

## Сексуальные дисфункции у женщин с психогенными депрессиями

Б.Е. Алексеев, И.М. Белоус

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова  
Минздравсоцразвития России, Санкт-Петербург

**Резюме.** В статье рассмотрены варианты женских сексуальных дисфункций при депрессиях, представлены данные о структуре сексуальных дисфункций при психогенных депрессивных расстройствах.

**Ключевые слова:** женские сексуальные дисфункции, депрессия.

### Sexual dysfunction in women with psychogenic depression

B.Ye. Alekseev, I.M. Belous

North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint-Petersburg

**Summary.** The article describes the options of female sexual dysfunction at depression, presents data on the structure of sexual dysfunction with psychogenic depressive disorders.

**Keywords:** female sexual dysfunctions, depression.

В различных исследованиях показана высокая коморбидность невротических расстройств и сексуальных дисфункций [9, 18]. Среди женщин с невротическими расстройствами половые дисфункции описаны в 65,7% случаев, в то время как только 22,4% обследуемых контрольной группы имели сексуальные нарушения [3]. Большинство женщин с депрессивными расстройствами, имея высокую значимость сексуальных отношений, не удовлетворены ими [2].

Нарушение сексуальной функции и неудовлетворенность своей сексуальной жизнью у женщин могут иметь место при дисгармоничных отношениях или сексуальных дисфункциях у партнера, поэтому сами по себе нарушения сексуальной функции не должны относиться к заболеваниям, непременно требующим медикаментозной терапии. Низкий уровень сексуального функционирования может быть обусловлен значимым внутрличностным или межличностным конфликтом, сопровождаемым дистрессом [11]. Качество эмоциональных отношений, изменение статуса и длительность отношений с партнером также достоверно влияют на сексуальную функцию [1, 14]. Показана связь сексуальных дисфункций с низким качеством жизни и здоровья (благополучия), низким уровнем самооценки и с плохими представлениями о себе [12]. Таким образом, важно отметить, что сексуальные дисфункции не носят изолированный характер [7], а диапазон сексуальных проблем простирается от неудовлетворенности, на фоне которой человек способен реализовать копулятивный цикл, до дисфункций, в том числе тяжелой, биологически обусловленной патологии.

При депрессии сексуальные дисфункции могут предшествовать основному заболеванию, являясь самостоятельным расстройством, наблюдаться в структуре депрессивного расстройства, а также возникать как побочный эффект лечения психотропными препаратами [9, 15].

Нарушения, связанные непосредственно с депрессией, у женщин выявляются на всех этапах копулятивного цикла. Могут наблюдаться: снижение/отсутствие либидо, нарушение реакций полового возбуждения и оргазма (от снижения яркости оргазма до аноргазмии), различные сенесто-ипохондрические ощущения — гиниталгии (боли, не связанные с половым актом) и диспарейнии (боли, возникающие в половом акте) [4, 9].

Самым частым нарушением сексуальной функции при депрессивных расстройствах считается снижение либидо. В исследовании 133 пациентов с биполярной и униполярной депрессией было выявлено, что жалоба на снижение либидо — вторая по частоте после нарушения сна [8].

Нарушения сексуальной функции при депрессии связаны с изменениями психической и нейроэндокринной составляющих копулятивного цикла. Прямой взаимосвязи между выраженностью сексуальных дисфункций и тяжестью депрессий не выявлено, тем не менее при тяжелых депрессиях угнетение функции щитовидной железы и дисбаланс в системе половых гормонов могут приводить к аменорее у женщин и угнетению сперматогенеза у мужчин. В то же время при более легких депрессиях сексуальные дисфункции могут доминировать в клинической картине или становиться манифестным проявлением депрессивного состояния и ошибочно расцениваться как мнимые или самостоятельные сексуальные нарушения. В таких случаях аффективное расстройство может быть не распознано и выбрана неверная тактика лечения [4, 5].

С целью изучения состояния сексуальной функции женщин с психогенными депрессивными расстройствами невротического уровня нами обследованы 64 пациентки Городской психиатрической больницы № 7. Возраст обследуемых находился в диапазоне от 18 до 47 лет; средний воз-

раст —  $32 \pm 2,09$  года. Состояли в браке или проживали с партнером только 30 женщин (46,88%). Были удовлетворены своим семейным положением 28 опрошенных (43,75%). На момент госпитализации больных в клинику тяжесть депрессии по шкале MADRS составляла  $21,75 \pm 4,34$  балла. При поступлении только 20 человек (31,25%) предъявили лечащему врачу жалобы на неудовлетворенность сексуальными отношениями или сексуальную дисфункцию.

В процессе обследования в соответствии с критериями МКБ-10 были диагностированы следующие нарушения сексуальной функции: снижение или отсутствие полового влечения — 58 женщин (90,63%), нарушение генитальной реакции — 6 женщин (9,37%), оргазмическая дисфункция (брадиоргазмия и коитальная аноргазмия) — 33 (51,56%). У 8 женщин (12,5%) сексуальная дисфункция наблюдалась с начала половой жизни, у остальных длительность полового расстройства составила в среднем  $5,56 \pm 1,22$  месяца.

С помощью шкалы «Индекс женской сексуальной функции» [16] оценивались показатели сексуальной функции за месяц, предшествующий госпитализации в клинику. При возможных значениях по шкалам от 0 до 6 баллов, у обследуемых женщин выявилось: снижение уровня полового влечения —  $2,96 \pm 0,35$ ; снижение уровня субъективного оцениваемого возбуждения —  $2,52 \pm 0,57$ ; недостаточность смазки —  $2,87 \pm 0,6$ ; снижение оргастичности или отсутствие оргазма —  $2,28 \pm 0,56$ ; снижение удовлетворения от половых контактов —  $2,82 \pm 0,44$ ; наличие болезненных ощущений —  $3,24 \pm 0,71$ . Общий балл по шкале составил  $16,69 \pm 2,74$  (при максимально возможных 36 баллах).

Полученные результаты показывают, что для данной группы пациенток характерны снижение сексуального функционирования и нарушения на всех этапах копулятивного цикла, что требует сексологической помощи в процессе комплексного лечения.

Кроме того, следует учитывать негативное влияние антидепрессантов, в частности СИОЗС, на сексуальную функцию пациентов [6, 9]. По некоторым наблюдениям [6], сексуальные дисфункции на фоне приема антидепрессантов проявляются у 45% пациентов. У женщин сексуальные дисфункции, связанные с приемом антидепрессантов, чаще проявляются нарушениями оргазма, реже снижением либидо и нарушением смазки [15].

Таким образом, пациенты могут иметь сложный сексологический диагноз, включающий несколько синдромов и имеющий в основе различные этиологические факторы, в соответствии с которыми должна строиться тактика лечения.

В ряде случаев изменение нереалистичных представлений и оценок в отношении своей половой функции, прояснение взаимных ожиданий в отношениях с партнером, удлинение периода ласк перед половым актом и использование лубрикантов помогает добиться значительных улучшений в сексуальном функционировании и повысить удовлетворенность пациенток от половой близости. При сексуальных дисфункциях, возникших в структуре депрессии, важно обозначить больным возможность восстановления сексуального функционирования в ходе антидепрессивной терапии, настроить на ожидание улучшения и адаптацию в случае возникновения незначительных ятрогенных дисфункций. При возникновении выраженных побочных эффектов на сексуальную функцию положительный результат могут дать уменьшение дозы препарата до минимальной терапевтической, краткое прекращение терапии («каникулы»), смена антидепрессанта, а также использование антагонистов  $\alpha$ -2 адренергических рецепторов и серотонинергических 5-HT<sub>2</sub> рецепторов, агонистов допаминовых рецепторов [13,15].

Сексологическая помощь в процессе лечения депрессивных состояний может повысить качество жизни пациенток, улучшить терапевтический альянс и, возможно, повысить приверженность лечению [10, 17].

### Литература

1. Алексеев Б.Е. Полоролевое поведение и его акцентуации. — СПб.: Речь. — 2006. — 144 с.
2. Алексеев Б.Е. Сексологические вопросы реабилитации в психиатрии // VII Клинические павловские чтения: Сексология: Сборник работ. Вып. 7 // Под редакцией А.В. Курпатов. — СПб, Издательство «Триада». — 2004.
3. Березовская Н.А. Особенности сексуального функционирования женщин репродуктивного возраста, страдающих невротическими расстройствами // XIII Клинические павловские чтения: Сборник работ. Вып. № 13: «Сексуальность, личность, качество жизни». — СПб. — 2009. — С. 24–29.
4. Екимов М.В., Федорова А.И. Варианты сексуальных дисфункций при аффективных нарушениях // III Клинические павловские чтения: «Депрессия». — СПб.: Человек. — 2001. — № 2. — С. 34–36.
5. Частная сексопатология: (руководство для врачей) // Под ред. Г.С. Васильченко. — М. — 1983. — Т. 2. — С.180–204.
6. Balon R., Yemgani V.K., Ramesh P.R. Sexual dysfunction during antidepressant // J. Clin. Psychiatry. — 1993. — V. 54. — P. 209–212.
7. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, Goldstein I, Graziottin A, Heiman J, Laan E, Leiblum S, Padma-Nathan H, Rosen R, Seagraves K, Seagraves RT, Shabsigh R, Sipski M, Wagner G, Whipple B. Report of the International Consensus Development Conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications // J Urol — 2000. — Vol. 163. — P. 888–893.

8. Casper R.C. Somatic symptoms in primary affective disorder: Presence and relationship to the classification of depression (Casper R.C., Redmond D.E., Jr., Katz M.M., Schaffer C.B., Davis J.M., Koslow S.H.) // *Archives of General Psychiatry*. — 1985. — № 42. — P. 1098–1104.
9. Clayton A.H., Balon R. The impact of mental illness and psychotropic medications on sexual functioning: the evidence and management // *J Sex Med*. — 2009. — V. 6. № 5. — P. 1200–1211.
10. Cutler A. J. Sexual dysfunction and antipsychotic treatment // *Psychoneuroendocrinology*. — 2003. — V. 28. — P. 69–80.
11. Dennerstein L, Lehert P, Burger H. The relative effects of hormones and relationship factors on sexual function of women through the natural menopausal transition // *Fertil Steril*. — 2005. — Vol. 84. — P. 174–180.
12. Dennerstein L, Randolph J, Taffe J, Dudley E, Burger H. Hormones, mood, sexuality, and the menopausal transition // *Fertil Steril*. — 2002. — V. 77 (suppl 4). — P. 42–48.
13. Fava M., Rankin M. Sexual functioning and SSRIs // *J Clin Psychiatry*. — 2002. — V. 63. — P. 23–25.
14. Klausmann D. Sexual motivation and the duration of the relationship // *Arch Sex Behav*. — 2002. — V. 31. — P. 275–287.
15. Rosen R.C., Lane R.M., Menza M. Effects of SSRIs on Sexual Function: A Critical Review // *J Clin Psychopharmacology*. — 1999. — V. 19. — P. 67–85.
16. Rosen R., Brown C., Heiman J. et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. (Rosen R., Brown C., Heiman J., Leiblum S., Meston C., Shabsigh R., Ferguson D., D'agostino R., Jr.) // *Journal of Sex & Marital Therapy*. — 2000. — V. 26. — P. 191–208.
17. Rosenberg K.P., Bleiberg K.L., Koscis J., Gross C. A survey of sexual side effects among severely mentally ill patients taking psychotropic medications: impact on compliance // *Journal of Sex & Marital Therapy*. — 2003. — V. 29. — № 4. — P. 289–296.
18. Zemishlany Z., Abraham W. The impact of mental illness on sexual dysfunction // *Adv. Psychosom. Med., Karger*. — 2008. — V. 29. — P. 89–106.

#### Сведения об авторах

**Алексеев Борис Егорович** — д. м. н., профессор, заведующий кафедрой сексологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России. E-mail: alekseyev-b@yandex.ru

**Белоус Ирина Михайловна** — аспирант кафедры сексологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздрава России. E-mail: irinabelousspb@mail.ru