

Психосоматические аспекты клиники и терапии хронической тазовой боли в сексологической практике

М. И. Ягубов, И. Ю. Кан

Вопросы клиники, диагностики и терапии хронической тазовой боли, сопровождающейся возникновением сексуальных нарушений, при соматоформных психических расстройствах у мужчин являются сферой пересечения интересов психиатров, сексологов и врачей других специальностей (урологов, эндокринологов, терапевтов и др.), к которым больные обращаются в первую очередь. В связи со своеобразием жалоб на субъективные тягостные ощущения, локализующиеся в области таза, и сексуальные дисфункции пациенты в течение длительного времени не попадают в поле зрения психиатра и не получают адекватной помощи. Даже в случае выявления соматических (чаще урологических) отклонений их наличие не объясняет субъективной тяжести, обширности, вариабельности и упорства жалоб на боли и сексуальные расстройства [15, 20–22]. Диагностические сложности и отсутствие своевременного адекватного лечения способствуют их затяжному течению, что в свою очередь приводит к супружеской дисгармонии, распаду семьи и антивита́льному поведению [2, 4, 11]. Таким образом, расстройства, сопровождающиеся длительными тягостными ощущениями в области таза, интерпретируемые больными как причины или проявления сексуальных нарушений, требуют диагностического анализа и распознавания, поскольку часто не осознаются, не предъявляются пациентами и не фиксируются врачами, не имеющими специальной сексологической и психиатрической подготовки [5, 8].

В современных классификациях психических расстройств (DSM-IV, МКБ-10) [16, 19] соматоформные расстройства выделяются как самостоятельная диагностическая категория. Ранее отечественные ученые относили данные состояния к маскированным депрессиям, неврозам (в том числе вегетоневрозам, «органным неврозам», «системным неврозам» и ипохондрическим неврозам), сенесто-ипохондрическому синдрому при малопрогрессирующей и параноидной формах шизофрении [1, 3, 12]. Зарубежными авторами эти расстройства чаще описывались в рамках истерии или синдрома Брике [6].

Под соматоформными расстройствами (F45) [19] понимается повторяющееся возникновение физических симптомов, заставляющих предположить соматическое заболевание, которое не подтверждается объективными данными медицинского обследования [17]. Популяционная распространенность соматоформных расстройств остается точно неизвестной, однако по некоторым данным [12] ими могут страдать 20–25% всех больных общей практики.

Целью настоящего исследования является анализ клинических особенностей сексуальных дисфункций у мужчин с преобладанием тягостных ощущений в тазовой области при соматоформных психических расстройствах и разработка комплекса терапевтических мероприятий.

Материал и методы

Проанализированы материалы обследования 75 пациентов мужского пола в возрасте в среднем $35,2 \pm 12,2$ года, обратившихся в отделение сексологии и терапии сексуальных дисфункций ФМИЦПН. У каждого пациента было получено информированное согласие. Признаком, по которому пациенты включались в изучаемую группу, являлось наличие у них множественных, часто видоизменяющихся ощущений в тазовой области, исчезающих и повторно возникающих, усиливающихся на фоне сексуальной активности, имевших место на протяжении ряда лет вне рамок диагностированного соматического заболевания. В работе применялся клинко-сексологический и клинко-динамический метод, использовались результаты лабораторно-инструментальных методов обследования (анализ мочи, сока простаты, эякулята), дополнительно проводилось ультразвуковое исследование предстательной железы. Проведенный обобщенный анализ включал оценку клинической динамики психических и сексуальных расстройств у пациентов, характера партнерской ситуации, конституциональных особенностей больных. Телесные сенсации, являющиеся одним из основных проявлений клинической картины, оценивались по следующим признакам: особенностям возникновения, характеру, способу их распространения, локализации по внутренним органам. В соответствии с классификацией патологии общего чувства [18] они были отнесены к гомономному типу. Эти ощущения, сходные по проявлениям с симптомами соматической патологии, могли выступать в рамках моносимптома — алгии (психалгии) либо сочетаться с истероконверсионными расстройствами, такими как спазмы в горле, удушье, озноб, тремор конечностей, — истероалгии. Исследование половой конституции [3] показало, что среди пациентов с соматоформными расстройствами преобладали лица со слабым и ослабленным вариантом средней половой конституции (52 больных (69,3%)). Таким образом, анализ полученных данных показывает, что наличие изначально слабого соматобиологического преморбида, возможно, предопределяя слабость адаптационных механизмов, способствует формированию как сексуальных, так и соматоформных расстройств.

43 (57,3%) пациента на момент обращения состояли в браке, а остальные 32 (42,7%) не были женаты, из них 15 (20%) были разведены. Супружеские отношения в 47 (62,7%) случаях характеризовались как «неудовлетворительные», в 16 (21,3%) — как «частично удовлетворительные/неудовлетворительные» и лишь в 12

(16%) — как «удовлетворительные». Несмотря на неудовлетворительные отношения в семье, больные предпочитали сохранять брак, опасаясь остаться одинокими. Диагностическая оценка имеющихся у больных расстройств проводилась согласно МКБ-10 по ведущему нарушению. Для сравнения характерных клинико-психопатологических особенностей сексуальных дисфункций у мужчин с хроническими тазовыми болями при соматоформных психических расстройствах в рамках различных вариантов психической патологии в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 больные были распределены на две группы.

Более многочисленную группу из 50 (66,7%) человек составили больные с соматизированным расстройством. Помимо сексуальных нарушений в клинической картине заболевания у этих больных отмечались имеющиеся на протяжении ряда лет вне рамок соматического заболевания множественные и часто видоизменяющиеся ощущения в тазовой области, интерпретируемые пациентами как основные причины их сексуальной несостоятельности. Нередко эти ощущения возникали повторно или усиливались на фоне сексуальной активности. Жалобы на боли являлись одним из наиболее часто встречающихся симптомов. Их появление и выраженность зависели от психического состояния. Они были непродолжительны, изменчивы, меняли локализацию и сочетались с вегетативными и псевдоневрологическими проявлениями. Эти ощущения периодически возобновлялись, чаще всего в психотравмирующей ситуации семейно-сексуального характера, и сохранялись непрерывно от нескольких минут до 6–8 недель. Сексуальные нарушения возникали на фоне наблюдающихся в клинической картине заболевания тревожных, депрессивных и астенических расстройств, проявляющихся снижением настроения, подавленностью, обеспокоенностью и фиксированностью на ощущениях в тазовой области, снижением активности, невозможностью расслабиться и периодическим расстройством сна.

При более детальном опросе было установлено, что эти пациенты неоднократно обращались за медицинской помощью к врачам других специальностей с жалобами на желудочно-кишечные расстройства (тошнота, боли в животе), болевые симптомы (боли в спине, во время мочеиспускания, в грудной клетке) и др., подробное обследование и лечение которых значимых результатов не давало. По поводу неприятных ощущений в тазовой области и сексуальных дисфункций пациенты неоднократно уже обращались за сексологической помощью к урологам. Неэффективность проводимой терапии вынуждала больных искать помощи у представителей нетрадиционной медицины (экстрасенсов, знахарей) и без опасений «экспериментировать», принимая разнообразные препараты, в том числе рекомендованные знакомыми и рекламируемые в средствах массовой информации.

Сексуальные дисфункции у больных с соматизированным расстройством проявлялись в основном снижением сексуального влечения (у 36 (48%)). Остальные 14 (18,7%) пациентов страдали расстройством эрекции. Значимое место в клинической картине соматизированных расстройств у пациентов занимали коиталгии — болезненные ощущения во время полового акта.

Сексуальное влечение у пациентов снижалось на фоне депрессивной симптоматики и тягостных ощущений в области таза. Патологическая фиксация и тревожное ожидание возможного возникновения этих ощущений приводили к снижению настроения и сопровождалась вегетативной симптоматикой. На этом фоне эрекция или вообще не возникала или ослабевала в ходе полового акта. Даже после успешного проведения полового акта, который происходил очень редко, у пациентов усиливались болевые ощущения. После каждого такого полового акта пациенты начинали бесконтрольно принимать на протяжении нескольких дней антибиотики, якобы для снятия воспаления. В конце концов больные полностью прекращали сексуальные попытки.

Ведущими переживаниями больных с соматизированными расстройствами являлись озабоченность наличием болевой и соматовегетативной симптоматики, а также неудовлетворенность эмоциональными отношениями с партнером или одиночество. Они включали как переживания собственной невостребованности, недостатка любви, внимания к себе, идеи ревности, фрустрации вследствие высокого уровня притязаний, так и отсутствие любви к партнеру вплоть до чувств безразличия, неприязни, отвращения. В группу больных с сексуальными дисфункциями, обусловленными ипохондрическим расстройством, вошли 25 (33,3%) мужчин. Основным признаком, объединяющим этих больных, была постоянная озабоченность наличием возможного тяжелого и прогрессирующего заболевания. Причиной возникновения ипохондрических идей с сексуально-тематическим оформлением стали факторы, имеющие психогенную связь с половой сферой. Так, источником ощущений, привлекающих внимание пациентов, стали перенесенные инфекции, передающиеся половым путем (трихомониаз, гонорея, хламидиоз, уреаплазмоз, микоплазмоз), неспецифический острый простатит в результате переохлаждения, травмы, полученные во время фрикционной стадии, орального секса и после удара ногой в область паха. У акцентуированных личностей эти ощущения приобретали особую актуальность и сопровождалась патологической фиксацией внимания на половых органах и области таза. Постоянные переживания, связанные с провоцирующими факторами и неприятными ощущениями в тазовой области, приводили к снижению настроения разной степени выраженности, тревоге и доминирующим идеям о наличии серьезного заболевания или физического повреждения. Со временем присоединялась астеническая симптоматика, нарушение сна и общего самочувствия. Пациенты постоянно следили за сексуальными проявлениями и были убеждены в наличии сосудистой и неврологической патологии, полученной в результате воспаления, инфекции и травмы. На этом фоне возникали и сексуальные расстройства.

Большинство пациентов с ипохондрическими расстройствами негативно относились к приему медикаментов с

целью купирования боли и использовали различные формы ограничительного поведения: особые позы, изменения положения тела, уменьшение различных видов активности. Они отрицали наличие эффекта от любого способа борьбы с болью и сексуальными расстройствами («ничего не помогает») и не верили в помощь врачей. Мотивацией обращения за медицинской помощью для большинства больных является желание всестороннего обследования и подтверждения собственных опасений, что и определяет особенности внутренней картины болезни этих пациентов.

Сексуальные дисфункции при ипохондрии формировались на фоне тревожно-депрессивного аффекта.

Сексуальные дисфункции у 16 (21,3%) пациентов с ипохондрическим расстройством проявлялись снижением полового влечения, а у 9 (12%) — расстройством эрекции. Нерегулярные спонтанные эрекции, которые на фоне возникшей астенической симптоматики становились слабее и реже оценивались больными как признак, подтверждающий органическую патологию в половых органах.

Пациенты были направлены в отделение сексологии и терапии сексуальных дисфункций психиатрии урологами после обследования и даже в некоторых случаях безуспешного лечения. Больные проявляли настойчивость в проведении обследования на современном оборудовании, хотя после посещения урологов не были категоричны в отрицании роли психогенных факторов в формировании у них сексуальной патологии.

Лечебно-реабилитационные мероприятия

Лечебно-реабилитационные мероприятия в отношении данного контингента включают три этапа и носят комплексный характер. Терапевтическая тактика строится с учетом определяющей роли психической патологии и выявленных в ходе исследования факторов, участвующих в ее формировании. В связи с этим на первом этапе терапии основной акцент делается на психофармакотерапии и психотерапии. Последовательность и объем этих мероприятий зависят от характера психической патологии. При выборе психотропных средств учитываются патогенез и клинические проявления психических расстройств [10]. Для предупреждения отрицательного их действия на половую функцию препараты назначаются в малых и средних терапевтических дозах и по возможности выбираются те, которые не имеют или оказывают минимальное побочное действие на сексуальную активность [9, 13, 14].

Больным с соматизированным и ипохондрическим расстройством назначали в сочетании антидепрессанты и нейролептики [7]. Нейролептики назначались в малых дозах. При их выборе учитывалось как их активизирующее действие, так и эффективность при патологических ощущениях.

Психотерапевтическая работа с больными начинается с момента первого посещения, продолжается на всех этапах лечебно-реабилитационных мероприятий и основывается на различных методах психотерапевтического воздействия (рациональной с элементами когнитивной и поведенческой терапии, релаксационной и суггестивной). На первом этапе пациента постепенно подводят к мысли о целесообразности приема психотропных средств как необходимого звена в комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий. Факт неэффективного лечения ранее у врачей других специальностей используется для убеждения пациента в наличии психической патологии и необходимости ее коррекции. Так как межличностные конфликты между супругами предшествуют во многих случаях развитию сексуальных дисфункций или развиваются вслед за возникшими сексуальными проблемами, то точкой приложения психотерапевтических мероприятий являются и семейно-сексуальные отношения. Любые нарушения партнерских отношений могут негативно влиять на сексуальное функционирование индивида. Для решения проблем межличностного взаимодействия с партнером применяются приемы и техники семейной психотерапии. Применение данных психотехник направлено на улучшение взаимной адаптации супружеской пары. Для выполнения этой задачи определяются основные поведенческие паттерны, приводящие к усилению негативных тенденций во взаимоотношениях супругов. Их определение помогает выработать и закрепить на практике более продуктивные формы общения друг с другом; повысить уровень коммуникации между партнерами, что способствует их переходу от конфронтации к сотрудничеству, а также росту взаимопонимания и доверия, открытости в выражении собственных чувств и желаний по отношению друг к другу. Работа с парой, проводимая параллельно с индивидуальной психотерапией, создает очевидные предпосылки для более гармоничного сексуального взаимодействия партнеров.

К концу первого этапа на фоне улучшения настроения, сна, повышения активности, редукции тревожной и соматовегетативной симптоматики возобновляются и учащаются спонтанные эрекции. На этом фоне появляется интерес к сексуальным отношениям. Прослеживается тенденция к постепенной нивелировке патологических ощущений в тазовой области (утрата чувствительности, болевые ощущения), но они еще сохраняются. Улучшение настроения и повышение активности этими пациентами расценивается как положительный результат терапии. Хуже поддаются терапии больные с ипохондрическим расстройством, что объясняется природой их синдромологической структуры.

На втором этапе терапии, по мере редукции психопатологической симптоматики у больных с положительной динамикой как психопатологической, так и сексopatологической симптоматики, дозировки препаратов постепенно снижаются. При значительном ослаблении психопатологической симптоматики в схему лечения добавляются

средства, повышающие адаптивные возможности пациентов, с целью более полной редукции астенической симптоматики и усиления сексуальной активности. Препараты со стимулирующим, активизирующим и тонизирующим действием применяются в утреннее и дневное время.

Пациенты с положительной динамикой в психической и сексуальной сфере на первом этапе к концу второго этапа терапии, на фоне месячного курса приема стимулирующих и тонизирующих средств и продолжающегося психотропного лечения, отмечают дальнейшее улучшение состояния, проявляющееся в значительной редукции патологических ощущений и повышении сексуального влечения. На этом фоне учащается и улучшается качество как спонтанных, так и адекватных эрекций.

Третий этап лечебно-реабилитационных мероприятий направлен на сексуальную реадaptацию пар. С этой целью применяются методы рациональной терапии, включающие секс-терапевтические рекомендации с учетом индивидуальных особенностей пары. Анализ динамики клинической картины расстройств сексуального влечения показывает, что в первую очередь редуцируется аффективная симптоматика. Уже на этом фоне появляется интерес к сексуальной активности с учащением спонтанных эрекций. Сексуальная предприимчивость повышается на втором этапе терапии и сопровождается дальнейшим улучшением психического состояния с нивелированием выраженности патологических ощущений в тазовой области. На начальных этапах психофармакотерапии у части больных может наблюдаться некоторое усугубление сексологической симптоматики в виде урежения и ухудшения эрекции и затруднения семяизвержения с последующим улучшением, начиная со 2–3 недели лечения. После 1-й и 2-й недели терапии больные отмечают улучшение сна, повышение настроения, активности и успокоение. Они начинают оптимистичнее оценивать возможность начала или возобновления половой жизни. На последующих этапах психофармакотерапии и терапии, активирующей сексуальную активность в сочетании с психотерапией, наряду с улучшением психического состояния улучшаются и показатели сексуальной активности. Возобновляются спонтанные эрекции, они возникают чаще и сильнее, даже у тех больных, у которых отмечалось их исчезновение в начале психофармакотерапии. Порой улучшение спонтанных эрекций сопровождается появлением ранее присущего либидозного сопровождения. За улучшением спонтанных эрекций следуют положительные изменения и в качестве адекватных эрекций.

Заключение

В результате проведенного исследования было установлено, что возникновение сексуальных дисфункций у мужчин с преобладанием тягостных ощущений в тазовой области при соматоформных психических расстройствах и специфика клинической картины определялись их психопатологической структурой. При дальнейшей разработке терапевтических мероприятий необходимо, чтобы они были направлены не только на нормализацию сексуальной функции, но и на редукцию психопатологической симптоматики, обуславливающей наличие хронической тазовой боли.

Литература

1. Авруцкий Г. Я., Недува А. А. Лечение психических больных. М., 1988. 527 с.
2. Агарков С. Т. Сексуальные расстройства как причина развития супружеской дезадаптации (Обзор) // Сексология и сексопатология. 2005; 1: 2–9.
3. Васильченко Г. С., Агаркова Т. Е., Агарков С. Т. и др. Сексопатология: Справочник / Под ред. Г. С. Васильченко. М.: Медицина, 1990. С. 17, 18.
4. Доморацкий В. А. Сексуальные нарушения и их коррекция: краткое диагностическое пособие по диагностике и лечению психогенных сексуальных дисфункций. Ростов-на-Дону: Феникс, 2003. 288 с.
5. Кан И. Ю., Кибрик Н. Д. Сексуальные дисфункции при соматизированных расстройствах у мужчин // Социальная и клиническая психиатрия. 1999. Т. 9, вып. 3. С. 45–49.
6. Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия / Пер. с англ., доп. Под ред. проф. Дмитриевой Т. Б. М., 1998. С. 180.
7. Кибрик Н. Д., Ягубов М. И. Клинические особенности и терапия сексуальных дисфункций у больных с соматоформными расстройствами // Социальная и клиническая психиатрия. 2006. Т. 16, вып. 3. С. 54–57.
8. Кибрик Н. Д., Ягубов М. И., Кан И. Ю. Клиника и терапия сексуальных дисфункций при соматоформных расстройствах у мужчин. М., 2007. 32 с.
9. Кибрик Н. Д., Ягубов М. И., Кан И. Ю. Нарушения полового влечения у мужчин в клинике психических расстройств непсихотического уровня: Методические рекомендации. М., 2017. 23 с.
10. Клиническое руководство: модели диагностики и лечения психических и поведенческих расстройств / Под ред. В. Н. Краснова, И. Я. Гуровича. М., 2000. 223 с.
11. Кристаль В. В., Григорян С. Р. Сексология. Учебное пособие. М.: ПЕРСЭ, 2002. 879 с.
12. Мосолов С. Н. Клиническое применение современных антидепрессантов. М., 1995. 565 с.
13. Ягубов М. И., Кибрик Н. Д., Кан И. Ю. Расстройства либидо у мужчин: вопросы терапии // Андрология и генитальная хирургия. 2017, № 1, т. 18, с. 23–27.
14. Ягубов М. И. Клинические особенности и терапия сексуальных дисфункций у больных с невротическими расстройствами // Социальная и клиническая психиатрия». 2006. Т. 16, вып. 3. С. 46–53.
15. Beutel M. Psychosomatic aspects in the diagnosis and treatment of erectile dysfunction // J. Andrologia. 1999, 31,

suppl. P. 37–44.

16. Diagnostic and statistical manual of mental disorders — DSM-IV, Forth edition. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1994. 886 p.
17. Ford C. V. The somatizing disorders. Illness a way of life. Elsever Biomedical. New York, 1983. P. 265.
18. Glatzel J. Klin. Med. 1974. Bd 69. S. 1333–1338.
19. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии / Пер. с англ. СПб: АДИС, 1994. 208 с.
20. Kellner R. Somatization // J. Nerv. Ment. Dis. 1990. Vol. 178. P. 150–160.
21. Shader R. I. Manual of psychiatric therapeutic.-2 nd ed. Little Brown and Comp. (Inc.). Washington, D.C., 1994. 378 p.
22. Wise T. N. The somatizing patients // Ann. Clin. Psychiat. 1992. № 4. P. 9–17.

М. И. Ягубов¹, доктор медицинских наук

И. Ю. Кан, кандидат медицинских наук

ФГБУ ФМИЦПН им. В. П. Сербского МЗ РФ, Москва

¹ Контактная информация: yaguobov@mail.ru

Психосоматические аспекты клиники и терапии хронической тазовой боли в сексологической практике/ М. И. Ягубов, И. Ю. Кан

Для цитирования: Лечащий врач № 10/2018; Номера страниц в выпуске: 48-51

Теги: психалгия, половая конституция, расстройство эрекции

© «Открытые системы», 1992-2018. Все права защищены.