

Сексуальные расстройства у мужчин в рамках маскированной депрессии. Дифференциально-диагностические признаки

Ю.В. Кукурекин, В.Н. Акулинин, Е.Ю. Кукурекина, А.Н. Бушученко

Луганское отделение Ассоциации сексологов и андрологов Украины

При наличии у пациента длительно существующих жалоб, которые не могут быть в полной мере объяснены наличием соматической патологии и не поддаются эффективному соматически ориентированному лечению, следует прицельно искать признаки маскированной депрессии. Астенический синдром выявлен у всех пациентов с маскированной депрессией – 34 пациента (100,0%). Неприятные ощущения в области головки полового члена, чувство онемения, замерзания испытывали 22 больных (64,7%). Боль в области половых органов, брюшной полости непрерывного характера, нарушение мочеиспускания в виде учащения, жжения по ходу мочеиспускательного канала при мочеиспускании были выявлены у 29 пациентов (85,3%). Применение антидепрессантов у пациентов с маскированной депрессией приводит к редукции как аффективной симптоматики, так и соматических жалоб.

Ключевые слова: аффективные расстройства, маскированная депрессия, астенические расстройства, ипохондрические проявления, гипердиагностика, антидепрессанты.

Словом «депрессия» иногда называют состояние угнетенного настроения. Но это совсем не то, что под словом «депрессия» подразумевают врачи. Обычная грусть, хоть это довольно болезненное состояние, через некоторое время проходит без специального лечения. Несмотря на печальные чувства, люди продолжают жить своей повседневной жизнью. В противоположность этому, страдающие депрессивным расстройством испытывают отчаяние и беспомощность, которые овладевают ими надолго, так просто не проходит и, как правило, существенно нарушают способность человека адекватно думать и действовать, что не может не сказаться на его работе и общении с людьми [21, 22, 28].

События, приводящие к напряжению и стрессу, возникают в жизни каждого человека. Сложная ситуация может стать пусковым механизмом для депрессивного расстройства. Следует отметить, что, несмотря на яркую и довольно специфическую картину этого заболевания врачу бывает трудно понять всю суть проблем больного, разобраться в мучающем его недуге. Это связано с тем, что больные в силу своей болезни и необычности переживаний не могут четко описать свое состояние, оценивая его, как нечто похожее на чувство горя. Описание своих тягостных переживаний вызывает у пациентов значительные трудности.

Часто больные ошибочно ищут помощи у терапевта или невропатолога, предъявляя жалобы на слабость, вялость, упадок сил, снижение работоспособности, функциональные расстройства различных органов и систем – так проявляются соматические маски депрессии. Пациенты же с нарушениями сексуального здоровья и некими проявлениями в мочеполовой сфере, как правило, обращаются к урологам [1, 3, 4].

Существуют так называемые маскированные, скрытые депрессии. В этом случае на передний план выходят различные заболевания, маскирующие депрессию. По данным различных авторов, от 10% до 30% всех хронических заболеваний составляют соматические депрессии [8, 16–18]. Наибо-

лее часто в практике врачей встречаются депрессии с расстройством сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Больные могут предъявлять жалобы на головокружение, слабость, головную боль, сдавление и жжение в области сердца, нехватку воздуха. В этом случае часто ошибочно устанавливают диагноз нейроциркуляторной дистонии [6, 18, 24, 29].

Депрессия может скрываться под маской заболеваний пищеварительного тракта. При этом пациенты жалуются на диспепсические расстройства (сухость во рту, тошнота, рвота, диарея или запоры). У женщин при депрессии возможны болезненные и нерегулярные менструации. Примерно 50% страдающих депрессией людей жалуются на симптомы, казалось бы, соматических заболеваний и довольно редко упоминают о своем эмоциональном состоянии [18, 19]. В этой группе больные чаще всего предъявляют жалобы на болевые синдромы в области половых органов, эректильную дисфункцию (ЭД), преждевременную эякуляцию, снижение либидо.

В последнее время отмечается существенное изменение клинической картины депрессивных состояний, что проявляется в появлении множества стертых, атипичных форм, которые определяются как маскированные, ларвированные, редукцированные, «матовые» депрессии, «депрессии без депрессий», скрытые депрессии, депрессии истощения, вегетативные депрессии, соматизированные депрессии и пр. [4, 15–17].

Как известно, сам термин «маскированная депрессия» ввел Р. Kielholz (1973). Он обозначил эндогенную депрессию, как такую в клинической картине которой на первый план выступают соматические эквиваленты депрессии, т.е. соматические симптомы при незаметных или слабо выраженных аффективных нарушениях.

Маскированные депрессии определяют так же как «скрытые», «ларвированные», «алекситимические депрессии» либо как «тимопатические (депрессивные) эквиваленты». Речь идет о синдромах, не достигающих полной психопатологической завершенности, при которых основные свойственные депрессиям проявления (собственно гипотимия, психомоторные расстройства, идеи виновности и др.) мало выражены, а часть из них вообще отсутствует («субсиндромальные депрессии»). В других случаях собственно аффективные расстройства отступают на второй план и часто не распознаются, поскольку ведущее положение в клинической картине занимают симптомокомплексы, выходящие за пределы психопатологических расстройств аффективных регистров [31].

Пациенты могут не осознавать депрессивного расстройства; иногда они убеждены в наличии у себя какого-либо редкого и трудно диагностируемого заболевания и настаивают (предполагая некомпетентность врача) на многочисленных обследованиях в медицинских учреждениях непсихиатрического профиля. Вместе с тем, при активном расспросе удается выявить подверженный суточным колебаниям патологический аффект в виде преобладающей по утрам необычной грусти, уныния, тревоги или безразличия, отгороженности от окружающего с чрезмерной фиксацией на своих телесных ощущениях [16].

По данным ВОЗ ежегодно в мире регистрируются депрессивные расстройства, по меньшей мере, у 100 миллионов человек; соматизированная, маскированная депрессия имеет место у 20% и более больных. Поэтому депрессии называют сейчас «знаменем времени».

Одной из наиболее распространенных в общемедицинской практике «масок» депрессий (они встречаются у 50% больных с соматизированными депрессиями) являются стойкие идиопатические алгии. Хроническая боль как проявление маскированной депрессии может локализоваться практически в любой части тела. Чаще всего врачу приходится сталкиваться с цефалгиями, болью в спине, кардиалгиями, абдоминалгиями, фибромиалгиями и др. В случаях манифестации фибромиалгии (включает разнообразные болевые симптомокомплексы, локализующиеся не менее чем в 2 точках) вероятность депрессии столь велика, что некоторые авторы рассматривают депрессивные реакции в качестве обязательной составляющей синдрома фибромиалгии, а другие – квалифицируют эту группу алгий как проявление расстройств аффективного спектра [4, 6, 15–17].

Атипичность клинической картины и соматическая «маска» депрессий обуславливают обращение этих больных к врачам различных специальностей, очень часто – к сексопатологам. Наличие алгического компонента является причиной «появления» этих «нудных» пациентов у врачей-урологов. Та или иная противовоспалительная терапия не приводит к существенным изменениям в состоянии пациента, поэтому клинические проявления усугубляются.

Цель исследования: выяснение характерных признаков маскированных депрессий на фоне нарушений сексуального здоровья, их сочетание и выявление эквивалентов депрессий в соматических проявлениях.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Обследованы 55 пациентов в возрасте от 25 до 49 лет с болевыми синдромами различной интенсивности. При этом проводили исследование анамнеза жизни и болезни, данные о наличии заболевания в настоящий момент и данные о ранее перенесенных урологических заболеваниях и заболеваниях, передаваемых половым путем, а также методах их лечения. Для установления точного диагноза оценивали данные лабораторного обследования, ультразвукового исследования (УЗИ) органов малого таза.

Существенную помощь в установлении правильного диагноза оказывало психологическое исследование, проводимое сначала для уточнения диагноза. Используемые методики: СМОЛ, УНП, Леонгард, Люшер, шестьдесят не законченных предложений, ассоциативные методики.

В дальнейшем психологи проводили психокоррекционную работу на фоне показанной медикаментозной и физиотерапевтической терапии.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Среди всех обследованных больных признаки маскированной депрессии были обнаружены у 34 человек (62%).

Наличие астенического синдрома выявлено у всех 34 (100,0%) пациентов с маскированной депрессией, болевой синдром в виде неприятных ощущений и боли в области половых органов, брюшной полости непрерывного характера, нарушение мочеиспускания в виде учащения, жжение по ходу мочеиспускательного канала при мочеиспускании – у 29 (85,3%) пациентов. Неприятные ощущения в области головки полового члена, чувство онемения, замерзания испытывали 22 больных (64,7%). В качестве же основных жалоб выступали следующие: эректильная дисфункция, снижение влечения и различного рода парестезии и субъективные нарушения со стороны половых органов, прежде всего – полового члена. Обращает на

себя внимание, что ни кто из них напрямую не предъявлял жалобы на слабость, снижение настроения и т.д. Однако практически все пациенты, у которых в дальнейшем были обнаружены признаки маскированной депрессии в ходе беседы произносили характерные фразы-маркеры: «Я уже все перепробовал, ничего не помогает! Я в отчаянии!», «... ну прямо жизни никакой нет!», «я так больше не могу!», «я даже с девушкой расстался из-за этого!» (см. ушел с работы, сменил ее на более легкую, не поехал на отдых).

При тщательном обследовании таких больных можно выявить скрытые или маловыраженные явления деперсонализации и ангедонии, некоторую утрату способности радоваться с преобладанием постоянного чувства усталости и снижения жизненного тонуса.

Таким образом, дифференциально-диагностическими признаками данной патологии можно считать следующие:

- наличие астенического синдрома в виде чувства усталости, вялости, снижения работоспособности;
- непрерывный характер неприятных ощущений, отсутствие эффекта от приема анальгетиков;
- скрытый характер аффективных нарушений;
- несоответствие предъявляемых жалоб и объективных данных, полученных у врачей-интернистов;
- положительная динамика в результате приема антидепрессантов.

Таким образом, в схему лечения следует включать антидепрессанты как наиболее адекватные препараты для данного контингента больных.

ВЫВОДЫ

1. При наличии у пациента длительно существующих жалоб, которые не могут быть в полной мере объяснены наличием соматической патологии и не поддаются эффективному соматически ориентированному лечению, следует прицельно искать признаки маскированной депрессии.
2. Астенический синдром выявлен у всех пациентов с маскированной депрессией – 34 пациента (100,0%).
3. Неприятные ощущения в области головки полового члена, чувство онемения, замерзания испытывали 22 больных (64,7%).
4. Боль в области половых органов, брюшной полости непрерывного характера, нарушение мочеиспускания в виде учащения, жжение по ходу мочеиспускательного канала при мочеиспускании были выявлены у 29 пациентов (85,3%).
5. Применение антидепрессантов у пациентов с маскированной депрессией приводит к редукции как аффективной симптоматики, так и соматических жалоб.

Сексуальні розлади у чоловіків в рамках маскованої депресії.

Диференціально-діагностичні ознаки

Ю.В. Кукурєкін, В.М. Акулінін, О.Ю. Кукурєкіна, О.М. Бушученко

За наявності у пацієнта тривало існуючих скарг, які не можна повною мірою пояснити наявністю соматичної патології і не піддаються ефективному соматично орієнтованому лікуванню, слід прицільно шукати ознаки маскованої депресії. Астенічний синдром виявлений у всіх пацієнтів з маскованою депресією – 34 пацієнта (100,0%). Неприємні відчуття в ділянці голівки статевого члена, відчуття оніміння, замерзання відзначали 22 хворих (64,7%). Біль у ділянці статевих органів, черевної порожнини безперервного характеру, порушення сечовипускання у вигляді почастищення, печіння по ходу сечівника при сечовипусканні були виявлені у 29 пацієнтів (85,3%). Застосування антидепресантів у пацієнтів з маскованою депресією призводить до редукції як афективної симптоматики, так і соматичних скарг.

Ключові слова: афективні розлади, маскована депресія, астенічні розлади, ітохондричні прояви, зіпєрдіагностика, антидепресанти.

Sexual dysfunction among men in the masked depression.

Differential diagnostic features

Yu.V. Kukurekin, V.N. Akulinin, E.Yu. Kukurekina, A.N. Bushuchenko

If a patient long-existing complaints that can not be fully explained by the presence of somatic pathology and no effective treatment somatically oriented, aiming to be masked to look for signs of depression. Asthenic syndrome was detected in all patients with masked depression – 34 patients (100.0%). Discomfort in the glans penis, numbness, freezing tested 22 patients (64.7%). Pain in the genital area, the abdomen of a continuing nature, the violation of a more frequent urination, burning along the urethra during urination were detected in 29 patients (85.3%). The use of antidepressants in patients with masked depression leads to a reduction of as affective symptoms and somatic complaints.

Key words: affective disorders, masked depression, asthenic disorders, hypochondriacal manifestations, overdiagnosis, antidepressants.

Key words: affective disorders, masked depression, asthenic disorders, hypochondriacal manifestations, overdiagnosis, antidepressants.

Сведения об авторах

Кукурекин Юрий Васильевич – Луганская областная клиническая психоневрологическая больница, 91000, г. Луганск, кв. 50 лет обороны Луганска, 22; тел.: (095) 808-37-83

Акулинин Владимир Николаевич – Луганская областная клиническая психоневрологическая больница, 91000, г. Луганск, кв. 50 лет обороны Луганска, 22; тел.: (050) 811-62-23

Кукурекина Елена Юрьевна – Луганская областная клиническая психоневрологическая больница, 91000, г. Луганск, кв. 50 лет обороны Луганска, 22; тел.: (095) 894-99-01

Бушученко Александр Николаевич – Луганская областная клиническая психоневрологическая больница, 91000, г. Луганск, кв. 50 лет обороны Луганска, 22; тел.: (066) 299-75-13

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Актуальные проблемы соматопсихиатрии и психосоматики. – М., 1990. – С. 168–170.
2. Александровский Ю.А. Психиатрия и психофармакотерапия. Избранные лекции и выступления. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. – 432 с.
3. Александр Ф. Психосоматическая медицина. – М., 2000.
4. Антропов Ю.А., Ялдыгина А.С., Яворский В.М. Критерии ограничения маскированных вегетативных депрессий от психосоматических заболеваний. Актуальные проблемы соматопсихиатрии и психосоматики. – М., 1990. – С. 13–16.
5. Боголепов Н.К., Бурд Г.С. Реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями. – Л., 1973.
6. Вертоградова О.П., Довженко Т.В., Васюк Ю.А. Кардиофобический синдром (клиника, динамика, терапия) В сб.: Психические расстройства и сердечно-сосудистая патология» (под ред. Смулевича А.Б.). – М., 1994.
7. Гиндикин В.Я. Лексикон малой психиатрии. – М.: Крон-пресс, 1997. – 576 с.
8. Калугин А.Н., Минин В.А. Ларвированные депрессии как причина и следствие сексуальных расстройств у мужчин и женщин. В сб.: Сексология и андрология, вып. 3. – К., 1996. – С. 81–83.
9. Клиническая медицина. Справочник практического врача. – М., 1997.
10. Концевой В.А., Медведев А.В., Яковлева О.Б. Депрессии и старение. В кн.: Депрессии и коморбидные расстройства. – М., 1997
11. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия: Учебник. – М.: Медицина, 1995. – 608 с
12. Кришталь В.В., Маркова М.В. Нарушение психосексуального здоровья и психосоматические соотношения // DOCTOR, 2002, № 6. – С. 25–27.
13. Кулаков С.А. Основы психосоматики. – СПб.: Речь, 2005. – 288 с.
14. Лапинский Э.И., Брезме В.Н. Некоторые психологические особенности половых партнеров и их роль в развитии сексуальных расстройств и других невротических проявлений: В сб. Сексология и андрология, вып. 1. – К., 1992. – С. 64–65.
15. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 608 с.
16. Митихина И.А., Богдан М.Н., Сукасов В.К. Клинические особенности маскированных депрессий у больных общесоматических поликлиник.
17. Напреенко А.К., Бойко Н.И. Психосоматические проявления при заболеваниях органов мочеполовой системы // DOCTOR, 2002, № 6. – С. 22–24.
18. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. – М.: Медицина, 1986. – 384 с.
19. Щеглов Л.М. Сексология и психосоматика. В сб. Сексология и андрология, вып. 1. – К., 1992. – С. 65–69.
20. Щеглов Л.М. Сексуальные расстройства у мужчин, протекающие в рамках маскированной депрессии: В сб.: Сексология и андрология, вып. 3. – К., 1996. – С. 118–120.
21. Александровский Ю.А. Психиатрия и психофармакотерапия. Избранные лекции и выступления. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. – 432 с.
22. Александр Ф. Психосоматическая медицина. – М., 2000.
23. Боголепов Н.К., Бурд Г.С. Реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями. – Л., 1973.
24. Вертоградова О.П., Довженко Т.В., Васюк Ю.А. Кардиофобический синдром (клиника, динамика, терапия) В сб.: Психические расстройства и сердечно-сосудистая патология» (под ред. Смулевича А.Б.). – М., 1994.
25. Гиндикин В.Я. Лексикон малой психиатрии. – М.: Крон-пресс, 1997. – 576 с.
26. Клиническая медицина. Справочник практического врача. – М., 1997.
27. Концевой В.А., Медведев А.В., Яковлева О.Б. Депрессии и старение. В кн.: Депрессии и коморбидные расстройства. – М., 1997.
28. Коркина М.В., Лакосина Н.Д., Личко А.Е. Психиатрия: Учебник. – М.: Медицина, 1995. – 608 с.
29. Кулаков С.А. Основы психосоматики. – СПб.: Речь, 2005. – 288 с.
30. Менделевич В.Д., Соловьева С.Л. Неврология и психосоматическая медицина. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 608 с.
31. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. – М.: Медицина, 1986. – 384 с.

Статья поступила в редакцию 17.02.2014