

УДК 616.89-008.44:616.895

Канд. мед. наук О. В. КНІГАНКО

ПРОЯВИ МЕЖОВИХ РОЗЛАДІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ СЕКСУАЛЬНИМИ ДИСФУНКЦІЯМИ

Харківський національний медичний університет

Висвітлено питання зниження або втрати контролю еякуляторної функції у хворих із проявами межових розладів. Показано види можливих сексуальних дисфункцій та взаємозв'язок їх розвитку зі стресовими й психоемоційними перенавантаженнями та наявними межовими психічними порушеннями.

Ключові слова: сексуальні дисфункції, межові розлади, передчасна еякуляція, еректильна дисфункція.

www.mps.kh.ua

Для сучасної медицини питання зниження чи втрати контролю еякуляторної функції (повного або часткового), у зв'язку з чим у статевих стосунках партнерів розвиваються значні порушення (навіть до розвитку психоневрологічних розладів різноманітного генезу) через неспроможність отримання повного сексуального задоволення від статевих взаємин, є досить актуальною проблемою, яка потребує більш прискіпливого вивчення.

Науковці виділяють кілька видів сексуальної дисфункції: розлади сексуальних бажань; розлади сексуальної активації; розлади оргазму; сексуальні больові розлади; сексуальні розлади, які ніде більше не класифікуються; інші сексуальні розлади (резидуальна категорія для змішаних груп розладів, які не були класифіковані в жодній із перерахованих рубрик).

Серед можливих категорій сексуальних розладів у чоловіків частіше трапляються еякуляторні дисфункції, більшість із яких формує так звана передчасна еякуляція (ПЕ), прискорене сім'явиверження та скорочений статевий акт. Розвиток таких розладів спричиняється «сформованим» специфічним комплексом різноманітних «страхів» перед майбутнім статевим актом, який спричиняє загальний стрес у чоловіка перед початком статевого акту.

У світовій практиці відзначається високий ризик можливого розвитку сексуальної дисфункції внаслідок стресових та психоемоційних

перенавантажень. При цьому наявна сексуальна дисфункція виступає у ролі пускового чинника постійного психоемоційного перенапруження, що ще більше «поглиблює» стрес-навантаження на особу та може спричинити розвиток розладу психоневрологічного генезу. Така ситуація особливо характерна для осіб чоловічої статі.

Більшість сексуальних дисфункцій зумовлюють такі психоемоційні перенавантаження, як підвищена стрес-тривожність, невпевненість, поява відчаю та пригніченого емоційного стану. Це, як свідчать результати багатьох світових досліджень, більш ніж у чотири рази збільшує фізичну невпевненість та незадоволеність пацієнтів і в два рази — психоемоційну [1].

На думку Б. Д. Карвасарського [2], у хворих із межовими психічними порушеннями більш ніж на 50% частіше визначаються різні сексуальні розлади. При цьому сексуальні розлади як основна скарга трапляються у 12% випадків. Але навіть тоді, коли статеві дисфункції не проявляються як провідний симптомокомплекс, наявність дисгармонії статевих відносин, які спричинені саме такими розладами, є фактором, що значно потенціює перебіг психоневрологічної патології [3]. Іншими дослідженнями доведено, що поєднання тривожно-депресивного розладу та дефіциту андрогенів, які відіграють основну роль у розвитку чоловічих сексуальних дисфункцій, мають реципрокні співвідношення та наявність кожного з них ускладнює перебіг іншого [4, 5].

Межовий розлад (МР) — психічне захворювання, що може призвести до різких і значних перепадів настрою, імпульсивних поведінкових проявів і порушень взаємовідносин із оточуючими та зниження самооцінки й самоповаги. Люди з МР, як правило, мають також депресивні прояви, харчові порушення, зловживають алкоголем і наркотичними або іншими психоактивними речовинами та мають високу схильність до суїцидальних проявів (при цьому близько 10% осіб з МР здійснюють самогубство).

Особи з установленим діагнозом МР особистості, як правило, мають щонайменше п'ять із зазначених ознак:

- роблять відчайдушні спроби уникнення наявної або уявної самотності;
- мають так званій «шаблон» складних взаємовідносин із оточуючими (схильні до крайнощів: від обожнювання близьких до ненависті до них);
- визначають невпевненість у собі та своїх можливостях і «нестабільний» образ своєї особистості;
- проявляють поведінкову імпульсивність (екстравагантна витрата коштів, часта сексуальна розкутість із наявними незахищеними сексуальними стосунками з багатьма партнерами, зловживання алкоголем і наркотичними або іншими психоактивними речовинами, компульсивне переїдання, небезпечне керування авто та ін.);
- виявляють повторювані суїцидальні наміри та спроби, аутоагресивну поведінку;
- характеризуються проявами занадто емоційних реакцій чи значно різких змін свого настрою, аж до депресивних розладів, дратівливості чи постійного занепокоєння (ці зміни, як правило, тривають до кількох годин, значно рідше — одну чи дві доби);
- довготривале хибне відчуття повної спустошеності;
- неадекватні прояви люті та гніву;
- нетривалі епізоди підозрілості (параноїя) чи втрата почуття реальності подій.

Відповідно до статистичних даних МР діагностуються у 2% усього населення, досить часто вони поєднані з іншими психоневрологічними порушеннями (панічний розлад, генералізований тривожний розлад, депресія, невроз нав'язливих станів, маніакально-депресивний психоз, параноїдний розлад, нарцисизм, шизотиповий розлад особистості та ін.). Досить часто у таких пацієнтів відзначаються алкоголізм та нарко- чи токсикоманія, можлива суїцидальна та аутодеструктивна поведінка.

Мета цього дослідження — вивчити особливості МР у пацієнтів із різними видами сексуальних дисфункцій.

Нами було обстежено 83 пацієнти із сексуальними дисфункціями: у 52 хворих (перша група) діагностували ПЕ, у 31 (друга група) — еректильну дисфункцію (ЕД), наявність яких призвела до розвитку тривожно-депресивних та неврозоподібних станів.

Третю групу становили 45 пацієнтів із сексуальними дисфункціями (суттєве зниження ерекції та лібідо), наявність яких була пов'язана з існуючими у них початковими психопатологічними розладами або МР.

Сексуальні розлади виявляли за допомогою анкети Міжнародного індексу еректильної функції (МІЕФ) та розрахунку тривалості статевому акту (фіксувалася пацієнтами за допомогою секундоміра (інтравагінальний латентний інтервал (ІВЛІ))). Клінічна оцінка депресивного стану проводилася за допомогою шкал оцінки депресії Гамільтона (Hamilton Rating Scale for Depression — HDRS-17) та психопатологічної симптоматики. Шкала Гамільтона [6, 7] застосовувалася для оцінки вираженості депресивних проявів. Отримані результати оцінювалися таким чином: загальний бал на рівні 0–7 діагностує відсутність депресії; 7–16 балів указують на легкий депресивний епізод; 17–27 балів — на помірний; а понад 27 балів — на тяжкий [8].

При інтерпретації результатів нами було зафіксовано деякі відмінності середніх вікових показників у досліджуваних групах (табл. 1). Було встановлено вплив вікових характеристик на розвиток тих чи інших сексуальних розладів та МР. Так, достовірно у молодшому віці сексуальні дисфункції частіше проявляються ПЕ (наймолодший вік зафіксовано у першій групі — $27,4 \pm 5,2$ року); зі збільшенням віку фізіологічно частіше спостерігаються ЕД (середній віковий показник у другій групі — $34,2 \pm 6,3$ року), а середній вік впливає на розвиток сексуальних порушень під тиском психоемоційних стресових перенапружень (пацієнти третьої групи були у середньому на три роки старшими порівняно з хворими першої групи і на чотири роки молодшими від обстежених другої групи — $30,5 \pm 6,8$ року).

Щодо різноманітних характеристик статевому акту залежно від виду розладу, то в ході дослідження було констатовано, що перша група хворих характеризувалася достовірно більш короткою тривалістю статевому акту порівняно з іншими групами — відповідно $0,39 \pm 0,8$; $2,2 \pm 0,4$ та $3,1 \pm 0,9$ хв. Третя група пацієнтів відзначала довшу тривалість статевому акту, що свідчить про первинність появи у них МР та їх імовірний вплив на розвиток сексуальних дисфункцій (табл. 2).

Проте основні показники МІЕФ у хворих першої групи були достовірно значно кращими порівняно з обстеженими іншими двох груп. При

цьому в третій групі зафіксовано найгірші показники складових МІЕФ, що вказує на високу ймовірність розвитку різноманітних сексуальних дисфункцій на тлі психоемоційних перенапружень та в цілому наявних МР (табл. 3).

Так, ерекційна функція в осіб першої групи була значно вищою ($19,9 \pm 2,6$) порівняно з обстеженими другої та третьої груп (відповідно $10,1 \pm 2,0$ та $9,2 \pm 2,2$). Задоволеність статевим актом також відзначено переважною більшістю чоловіків першої групи ($8,6 \pm 2,2$) порівняно з другою ($7,9 \pm 2,3$) та третьою ($7,6 \pm 2,0$). Показники оргазму майже збігалися у пацієнтів першої та другої груп ($8,1 \pm 2,3$ та $8,3 \pm 2,1$) на відмінну від хворих третьої групи ($5,5 \pm 1,8$). Задовільний рівень лібідо відзначався також переважно у пацієнтів першої ($7,1 \pm 1,1$) та другої груп ($6,1 \pm 1,2$) порівняно з хворими, які мають МР ($4,5 \pm 1,6$). Єдиний показник, що мав майже однакові рівні в усіх трьох групах пацієнтів, — загальна задоволеність ($5,7 \pm 0,6$; $5,1 \pm 0,3$; $5,5 \pm 1,2$ відповідно).

Зазначимо, що найбільші відмінності для третьої групи обстежених пацієнтів порівняно з першими двома стосувалися ерекційної складової та лібідо. Саме на ці складові статевого акту були основні скарги у чоловіків із МР.

Результати анкетування за шкалою Гамільтона й визначення наявної психопатологічної симптоматики свідчать про перевищення усіх показників у третій групі пацієнтів (з МР) порівняно з іншими двома групами (табл. 4).

Так, середнє бальне значення HDRS було значно вищим у хворих із МР — $21,1 \pm 2,6$ (наявність вираженого помірною депресивного епізоду) порівняно з пацієнтами першої ($18,5 \pm 3,4$) та другої груп ($17,2 \pm 3,5$). При цьому частина пацієнтів третьої групи, які характеризувалися значною емоційною лабільністю, була значно більшою, ніж в інших двох групах (53,8; 64,5; 84,4 % відповідно). Ті самі тенденції спостерігалися щодо інших показників психопатологічної симптоматики. Депресивні прояви здебільшого (95,6 %) характеризували пацієнтів із МР, ніж хворих із ПЕ (76,9 %) та ЕД (80,6 %); неврастенія відзначалася у 71,4 % осіб, що майже вдвічі (36,5 %) та в півтора рази (48,3 %) менше серед пацієнтів із ПЕ та ЕД. На прояви тривожності або страху скаржилася більшість обстежених із МР (91,1 %) порівняно з пацієнтами першої та другої груп (84,6 та 58,1 % відповідно).

У результаті проведеного дослідження за участі пацієнтів із МР та/або сексуальними дисфункціями (ПЕ та ЕД) встановлено можливий вплив вікових характеристик на розвиток сексуальних розладів та МР; визначено первинність розвитку та ймовірність впливу МР на появу сексуальних дисфункцій; відзначено наявність вираженого

Таблиця 1

Вікові характеристики обстежених хворих із сексуальною дисфункцією

Показник	Групи хворих		
	перша, n = 52	друга, n = 31	третья, n = 45
Вік, роки	27,4±5,2	34,2±6,3	30,5±6,8

Таблиця 2

Показники інтравагінального латентного інтервалу обстежених хворих із сексуальною дисфункцією

Показник	Групи хворих		
	перша, n = 52	друга, n = 31	третья, n = 45
ІВЛІ, хв	0,39±0,8	2,2±0,4	3,1±0,9

Таблиця 3

Початкові показники міжнародного індексу ерекційної функції обстежених хворих із сексуальною дисфункцією

Показники	Групи хворих		
	перша, n = 52	друга, n = 31	третья, n = 45
Ерекційна функція	19,9±2,6	10,1±2,0	9,2±2,2
Задоволеність статевим актом	8,6±2,2	7,9±2,3	7,6±2,0
Оргазм	8,1±2,3	8,3±2,1	5,5±1,8
Лібідо	7,1±1,1	6,1±1,2	4,5±1,6
Загальне задоволення	5,7±0,6	5,1±0,3	5,5±1,2

Таблиця 4

Первинні показники HDRS та психопатологічної симптоматики обстежених хворих із сексуальною дисфункцією

Показники	Групи хворих		
	перша, n = 52	друга, n = 31	третья, n = 45
Ерекційна функція	19,9±2,6	10,1±2,0	9,2±2,2
Середнє значення HDRS, бали	18,5±3,4	17,2±3,5	21,1±2,6
Емоційна лабільність, абс. ч. (%)	28 (53,8)	20 (64,5)	38 (84,4)
Депресивні реакції, абс. ч. (%)	40 (76,9)	25 (80,6)	43 (95,6)
Неврастенія, абс. ч. (%)	19 (36,5)	15 (48,3)	40 (71,4)
Тривога або страх, абс. ч. (%)	44 (84,6)	18 (58,1)	41 (91,1)

помірного депресивного епізоду та зафіксовано значну кількісну перевагу проявів психопатологічної симптоматики у хворих із МР порівняно з пацієнтами, які мають ПЕ та ЕД.

Список літератури

1. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors / E. O. Laumann [et al.] // JAMA.— 1999.— Vol. 281.— P. 537–544.
2. *Карвасарский Б. Д.* Неврозы / Б. Д. Карвасарский.— 2-е изд., перераб. и доп.— М.: Медицина, 1990.— 576 с.
3. *Ягубов М. И.* Клинические особенности и терапия сексуальных дисфункций у больных с невротическими расстройствами / М. И. Ягубов // Соц. и клин. психиатрия.— 2006.— № 16 (3).— С. 46–53.
4. *Zitzmann M.* Testosterone levels in healthy men and the relation to behavioural and physical characteristics: facts and constructs / M. Zitzmann, E. Nieg // Eur. J. of Endocrinology.— 2001.— Vol. 144.— P. 183–197.
5. *Минухин А. С.* Роль андрогенов в обеспечении сексуальной функции у мужчин / А. С. Минухин // Проблемы эндокринной патологии.— 2010.— № 1.— С. 99–106.
6. *Hamilton M.* A rating scale for depression / M. Hamilton // J. Neural. Neurosurg. Psychiatry.— 1960.— № 23.— P. 56–62.
7. *Williams J. B. W.* A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale / J. B. W. Williams // Archives of General Psychiatry.— 1989.— № 45.— P. 742–747.
8. *Подкорытов В. С.* Депрессии. Современная терапия: руководство для врачей / В. С. Подкорытов, Ю. Ю. Чайка.— Харьков: Торнадо, 2003.— 352 с.

ПРОЯВЛЕНИЯ ПОГРАНИЧНЫХ РАССТРОЙСТВ У ПАЦИЕНТОВ С СЕКСУАЛЬНЫМИ ДИСФУНКЦИЯМИ

А. В. КНИГАВКО

Освещены вопросы снижения или потери контроля за эякуляторной функцией у больных с проявлениями пограничных расстройств. Показаны виды возможных сексуальных дисфункций и взаимосвязь их развития со стрессовыми и психоэмоциональными перегрузками и имеющимися пограничными психическими нарушениями.

Ключевые слова: сексуальные дисфункции, пограничные расстройства, преждевременная эякуляция, эректильная дисфункция.

BORDERLINE DISORDER MANIFESTATIONS IN PATIENTS WITH SEXUAL DYSFUNCTIONS

О. V. KNIGAVKO

The work highlights the problems of reduction or loss of control over the ejaculatory function in patients with manifestations of borderline disorders. The types of possible sexual dysfunctions and the relationship of their development and stress and psychoemotional overload and the existing borderline mental disorders were shown.

Key words: sexual dysfunctions, borderline disorders, premature ejaculation, erectile dysfunction.

Надійшла 18.10.2018