



Расстройства либидо у мужчин: вопросы терапии*

М. И. Ягубов, Н. Д. Кибрик, И. Ю. Кан

Отдел сексопатологии ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздрава России; Россия, 107076 Москва, ул. Потешная, 3

Контакты: Михаил Ибрагимович Ягубов yagubov@mail.ru

В статье представлена лечебно-реабилитационная программа, разработанная с учетом определяющей роли психической патологии в формировании расстройств полового влечения. Этапность и комплексный характер являются основными принципами лечебных мероприятий, назначаемых в зависимости от характера психической нарушений, клинических проявлений расстройств либидо и особенностей партнерской ситуации. Подробно описана терапевтическая динамика.

Ключевые слова: расстройства либидо, терапия, клиника, психотерапия, фармакотерапия

DOI: 10.17650/2070-9781-2017-18-1-23-27

Disorders of libido in men: treatment issues

M. I. Yagubov, N. D. Kibrik, I. Yu. Kan

Department of Sexopathology, Moscow Research Institute of Psychiatry, Ministry of Health of Russia; 3 Poteshnaya St., Moscow 107076, Russia

The article presents the medical-rehabilitation program, designed to meet a determining role in the formation of mental pathology of disorders of sexual desire. The basic principles of therapeutic measures are graded and comprehensive, appointed according to the nature of mental disorders, libido disorders, clinical manifestations and characteristics of the partnership situation. The dynamics of the therapeutic are described in detail.

Key words: libido disorders, therapy, clinical, psychotherapy, pharmacotherapy

Введение

Расстройства полового влечения являются труднокурабельной сексуальной патологией. В связи с этим вопросы оптимизации диагностики и терапии остаются актуальными и сложными для специалистов, к которым обращаются пациенты с этими расстройствами. Этиопатогенетическая неоднородность, разнообразие клинических проявлений требует мультидисциплинарного подхода к изучению данной проблемы [1–3]. Выделение ведущих сексопатологических симптомов должно учитывать не только жалобы пациентов, которые часто бывают сочетанными, но и результаты их комплексного обследования. Несмотря на то что среди жалоб, предъявляемых мужчинами при обращении за сексологической помощью, преобладают расстройство эрекции и эякуляции, при более детальном обследовании расстройство полового влечения выявляется не менее чем в 25–30 % случаев [4, 5].

Вопросы особенностей клинической картины расстройств полового влечения, обусловленных психиче-

скими расстройствами непсихотического уровня, были рассмотрены ранее. Здесь представлены лечебно-реабилитационные мероприятия у мужчин с нарушениями полового влечения, обусловленными психическими расстройствами непсихотического уровня.

Лечебно-реабилитационные мероприятия больных с нарушениями полового влечения включают 3 этапа и носят комплексный характер [5–8]. Терапевтическая тактика строится с учетом определяющей роли психической патологии и выявленных в ходе исследования факторов, участвующих в их формировании [5, 9–13]. На первом этапе терапии основной акцент делается на психофармакотерапию и психотерапию. Последовательность и объем этих мероприятий зависит от характера психической патологии. При выборе психотропных средств учитываются патогенез и клинические проявления психических расстройств. Для предупреждения отрицательного действия на половую функцию препараты назначаются в малых и средних терапевтических дозах, по возможности выбираются те, которые

*Начало см.: Ягубов М. И., Кибрик Н. Д., Кан И. Ю. Расстройства либидо у мужчин: вопросы клиники. Андрология и генитальная хирургия 2016;(4):10–6.



не имеют или оказывают минимальное побочное действие на сексуальную активность [5, 14, 15].

Биполярное аффективное расстройство — эндогенное психическое расстройство, проявляющееся в виде аффективных состояний — маниакальных и депрессивных, а иногда и смешанных состояний, когда у больного наблюдаются быстрая смена симптомов депрессии и мании одновременно. При нарушениях либидо в рамках биполярного аффективного расстройства основной терапии остается комплекс мероприятий, направленных на ликвидацию и профилактику собственно аффективных нарушений в зависимости от клинико-динамической ситуации [16]. В комплексе психотерапевтических мероприятий особая роль должна быть отведена специальным инструктивным беседам с партнерами больных. Беседы проводятся с целью скорректировать межличностные отношения партнеров, разъяснить временный характер половых расстройств у мужа.

Невротическая депрессия — затяжное депрессивное состояние, которое возникло после психотравмирующего события, может сопровождаться депрессивным аффектом, астеническим, тревожно-фобическим и ипохондрическим синдромами. У пациентов со снижением либидо на фоне невротической депрессии лечение начинается с психотерапии во время первого посещения и продолжается на всех этапах лечебно-реабилитационных мероприятий с использованием различных методов (рациональной психотерапии с элементами когнитивной и поведенческой терапии, релаксационной и суггестивной). Антидепрессанты применяются малыми курсами (2–4 нед) [5, 17, 18]. Назначается антидепрессант сбалансированного или стимулирующего действия (моклобемид 150 мг/сут), пациентам с тревожно-депрессивной реакцией — антидепрессант седативного действия (тразодон 50–150 мг/сут, миансерин 15–30 мг/сут, пипофезин 25–100 мг/сут) или транквилизатор (алпразолам 0,5–1,0 мг/сут, гидроксизина гидрохлорид 75–100 мг/сут).

Диссоциативное расстройство ощущений — нарушение ощущений, имитирующие какое-то соматическое или неврологическое заболевание. Соматизированное расстройство — психическое расстройство, проявляющееся навязчивыми жалобами пациента на соматические симптомы, отличающееся полиморфизмом и нетипичностью и не подтверждающееся клиническими обследованиями. Ипохондрическое расстройство — расстройство, проявляющееся в постоянном беспокойстве по поводу возможности заболеть одной или несколькими болезнями, жалобах или озабоченности своим физическим здоровьем, восприятии своих обычных ощущений как ненормальных и неприятных, предположениях, что, кроме основного заболевания, есть какое-то дополнительное. Специфическое расстройство личности — совокупность стойких особен-

ностей характера и поведения, которые выходят за пределы нормы, проявляясь во всех сферах жизни, часто приводят к дезадаптации. В психиатрии шизотипическое расстройство определяется как одна из форм вялотекущей шизофрении, психическое расстройство, характеризующееся аномалиями мышления и психоэмоциональных реакций, эксцентричным поведением, склонностью к социальной изоляции.

Больным, имеющим какое-либо из указанных расстройств, назначается один из следующих антидепрессантов: тианептин (12,5–25 мг/сут), моклобемид (150 мг/сут), тразодон (50–150 мг/сут), миансерин (15–30 мг/сут), пипофезин (25–100 мг/сут), мапротилин (30–75 мг/сут), кломипрамин (25–75 мг/сут), пирлиндол (25–75 мг/сут), в сочетании одним из следующих нейролептиков: тироридазин (50–100 мг/сут), сульпирид (200–400 мг/сут), амисульприд (200–400 мг/сут), трифлуоперазин (5–15 мг/сут), алимемазин (25–40 мг/сут), перициазин (30–50 мг/сут). При невротических и соматоформных расстройствах нейролептики назначаются в малых дозах, а при специфических расстройствах личности и шизотипическом расстройстве — в средних дозах. При их выборе учитываются активизирующее действие и эффективность при патологических ощущениях. В некоторых случаях применяются и транквилизаторы (диазепам 1,0–2,5 мг/сут, феназепам 0,125–0,250 мг/сут).

При неврастении терапевтические мероприятия включают комбинацию психотерапии и антиастенической терапии с применением средств, повышающих выносливость. Следует нормализовать режим труда и отдыха, физической активности. У больных с нарушениями полового влечения при органических психических расстройствах применяют ноотропы, средства, улучшающие мозговое кровообращение и т. п.

Психотерапевтическая работа с больными начинается с первого посещения, продолжается на всех этапах лечебно-реабилитационных мероприятий, при этом используются различные методы воздействия (рациональная психотерапия с элементами когнитивной, поведенческой, релаксационной и суггестивной терапии). На первом этапе пациента постепенно подводят к тому, чтобы он осознал целесообразность приема психотропных средств, поскольку они составляют необходимое звено комплекса лечебно-реабилитационных мероприятий. Если лечение у врачей других специальностей не дало результата в предшествующий период, во время психотерапевтических бесед данные факты используются с целью убедить пациента в наличии психической патологии и необходимости ее коррекции. Поскольку во многих случаях межличностные конфликты между супругами предшествуют развитию сексуальных дисфункций или развиваются вслед за возникшими сексуальными проблемами, психотерапевтические мероприятия призваны повлиять и на семейно-сексуальные отношения. Любые нарушения



партнерских отношений могут негативно воздействовать на сексуальную функцию индивида. Для решения проблем межличностного взаимодействия пациента с партнершей применяются приемы и техники семейной психотерапии. Данные психотехники направлены на улучшение взаимной адаптации в супружеской паре. Для выполнения этой задачи определяются основные поведенческие паттерны, приводящие к усилению негативных тенденций во взаимоотношениях супругов. Специалист помогает им выработать и закрепить на практике более продуктивные формы общения друг с другом, улучшить коммуникацию, что способствует переходу от конфронтации к сотрудничеству, большему взаимопониманию и доверию, открытости в выражении собственных чувств и желаний по отношению друг к другу. Если параллельно с индивидуальной психотерапией проводится работа с парой, это создает очевидные предпосылки для более гармоничного сексуального взаимодействия партнеров.

К концу первого этапа на фоне улучшения настроения, сна, повышения активности, снижения тревожной и соматовегетативной симптоматики возобновляются и учащаются спонтанные эрекции, появляется интерес к сексуальным отношениям. Прослеживается тенденция к постепенной нивелировке патологических ощущений в области половых органов (утраты чувствительности, болевых ощущений), но они еще сохраняются. Пациенты расценивают улучшение настроения и повышение активности как положительный результат терапии. Хуже поддаются терапии больные со специфическим расстройством личности, шизотипическим и ипохондрическим расстройствами, что объясняется природой синдромологической структуры расстройств.

На 2-м этапе терапии дозировки препаратов постепенно снижаются по мере редукции психопатологической симптоматики у больных, если есть положительная динамика как психопатологической, так и сексопатологической симптоматики. При значительной редукции психопатологической симптоматики в схему лечения добавляются средства, повышающие адаптивные возможности пациентов, для полной редукции астенической симптоматики и усиления сексуальной активности. С этой целью в течение 3–4 нед назначается один из монокомпонентных или поликомпонентных адаптогенных средств в сочетании с поликомпонентными витаминными препаратами (с содержанием витаминов А, Е, С, Р, группы В) и метаболитическими средствами (энергон 400 мг/сут, тестис-композитум по 2,2 мл 2–3 раза в неделю внутримышечно). К монокомпонентным средствам относятся: 10 % настойка семян китайского лимонника по 20–25 капель 2–3 раза в день до еды; 10 % спиртовой настойки женьшеня по 15–25 капель 2–3 раза в день до еды либо в капсулах по 1 г экстракта корня женьшеня 1–2 раза в день; экстракт левзеи по 20–30 капель 2–3 раза в день после еды;

5 % настойка заманихи по 30–40 капель 2–3 раза в день до еды; 5 % настойка аралии 30–40 капель 2–3 раза в день; жидкий спиртовой экстракт пантокрина по 30–40 капель 2–3 раза в день до еды или таблетки по 0,15 г 1–2 раза в день; жидкий экстракт элеутерококка по 20–30 капель 2–3 раза в день до еды; жидкий экстракт радиолы по 5–10 капель 2–3 раза в день. Из поликомпонентных средств применяют: спеман по 257 мг 3 раза в день, спеман форте по 471–942 мг/сут, тентекс форте по 329 мг 2–3 раза в день, цыгапан по 400 мг 2–3 раза в день, геримакс по 200 мг 2–3 раза в день. При отсутствии тревожной симптоматики для активизации пациентов также назначается психостимулятор – сиднокарб (0,015 г в день). Препараты со стимулирующим, активизирующим и тонизирующим действием применяются в утреннее и дневное время.

Если на 1-м этапе пациенты отметили улучшение в психической и сексуальной сфере, к концу 2-го этапа терапии на фоне месячного курса приема стимулирующих и тонизирующих средств и продолжающегося психотропного лечения они наблюдают дальнейшее улучшение состояния, проявляющееся в значительном сокращении 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 пары. С этой целью применяют методы рациональной терапии, включающие секстерапевтические рекомендации с учетом индивидуальных особенностей данной пары [19, 20]. Для успешного возобновления сексуальных контактов супружеской пары мы предлагаем принимать антидепрессанты в сочетании с ингибитором фосфодиэстеразы 5-го типа – силденафилом цитрат (12,5 мг 1 раз ежедневно в течение 30 дней). Указанный метод способствует тому, что параллельно с улучшением эмоционального состояния восстанавливается эректильная функция, это придает пациенту уверенности в возможности успешного полового акта. По нашим данным, данный способ позволил возобновить половую жизнь 70 % больным с расстройством полового влечения.

Анализ динамики клинической картины расстройств сексуального влечения показывает, что в первую очередь редуцируется аффективная симптоматика. На этом фоне появляется интерес к сексуальной активности, чаще возникают спонтанные эрекции. На 2-м этапе терапии сексуальная предприимчивость повышается и сопровождается дальнейшим улучшением психического состояния, нивелированием патологических ощущений. На начальных этапах психофармакотерапии у отдельных больных может наблюдаться некоторое усугубление сексологической симптоматики: эрекция происходит реже и хуже, затрудняется семяизвержение, но в дальнейшем состоянии улучшается, начиная

со 2–3-й недели лечения. После 1–2-й недели терапии больные отмечают улучшение сна, повышение настроения, активности, становятся более спокойными. Пациенты оптимистичнее оценивают возможность начала или возобновления половой жизни. На последующих этапах психофармакотерапии и терапии, активирующей сексуальную активность, в сочетании с психотерапией, улучшается не только психическое состояние, но и показатели сексуальной активности. Возобновляются спонтанные эрекции, они возникают чаще и сильнее даже у тех больных, которые пережили их исчезновение в начале психофармакотерапии. Порой улучшение спонтанных эрекций сопровождается появлением ранее присущего либидозного сопровождения. За улучшени-

ем спонтанных эрекций следуют положительные изменения качества адекватных эрекций. Наблюдается улучшение и со стороны эякуляторной функции.

Таким образом, изучение расстройств полового влечения у мужчин в клинике психических расстройств непсихотического уровня с определением их клинических особенностей является важным диагностическим критерием для квалификации психической патологии [21, 22] и выработки адекватной терапевтической и реабилитационной программы. Своевременная диагностика данных состояний позволяет избежать применения неоправданных дорогостоящих методов дополнительного обследования и существенно сократить сроки лечения.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Васильченко Г.С., Агаркова Т.Е., Агарков С.Т. Сексопатология: Справочник. М.: Медицина, 1990. С. 18–21. [Vasilchenko G., Agarkova T., Agarkov S. et al. Sexual pathology: Reference book. Moscow: Meditsina, 1990. P. 18–21. (In Russ.).]
2. Доморацкий В.А. Медицинская сексология и психотерапия сексуальных расстройств. М., Академический проект; Культура, 2009. 470 с. [Domoratskiy V.A. Medical sexology and psychotherapy of sexual disorders. Moscow: Akademicheskii projekt; Kultura, 2009. 470 p. (In Russ.).]
3. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия: В 2 т. Пер. с англ. М.: Медицина, 1994. Т. 1. 671 с. [Kaplan H.I., Sadock B.J. Comprehensive textbook of psychiatry: In 2 volumes. Translation from English. Moscow: Meditsina, 1994. V. 1. 671 p. (In Russ.).]
4. Ягубов М.И., Кан И.Ю. Особенности клиники и терапия нарушений либидо при непсихотических психических расстройствах. В кн.: Тезисы I Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием «Университетская клиника психиатрии: союз науки и практики. 110 лет кафедре психиатрии и медицинской психологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова» 25 мая 2016 г. М., 2015. С. 138–140. [Yagubov M.I., Kan I.Yu. Clinical characteristics and therapy of libido disorders in nonpsychotic mental disorders. In: Abstracts of the 1st All-Russian Scientific and Practical Conference with International Participation “University Psychiatry Clinic: Union between Science and Experiment. 110th Anniversary of the Department of Psychiatry and Medical Psychology of the N.I. Pirogov Russian National Research Medical University.” May 25, 2016. Moscow, 2015. P. 138–140. (In Russ.).]
5. Ягубов М.И. Клинико-динамические особенности и комплексная патогенетическая терапия сексуальных дисфункций у мужчин с психическими расстройствами непсихотического уровня. Дис. ... д-ра мед. наук. М., 2006. 500 с. [Yagubov M.I. Clinical and diagnostic characteristics and pathogenetic combination therapy of sexual dysfunctions in males with mental disorders of nonpsychotic level. MD dissertation. Moscow, 2006. 500 p. (In Russ.).]
6. Кан И.Ю. Сексуальные нарушения при соматизированных психических расстройствах у мужчин. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1999. 24 с. [Kan I. Yu. Sexual dysfunction in somatization psychological disorders in males. PhD dissertation summary. Moscow, 1999. 24 p. (In Russ.).]
7. Кан И.Ю., Кибрик Н.Д. Сексуальные дисфункции при соматизированных расстройствах у мужчин. Социальная и клиническая психиатрия 1999;9 (3):45–8. [Kan I.Yu., Kibrik N.D. Sexual dysfunction in somatization disorders in males. Sotsialnaya i klinicheskaya psikhiiatriya = Social and Clinical Psychiatry 1999;9 (3):45–8. (In Russ.).]
8. Кибрик Н.Д., Ягубов М.И. Клинические особенности и терапия сексуальных дисфункций у больных с соматоформными расстройствами. Социальная и клиническая психиатрия 2006;16 (3):54–7. [Kibrik N.D., Yagubov M.I. Clinical characteristics and therapy of sexual disorders in patients with somatization disorders Sotsialnaya i klinicheskaya psikhiiatriya = Social and Clinical Psychiatry 2006;16(3):54–7. (In Russ.).]
9. Ягубов М.И., Кибрик Н.Д., Кан И.Ю. Современные подходы в клинике и комплексной терапии сексуальных дисфункций при соматоформных психических расстройствах у мужчин. Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева 2014;4:68–74. [Yagubov M.I., Kibrik N.D., Kan I.Yu. Current approaches to treatment and combination therapy of sexual dysfunction in somatization psychological disorders in males. Obzrenie psikhiiatrii i meditsinskoy psikhologii = Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology 2014; (4):68–74. (In Russ.).]
10. Ягубов М.И. Клинические особенности и терапия сексуальных дисфункций у больных с невротическими расстройствами. Социальная и клиническая психиатрия 2006;16(3): 46–53. [Yagubov M.I. Clinical characteristics and therapy of sexual dysfunction in patients with neurotic disorders. Sotsialnaya i klinicheskaya psikhiiatriya = Social and Clinical Psychiatry 2006;16 (3):46–53. (In Russ.).]
11. Arentewicz G., Schmidt G. The treatment of sexual disorders. New York: Basic Books, 1983.
12. Feldman H.A., Goldstein I., Hatzichristou D.G. et al. Impotence and its medical and psychological correlates Results of the Massachusetts Male Aging Study. J Urol 1994;151 (1):54–61.
13. Laumann E.O., Paik A, Rosen R.C. Sexual dysfunction in the United States:



- prevalence and predictors. *JAMA* 1999;281:537–44.
14. Morley M. E., Perry M. M., Kaiser F. E. et al. Effects of testosterone replacement therapy in old hypogonadal males: a preliminary study. *J Am Geriatr* 1993;41(2):149–52.
15. Rudkin L., Taylor M. J., Hawton K. Strategies for managing sexual dysfunction induced by antidepressant medication. *Int J Psychiatry* 2004;33(3):273–93.
16. Татлаев Н. Ш. Клиника сексуальных расстройств у мужчин, страдающих маниакально-депрессивным психозом. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Куйбышев, 1984. 10 с. [Tatlaev N. Sh. Clinical picture of sexual disorders in males suffering from manic depressive disorder: PhD dissertation summary. Kuybyshev, 1984. 10 p. (In Russ.).]
17. Montejo A. L., Majadas S. Sexual disturbances associated with antidepressant treatments. *WPA Bulletin on Depression* 2004;9(28):8–10.
18. Ducrocq F. Depression and sexual disorders. *Encephale*. 1999;25(5):51–6.
19. Kaplan H. S. Disorders of sexual desire. New York: Brunner/Mazel, 1979. 257 p.
20. Masters W., Johnson V. *Human Sexual Inadequacy*. Boston: Little, Brown, 1970. 487 p.
21. МКБ–10 (ICD–10). Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. Пер. с англ. СПб.: Адис, 1994. 208 с. МКБ–10 (ICD–10). Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. Пер. с англ. СПб.: Адис, 1994. 208 с. [The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Translation from English. Saint-Petersburg: Adis, 1994. 208 p. (In Russ.).]
22. Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM–IV – TM. American Psychiatric Association. 4th ed. Washington D. C., 1994. 886 p.