

Тревожно-депрессивные расстройства в практике сексопатолога. Адекватная терапия

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

Луганская областная клиническая психоневрологическая больница

Применение препарата депривокс при лечении депрессивных и тревожных расстройств как в рамках невротических и аффективных патологических состояний в пограничной психиатрии, так и при сексуальных расстройствах (эректильной дисфункции психогенного генеза, прежде всего, – синдрома тревожного ожидания неудачи), оказывает достаточный терапевтический эффект. Лечение позитивно воспринимается пациентами, повышает качество жизни и предоставляет возможность восстановления качества жизни семьи. Эффективность силденафил-цитратов повышается при предварительном и в дальнейшем – при сочетанном применении их с депривоксом.

Ключевые слова: тревожные состояния, депрессии, сексуальные расстройства, депривокс, лечение.

Проблема депрессивных и тревожных состояний имеет важное значение для клинической практики [7]. Это обусловлено прежде всего тем, что число депрессий в настоящее время значительно увеличивается: по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), депрессией страдают более 110 миллионов человек в мире – 3–6% в общей популяции [3]. В структуре заболеваемости психическими расстройствами наблюдается рост заболеваемости непсихотическими формами с преобладанием невротических нарушений [2, 4, 5], среди которых важное место занимают депрессии. Существует тенденция к коморбидности депрессивных проявлений с другими группами расстройств, в частности, склонность к «тревожности депрессии» [3, 8, 10].

Особое значение приобретают тревожно-депрессивные расстройства в сексологической практике. При таких расстройствах основными клиническими признаками являются физические и психические симптомы тревоги, являющиеся первичными и обуславливающими клинические сексопатологические проявления, например: эректильную дисфункцию той или иной степени выраженности. При таких состояниях на первый план в психическом статусе выдвигаются опасения неудачи – невозможности выполнить половой акт или неполноценного его осуществления. Эти опасения максимально выражены в обстановке интимной близости, что, как правило, приводит к нарушению эрекции вследствие исчезновения автоматизма, столь необходимого для нормального сексуального контакта. Основные синдромы тревожно-депрессивных расстройств:

1. Симптомы депрессивного спектра [1]: снижение настроения; ангедония; снижение энергичности, которое приводит к повышенной утомляемости и сниженной активности; выраженная утомляемость даже при незначительном усилии; сниженная способность к сосредоточению и вниманию, снижение функции памяти; сниженные

самооценка и чувство уверенности в себе; наличие идей виновности и унижения; мрачное и пессимистическое видение будущего; наличие идей или действий по самоповреждению или суициду; нарушения сна: сочетание раннего пробуждения и депрессивных мыслей, хотя иногда имеет место чрезмерная сонливость; состояние психомоторной заторможенности (замедленность движений, мышления) или же, наоборот, состояние ажитации (беспокойство, объективно выражающееся в безостановочной двигательной активности); отсутствие интересов и способности радоваться; депрессивное мышление – мысли, относящиеся к настоящему: больной в любом событии видит только грустную сторону, считает, что ему ничего не удастся и окружающие видят в нем неудачника, больной не чувствует уверенности в себе и к любому успеху относится скептически; представления о будущем: больной ожидает самого худшего, рисует безнадежные перспективы, предвидит неудачи на работе, крах в семье и неизбежное разрушение своего здоровья, что сопровождается мыслями о самоубийстве и разработкой соответствующих планов; мысли, посвященные прошлому: думая о прошлом, больного охватывает необоснованное чувство вины и самобичевания по незначительным поводам; биологические симптомы: потеря аппетита, снижение массы тела, запоры, утрата либидо, аменорея.

2. Симптомы тревожного спектра [1]: привычное ощущение тревожного предчувствия; ощущение тревоги, вызываемое определенными ситуациями или объектами (внешними по отношению к субъекту), которые в настоящее время не являются опасными; тревога может быть генерализованной и стойкой, но не ограничиваться какими-либо определенными средовыми обстоятельствами и даже не возникать с явной предпочтительностью в этих обстоятельствах (т. е. она является «нефиксированной»); по меньшей мере в течение шести месяцев больной постоянно ощущает выраженную напряженность, беспокойство, опасения, связанные с предчувствиями грядущих неприятностей в сфере повседневной жизни; усиленное реагирование на любые неожиданности или действия, предпринимаемые с целью вызвать испуг; затруднение сосредоточения внимания, ощущение «пустоты в голове» из-за тревоги и беспокойства; постоянная раздражительность; затруднения засыпания из-за беспокойства; чувствительность к шуму; нарушение сна – невозможность быстрого засыпания, беспокойный кратковременный сон с частыми пробуждениями, отсутствие чувства отдыха утром, «кошмарные» сновидения; чувство головокружения, слабости, неустойчивости; страх сумасшествия, страх утраты самоконтроля или надвигающейся потери сознания; ощущение комка в горле или затруднения при глотании; ощущение «взвинченности», состояния на грани «нервного срыва» или психического напряжения; страх смерти; воспри-

ятие окружающих материальных объектов как «ненастоящих» либо ощущение отделенности от собственной личности или нереальности своего пребывания в данный момент в данном месте (дереализация и деперсонализация).

3. Симптомы вегетативного спектра: усиленное или учащенное сердцебиение; потливость; сухость во рту, не обусловленная приемом дегидратантов; затрудненное дыхание; шум в ушах; карпопедальные спазмы; ощущение дискомфорта в грудной клетке; тошнота и неприятные ощущения в животе; приливы жара или озноб; ощущение онемения или покалывания; мышечное напряжение или боль; двигательное беспокойство и неспособность расслабиться.

К возможным причинам синдрома тревожного ожидания неудачи относят [6]: боязнь последствий мастурбации (в настоящее время наблюдается гораздо реже, чем раньше); физиологические колебания сексуальных функций; временные ослабления потенции, вызванные физическим и эмоциональным перенапряжением, употреблением алкоголя; ситуационно обусловленные сексуальные дисфункции (интимная близость в несоответствующих условиях); неадекватная оценка нормальных параметров своих половых функций; негативная оценка сексуальных качеств мужчины его сексуальной партнершей (упреки, оскорбления); наличие истинных сексуальных расстройств, обусловленных иной патологией, и многое другое. Среди внутренних причин, способствующих возникновению синдрома тревожного ожидания, следует назвать тревожно-мнительные черты характера [6].

Механизмы, определяющие развитие симптомов тревоги, имеют полигенный характер [7, 11]. В частности, такие пациенты в детстве подвергались психотравмам и были лишены согласованной поддержки со стороны родителей, отмечались частые разводы родителей [9]. Перенесенное в детстве сексуальное насилие коррелирует с более высоким уровнем как депрессивных, так и тревожных симптомов в зрелые годы. Преморбидные личностные особенности больных с тревожными состояниями гетерогенны, и хотя люди, в характере которых присутствуют черты тревожности, особенно склонны к их развитию, подобные расстройства нередко возникают и при обсессивном, зависимом и даже шизоидном типе личности. Существенно повышен риск развития тревожных расстройств у тех, кто постоянно подвергается негативному воздействию вредных социальных факторов, например трудно разрешимых межличностных проблем или неблагоприятных условий жизни.

Тревога является естественной и неотъемлемой частью нашей повседневной жизни. Любой из нас в определенный момент своей жизни может испытывать страх, быть расстроенным или чрезмерно взволнованным. Часто тревога является адекватной реакцией в ситуации опасности или осознаваемой угрозы. Тревога – обобщающее понятие, объединяющее комплекс соматических, эмоционально-поведенческих и интеллектуальных проявлений, буквально автоматически возникающих в ситуации опасности. Человек испытывает крайнее напряжение, проявляет беспокойство, теряет возможность концентрировать внимание на чем-нибудь, кроме приближающейся опасности. Головной мозг дает сигнал на выброс гормонов, которые запускают механизм активации симпатической нервной системы.

В связи с тем, что интимная близость представляет собой парный поведенческий акт, успешность которого зависит от каждого из его участников, участие партнерши в процессе лечения синдрома тревожного ожидания чрезвычайно важно и позитивно сказывается на результатах.

Пациент должен понимать, что на качество сексуальных контактов влияет не только сексуальная техника. Большую роль играют психологические взаимоотношения между мужчиной и женщиной. В связи с этим в лечении расстройств копулятивной функции используется такой вид психотерапевтического воздействия, как супружеская терапия.

Цели и задачи исследования. Для значительной части населения тревожно-депрессивные нарушения представляют одну из основных причин снижения трудовой продуктивности, заболеваемости, социальной дезадаптации, злоупотребление алкоголем – в итоге – нарушения качества жизни семьи, в итоге. Поэтому в качестве целей исследования определили изучение эффективности фармакотерапии (наряду с когнитивно-поведенческой терапией), в частности, препарата депривокс у пациентов, страдающих депрессивно-тревожными расстройствами с теми или иными нарушениями со стороны сексуальной сферы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Депривокс – таблетка, покрытая оболочкой и содержащая 100 мг флувоксамина – использован в лечении 66 мужчин в возрасте от 28 до 54 лет, страдающих тревожно-депрессивными расстройствами (в основном, с синдромом тревожного ожидания неудачи). Оптимальный период полувыведения депривокса – 25–26 ч, достаточный для приема однократной суточной дозы, но исключающий риск кумуляции и развития дозозависимых побочных эффектов. Мощностю ингибирующего действия на обратный захват серотонина – выраженное тимоаналептическое и анксиолитическое действие. Первые 3–7 дней применяли 50 мг на ночь (по 1/2 таблетки), далее – по 1 таблетке (100 мг) перед сном. Курс лечения составлял два месяца. Параллельно проводили индивидуальную психотерапию, которая являлась личностно-ориентированной (реконструктивной).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Установлено, что при лечении 48 (72,7%) больных невротиками с тревожно-депрессивными расстройствами купировались симптомы тревожного спектра уже через 7–10 дней после начала терапии депривоксом. Пациенты становились более активными в процессе психотерапевтического общения. Быстрее и более выражено происходили позитивные изменения в состоянии пациента (уменьшение тревоги, депрессии, соматической симптоматики, увеличение активности, улучшение социального функционирования). Следует отметить, что использование силденафил-цитратов на фоне нарушений в психической сфере тревожно-депрессивного характера оказывалось малоэффективным.

Рекомендации применения силденафил-цитратов осуществляли сугубо после лечения депривоксом в течение, как минимум, семи дней. Что вывело пациентов на новую качественную ступень в утраченных ими сексуальных возможностях. У 15 больных (22,7%) позитивный результат в восстановлении и качества эрекции наблюдали в более поздние сроки терапии депривоксом.

ВЫВОДЫ

1. Депривокс является эффективным методом лечения депрессивных и тревожных расстройств как в рамках невротоподобных и аффективных патологических состояний в пограничной психиатрии, так и при копулятивных нарушениях психогенного характера.
2. Можно рекомендовать прием депривокса для предупреждения возможной алкоголизации и развития хро-

нического алкоголизма в случаях тревожно-депрессивной симптоматики с эректильной дисфункцией, ведущей к необходимости приема стимулирующих потенцию средств в виде алкоголя.

3. Принимая во внимание отсутствие побочных эффектов, хорошую переносимость, метод лечения позитивно воспринимается пациентами, повышает качество жизни и предоставляет возможность предупреждения привыкания к спиртному.

Тривожно-депресивні розлади в практиці сексопатолога. Адекватна терапія
Ю.В. Кукурекін, В.Н. Акулінін, Є.Ю. Кукурекіна

Вживання препарату депривокс при лікуванні депресивних і тривожних розладів як в рамках неврозоподібних і афективних патологічних станів у пограничній психіатрії, так і при сексуальних розладах (еректильній дисфункції психогенного генезу, перш за все, – синдрому тривожного очікування невдачі), надає достатній терапевтичний ефект. Лікування пози-

тивно сприймається пацієнтами, підвищує якість життя і надає можливість відновлення якості життя родини. Ефективність силденафіл-цитратів підвищується при попередньому і надалі – при поєднаному вживанні їх з депривоксом.

Ключові слова: тривожні стани, депресії, сексуальні розлади, депривокс, лікування.

Anxiety and depressive disorders in the practice of pathology. Adequate therapy
Y.V. Kukurekin, V.N. Akulinin, E.Y. Kukurekina

Preparation application deprivox at treatment of depressive and disturbing frustration as in frameworks неврозоподібних and affective pathological conditions in boundary psychiatry, and at sexual frustration (erectile dysfunctions psychogenic genesis), first of all, – a syndrome of disturbing expectation of failure), renders sufficient therapeutic effect. Treatment is positively perceived by patients, raises quality of life and gives possibility of restoration of quality of life of a family. Efficiency sildenafil – citrates raises at preliminary and, further, – their application with deprivox.

Key words: anxiety, depression, sexual dysfunction, deprivox, treatment.

Сведения об авторе

Кукурекин Юрий Васильевич – Луганская областная клиническая психоневрологическая больница, 91000, г. Луганск, кв. 50 лет обороны Луганска, 22; тел.: (0642) 55-30-13.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андрух П. Г. Этиология, нейрохимия и клиника современных форм тревожно-депрессивных расстройств / Медицинские исследования, 2001. – Т. 1, вып. 1. – С. 109–110.
2. Гельдер М., Гэт Д., Мейо Р. Оксфордское руководство по психиатрии, т. 2 / Пер. с англ. – К.: Сфера, 1999. – 304 с.
3. Голдберг Д., Бенджамин С., Крид Ф. Психиатрия в медицинской практике / Пер. с англ. – К.: Сфера, 1999. – С. 165, 171, 172, 175.
4. Волошин П.В. Перспективы та шляхи розвитку неврологічної, психіатричної та наркологічної допомоги в Україні // Український вісник психоневрології, 1995. – Т. 3, вип. 2. – С. 5–7.
5. Клиническое руководство по психиатрической помощи в практике семейного врача: информационно-скрининговый пакет. – К., 2000. – 66, 241.
6. Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания неудачи у мужчин/ Научно-практическая конференция «Сексуальная культура и сексуальное здоровье нации». – М., 2002.
7. Марута Н. А. /Невротическая болезнь // Международный медицинский журнал, 1997. – Т. 3, № 3. – С. 16–19.
8. Михайлов Б.В., Сердюк А.И., Чугунов В.В. Актуальные проблемы нейронаук в Украине/ Вісник психічного здоров'я, 1999. – № 4. – С. 5–6.
9. Рачкаускас Г.С., Кукурекин Ю.В. Сексуальное здоровье и лечение его нарушений. – Луганск, 2008.
10. Сеницкий В.Н. Депрессивные состояния. – К.: Наукова думка, 1986.
11. Тиганов А.С. Руководство по психиатрии: в 2 т. – М.: Медицина, 1999. – Т. 1. – С. 584–585.

Статья поступила в редакцию 13.08.2013