

*Е. С. Гализдра*

Крымский государственный медицинский университет  
им. С. И. Георгиевского (Симферополь)

### КЛИНИКО-ЭТОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ, ПРОТЕКАЮЩИХ С СЕКСУАЛЬНЫМИ ДИСФУНКЦИЯМИ, У ЖЕНЩИН

В последние десятилетия расстройства депрессивного спектра по распространенности и многообразию вариантов занимают одно из первых мест в структуре психической заболеваемости [1–3]. По данным большинства исследователей, вероятность развития депрессии у женщин почти в два раза больше, чем у мужчин [4, 5]. Заболеваемость депрессией характеризуется дальнейшим ростом, одной из причин которого является возрастающее желание респондентов сообщать о наличии у них проблем такого рода. Нарастающая актуальность проблемы депрессий обусловлена их распространенностью, значительным влиянием заболевания на качество жизни и социальное функционирование человека, а также наибольшим среди психических расстройств уровнем совершенных суицидов [6]. Рост выраженности аффективных расстройств, нарастания коморбидной патологии, в том числе нарушений со стороны сексуальной сферы, требует разработки программ более тонкой и объективной диагностики, специфических подходов терапии.

Целью нашего исследования было установление и описание взаимосвязи между клинико-этологическими особенностями и сексуальными дисфункциями у женщин, страдающих невротическими и эндогенными депрессивными расстройствами.

В соответствии с целью и задачами данного исследования нами было обследовано 100 супружеских пар, в которых жены страдали депрессивными расстройствами (основная группа). Контрольную группу (50 здоровых испытуемых) составили студентки пятого и шестого курсов Крымского медицинского университета им. С. И. Георгиевского, согласившиеся участвовать в данном исследовании: психически, сексологически и соматически здоровые женщины, регулярно проходящие диспансерное наблюдение.

Необходимыми критериями отбора и включения

в основную группу исследования явились: женский пол, возраст больных (от 20 до 40 лет), наличие постоянного полового партнера, присутствие у больной в структуре психопатологического состояния депрессивного расстройства. Все больные были обследованы в условиях стационара, до начала психотерапии. Данное исследование проведено на базе Крымской Республиканской клинической психиатрической больницы № 1.

Характеристика обследованных групп приведена в таблице 1.

Первая группа данного исследования включала больных с депрессивными расстройствами эндогенного характера и была представлена рубриками F 32 и F 34, характеризующими, соответственно, умеренный депрессивный эпизод, протекающий с соматическими симптомами (F 32.11.) и умеренный депрессивный эпизод, протекающий без соматических симптомов (F 32.10.), а также хронические расстройства настроения, представленные циклотимией (F 34.00.).

Вторую группу составили больные с невротическими депрессивными расстройствами, включающими следующие диагностические рубрики: F 41.2 (смешанные тревожно-депрессивные расстройства) и расстройства адаптации в виде пролонгированной депрессивной реакции (F 43.21).

Все пациентки были подвергнуты комплексному обследованию, которое включало: клинико-психопатологическое обследование (для объективизации полученных данных использовались рейтинговые клинические шкалы: депрессии MADRS и тревоги Гамильтона); специальные сексологические методики (метод системно-структурного анализа по В. В. Кристалю [7], определение типа половой конституции по методике И. Л. Ботневой у женщин и по Г. С. Васильченко — у мужчин [8]).

Таблица 1

Распределение обследуемых пациенток по диагностическим рубрикам с учетом возраста

Исследуемая группа	Количество больных	Средний возраст
Эндогенные депрессивные расстройства:		
— умеренный депрессивный эпизод, без соматических симптомов (F 32.10.)	20	35,35 ± 1,64
— умеренный депрессивный эпизод, с соматическими симптомами (F 32.11.)	20	37,80 ± 1,17
— хронические расстройства настроения — циклотимия (F 34.00.)	10	32,20 ± 1,68
Всего больных	50	35,12 ± 1,32
Невротические депрессивные расстройства:		
— смешанные тревожно-депрессивные расстройства (F 41.2)	25	29,8 ± 1,15
— расстройства адаптации: пролонгированная депрессивная реакция (F 43.21)	25	30 ± 1,33
Всего больных	50	29,90 ± 0,07
Контрольная группа	50	21,71 ± 0,34

**1. Клинико-психопатологические особенности.**

Невротические депрессивные расстройства у женщин, сочетающиеся с сексуальными дисфункциями, клинически характеризовались преобладанием астенической и тревожно-депрессивной симптоматики с выраженными полиморфными соматоформными вегетативными расстройствами (74,0 % пациенток), которые определяли основные жалобы больных. Депрессивный синдром отличался незначительной глубиной (средние показатели по MADRS  $22,19 \pm 0,46$ ), тревожный синдром носил эпизодический характер, варьирующую интенсивность (средний показатель HADS  $9,77 \pm 0,19$ ); превалировал психический компонент астении. В преморбиде ведущими были астено-невротический (58,0 %) и лабильный (54,0 %) типы акцентуаций. В этиопатогенезе у 80,0 % пациенток отмечались полипсихотравмы, где доминировали пролонгированные истощающие и трансформирующие психогении (88,0 %). Сексуальные дисфункции носили вторичный характер и проявлялись снижением полового влечения (88,0 %), изменением эрогенной реактивности (92,0 %), дизоргазмией (78,0 %), гениталгиями (32,0 %).

Клинические особенности больных с эндогенными аффективными расстройствами определялись умеренным депрессивным эпизодом (средние показатели по MADRS  $40,52 \pm 0,72$ ), с типичными эндогенными стигмами, широким спектром проявлений суицидального поведения (82,0 % пациенток). Доминировали проявления тревожной депрессии (46,0 % пациенток), астенической и апатической депрессии (30,0 % пациенток). Тревожный синдром характеризовался высокой интенсивностью (средние показатели по HADS  $27,08 \pm 0,74$ ), постоянством, эндогенной ритмикой. Выявлена высокая наследственная предрасположенность к аффективной патологии (56,0 % пациенток). В преморбиде преобладали психастенический (38,0 %), сенситивный (38,0 %), циклотимный (32,0 %) и лабильный (32,0 %) типы акцентуаций. Динамика сексуальных дисфункций определялась клиническим течением депрессивного эпизода и проявлялась снижением полового влечения (100,0 %), вплоть до аверсии (42,0 %), изменением эрогенной реактивности (96,0 %), аноргазмией (66,0 %), коитофобией (42,0 %). Вторичные сексуальные дисфункции углубляли тяжесть депрессивного расстройства и дезадаптацию больных. Основными клиническими симптомами, формирующими течение данного заболевания, были: снижение витального тонуса, пессимистическая настроенность, самоупреки, чувство вины, идеи самообвинения и самоуничтожения, нарушения биологических ритмов, разная степень выраженности психомоторной заторможенности, типичные соматоформные вегетативные расстройства, суицидальное поведение.

**2. Клинико-этологические особенности** больных с невротическими депрессиями определялись доминирующими аффективными переживаниями, отражающими психогении и актуальные конфликты. В контексте психодиагностического интервью, посвященного обсуждению сексуальной тематики, выявлен ее выраженный фрустрирующий характер, проявляющийся увеличением этологических характеристик, свойственных депрессии. Невротическим депрессивным расстройствам свойственна достоверно большая (при  $p \leq 0,01$ ) динамика этологических показателей по каналам мимики ( $1,81 \pm 0,05$  усл. ед.;

в контрольной группе —  $1,21 \pm 0,09$  усл. ед.) и жеста ( $1,15 \pm 0,07$  усл. ед.; в контрольной группе —  $0,73 \pm 0,07$  усл. ед.), что является диагностическим критерием данной рубрики. Речевое поведение больных определялось легкими признаками алекситимии (46,0 % пациенток).

Клинико-этологические особенности пациенток с эндогенными депрессивными расстройствами определялись ведущим депрессивным синдромом и эндогенными стигмами, указывающими на снижение специфической энергии действия: статично-субмиссивный характер поздних элементов, гипомимичность, достоверное снижение динамики показателей по всем каналам коммуникации. Динамика этологических характеристик является диагностическим критерием: мимический канал —  $0,61 \pm 0,08$  усл. ед. (достоверные отличия от контрольной группы при  $p \leq 0,005$ ); поздний канал —  $0,41 \pm 0,04$  усл. ед. (при  $p \leq 0,01$ ); жестовый канал —  $0,31 \pm 0,09$  усл. ед. (при  $p \leq 0,005$ ). Контекст исследования не вносил существенного вклада в этологическую динамику. Речевое поведение характеризовалось большей выраженностью (76,0 % больных) алекситимии. Подтверждена дифференциально-диагностическая значимость этологической динамики эндогенных и невротических депрессивных расстройств по каналам мимики (при  $p \leq 0,005$ ), жеста (при  $p \leq 0,01$ ).

**3. Системно-структурный анализ сексуального здоровья** семейных пар, в которых женщины страдали невротическими депрессивными расстройствами, выявил преобладание шаблонно-регламентированной сексуальной мотивации (58,0 % женщин, 38,0 % мужчин), дисгармоничность сексуальной мотивации партнеров; снижение сексуального либидо у пациенток (64,0 %), существенное снижение объема и спектра сексуальных фантазий, некоторое потускнение чувств к партнеру, снижение оргастичности (44,0 % больных), превалирование изменений психологического компонента сексуального здоровья (68,0 % женщин, 2,0 % мужчин).

Системно-структурный анализ сексуального здоровья семейных пар, в которых женщины страдали эндогенными депрессиями, обнаружил более выраженную дезинформированность в вопросах психогигиены половой жизни (28,0 % больных), диссонанс пассивно-подчиняемого типа сексуальной мотивации у женщин (24,0 %) и генитального у мужчин (22,0 %); преобладание в мотивации полового акта обязанности (64,0 %) и потребности в релаксации (62,0 %) при значительном снижении остальных мотивов; большую выраженность слабого типа половой конституции (28,0 % женщин, 18,0 % мужчин); алибидемию (76,0 %); большую выраженность снижения сексуальных фантазий у женщин и гиперкомпенсаторный характер у их половых партнеров; наличие негативных чувств к партнеру (26,0 % у женщин, 14,0 % у мужчин); значительное снижение оргастичности у пациенток (92,0 %); наличие невротического (14,0 %) и примитивного (6,0 %) типов сексуальной культуры; преобладание нарушения биологического компонента сексуального здоровья с выраженными нарушениями нейрорегуляторной, вегетативной, психической составляющих (100,0 % пациенток), более выраженной нейрогуморальной (28,0 %), чем при невротических депрессиях (16,0 %). В указанной группе выявлены признаки более глубокой семейно-сексуальной дисгармонии.

Таким образом, выделенные клинико-психопатологические, клинико-этиологические и сексопатологические особенности представляют собой дополнительные диагностические и дифференциальные критерии эндогенных и невротических депрессивных расстройств у женщин, сочетающихся с сексуальными дисфункциями. Данные аспекты делают обозначенную проблему актуальной и перспективной для дальнейшего изучения.

**Список литературы**

1. Марута Н. А. Современные депрессивные расстройства // Украинський вісник психоневрології. — 2001. — Т. 9, вип. 4 (29). — С. 79–82.  
 2. Марута Н. А., Мороз В. В. Невротические депрессии (клиника, патогенез, и лечение): Монография. — Харьков: Арсис, 2002. — 144 с.

3. Подкорытов В. С., Чайка Ю. Ю. Депрессии. Современная терапия. — Харьков: Торнадо, 2003. — 352 с.

4. Михайлов Б. В., Кришталь В. В., Филатова О. А. и др. Причины и условия развития нарушения сексуального здоровья у женщин // Провизор. — Спец. вып. «Здоровье женщины». — 1998. — С. 22.

5. Грачев Р. А. Неврозы и сексуальные расстройства у женщин // Международный медицинский журнал. — 1999. — Т. 5, № 1. — С. 71–74.

6. Амбрумова А. Г., Тихоненко В. А. Суицид как феномен социально-психологической дезадаптации // Актуальные проблемы суицидологии: Сб. ст. / Под ред. А. А. Портнова. — М.: изд-во НИИП, 1978. — С. 6–28.

7. Кришталь В. В., Гульман Б. Л. Сексология. — Т. 2. — Клиническая сексология. Ч. 1. Общая сексопатология. — Харьков: Акад. сексолог. исследований, 1997. — 272 с.

8. Васильченко Г. С., Ботнева И. Л., Нохуров А. Первичное обследование женщин, страдающих сексологическими расстройствами: Метод. рекомендации. — М., 1975. — 26 с.

*Надійшла до редакції 14.04.2006 р.*

*Є. С. Галіздра*

**Клініко-етологічні особливості афективних розладів, що перебігають з сексуальними дисфункціями, в жінок**

*Кримський державний медичний університет ім. С. І. Георгієвського (Сімферополь)*

У статті наведено теоретичне обґрунтування та нові рішення задач діагностики та диференційної діагностики афективних розладів, сполучених з сексуальними порушеннями, на основі комплексного підходу, який базується на клініко-психопатологічному методі, клініко-етологічній діагностиці, системно-структурному аналізі сексуального здоров'я.

*E. S. Galizdra*

**Clinical-ethological peculiarities of affective disorders with sexual dysfunctions at women**

*Crimean State medical University named after S. I. Georgievsky of Ministry of Health of Ukraine (Simferopol')*

In this article has described theoretical foundation and new solution of tasks of diagnostic and differential diagnostics of affective disorders at women, with sexual dysfunctions. This new solution is are based on complex approach, with included clinical-psychopathological, clinical-ethological methods and system-structural analysis of sexual health.

УДК 616–083.98 (082)

*В. М. Загуровский, канд. мед. наук*

*Харьковская медицинская академия последипломного образования (Харьков)*

**ИЗМЕНЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ ПРИ ПСИХОТЕРАПИИ И ПСИХОФАРМАКОТЕРАПИИ ПРИСТУПОВ СТЕНОКАРДИИ**

В настоящее время при лечении ишемической болезни сердца (ИБС) и приступов стенокардии (ПС), применяется, как правило, медикаментозная терапия. Неоспорима принадлежность этого заболевания к психосоматической патологии, обязательным компонентом патогенеза которой являются психоэмоциональные нарушения [2, 8]. Нами показано, что ПС являются психосоматическим способом реагирования личности на изменяющиеся условия существования [3, 4]. В литературе крайне скудно освещены вопросы коррекции психоэмоциональных нарушений при приступах. Как правило, это единичные данные использования препаратов с седативным эффектом [6]. В связи с этим предполагается целесообразным изучение влияния психотерапии и психофармакотерапии при купировании ПС.

Исследование посвящено изучению результатов применения трансовой психотерапии и психофармакотерапии при купировании ПС в структуре ИБС.

Трансовая психотерапия и психофармакотерапия проводилась при купировании ПС у больных ИБС, обратившихся за медицинской помощью на станцию скорой медицинской помощи по поводу приступа. Применялись следующие методы психотерапии на фоне медикаментозной терапии по показаниям:

медикаментозный гипноз — 21, нейролингвистическое программирование — 16, эриксоновский гипноз — 20, экспресс-гипноз — 15, психофармакотерапия — 24, рациональная психотерапия — 18, медикаментозная терапия — 31 человек. Для исследования использовали: тест Люшера, шкалу реактивной и личностной тревожности Спилбергера — Ханина, Гиссенский опросник соматических жалоб, клинический опросник выявления и оценки невротических состояний. Катamnестическое наблюдение проводилось спустя 8–10 недель.

Нами показано ранее, что при ПС больные находятся в измененном состоянии сознания (особые состояния сознания) [4]. Это состояние несет высокий аффективный заряд, что способствует фиксации лечебных изменений структуры ПС [1, 5]. Следовательно, имеются веские предпосылки для использования этого особого состояния сознания для проведения трансовой терапии. Тем более что это особое состояние сознания напрямую связано с манифестацией механизмов болезненного способа реагирования личности в виде ПС.

Психотерапевтическое воздействие было направлено на патогенетические структуры как самого неотложного состояния, так и всего заболевания в целом.