howell J.R., Reynolds C.F., Thase M.E., Frank E., Jennings J.R., Houck P.R., et al. Assessment of sexual function, interest and activity in depressed men. J. Affect. Disord. 1987; 13:61–6.
20. Thase M.E., Reynolds C.F., Jennings J.R., Berman S.R., Howell J.R., et al. Diagnostic performance of nocturnal penile tumescence studies in healthy, dysfunctional (impotent), and depressed men. Psychiatry. Res. 1988; 26:79–87.

Статья поступила в редакцию 20.08.2013