

ОГЛАВЛЕНИЕ

Коллектив авторов	5
Вступление	8
Предисловие	10
Список сокращений и условных обозначений	11
Глава 1. Десять мифов о психосоматике	13
Миф 1. Психосоматические расстройства — это святая семерка	13
Миф 2. Психосоматика — это вообще все заболевания человека	16
Миф 3. Психосоматическое заболевание может развиваться у любого человека	17
Миф 4. «А голова — предмет темный и исследованию не подлежит»	18
Миф 5. Душевными расстройствами занимаются психиатры	19
Миф 6. Невроз — это не про органы человеческого тела	21
Миф 7. Диагноз и современные условия лечения диагностированной болезни — всегда на пользу страдающему	25
Миф 8. Все ипохондрики одинаковы, а «коэнестезиопатия» — никому не понятный термин	28
Миф 9. Психосоматика — всегда легкий уровень расстройств	29
Миф 10. Психосоматические расстройства лечить некому	30
Глава 2. Соматические маски психопатологии	32
2.1. Депрессия	32
2.2. Тревожные расстройства	48
2.3. Диссоциативные (конверсионные) расстройства	49
2.4. Психометрические исследования	50
Глава 3. Частные проблемы урологической психосоматики	69
3.1. Сексуальные психосоматические заболевания	69
3.2. Синдром Мюнхгаузена	104
3.3. Синдром хронической тазовой боли	108
3.4. Психологические аспекты синдрома хронической невоспалительной тазовой боли и хронического абактериального простатита	129
3.5. Специфика психологического функционирования пациентов с интерстициальным циститом	141
3.6. Соматоформные болевые расстройства: мочепузырный болевой синдром	155
3.7. Соматоформные вегетативные расстройства мочеиспускания	163
3.8. Нарушения сна и ноктурия	175
3.9. Аффективные расстройства и нарушения мочеиспускания при паркинсонизме	187
3.10. Дефицит тестостерона и депрессия	196

Глава 4. Клинические случаи	207
4.1. Из клинической практики доктора М.И. Когана	207
4.2. Из клинической практики доктора Р.Р. Гафарова	209
4.3. Из клинической практики докторов Т.А. Караваевой, И.В. Кузьмина, А.В. Васильевой, М.Н. Слесаревской, Д.С. Радионова, А.Е. Андриановой	211
4.4. Из клинической практики докторов Т.А. Караваевой, И.В. Кузьмина, А.В. Васильевой, М.Н. Слесаревской, Д.С. Радионова, А.Е. Андриановой	217
4.5. Из клинической практики доктора Х.С. Ибишева	221
Глава 5. Терапия психосоматических расстройств	226
5.1. Психотерапия	226
5.2. Когнитивно-поведенческая терапия синдрома хронической урологической тазовой боли и простатита	232
5.3. Психофармакотерапия	245
Глава 6. Трудный больной	252
Предметный указатель	257

ВСТУПЛЕНИЕ

В том, что я доктор, а вы душевнобольной, нет ни нравственности, ни логики, а одна только пустая случайность.

Антон Чехов. Палата № 6

Первый раз о том, что ныне называется психосоматикой, я услышал на 4-м курсе института в ходе лекции, которую читал ведущий кардиолог 60–80-х гг. XX в. Ростовского медицинского института профессор Борис Иванович Воробьев. Обычно одну часть лекции он рассказывал нам о пациенте, а в другой части освещал теорию той или иной болезни, которой страдал больной.

И вот как-то раз, повествуя о жалобах пациентки 40 лет на больное сердце, он обратил внимание аудитории на то, с каким удовольствием и даже экзальтацией пациентка живописует свои симптомы, делая это неоднократно на протяжении 3 дней обследования в клинике. И тут профессор заявил, что у больной нет никаких физикальных и электрокардиографических признаков органического повреждения сердца, а ее восторженный рассказ о сердечной болезни есть не что иное, как кардионевроз, то есть дисфункция вегетативной нервной системы. Современная медицина называет это состояние соматическим неврозом или психосоматическим функциональным синдромом.

Только начав работать врачом станции скорой помощи, я посетил на дому пациентку 30 лет, которая корчилась на кровати с выгибанием тела и заламыванием рук, рыдала, кричала от боли, крутилась с гиперкинезами.

Я был ошарашен, не понимал, что это такое и что надо делать. А мой опытный фельдшер, поговорив кратко с больной и ощупав ее живот, сказал мне, что у нее почечная колика. После обезболивания больная успокоилась, а вернувшись в машину скорой помощи, видя мое полное недоумение, коллега шепнул мне на ухо: «Истерика это, истеричка она».

Я был потрясен! Неужели почечная колика может такое сотворить с человеком?

Прошло с тех пор немало врачебных лет, более 50. И я подумал, что урологу XXI в. надо знать азы психологии и психиатрии и быть широко осведомленным о психосоматических расстройствах. Мне пришлось видеть в своей практике сотни и тысячи пациентов с телесными нарушениями, которые нуждались в диагностике и лечении у клинического психолога, психотерапевта, психиатра. А ведь пациенты страдали от тяжелых мочепузырных симптомов, якобы простатических болей, нарушений чувствительности полового члена и т.д. Было и немало пациентов, подвергшихся острому или хроническому стрессу, приведшему к инфертильности или эректильной дисфункции.

А сколько пришлось видеть острых психических реакций в ответ на сообщение больному диагноза опухолевого заболевания.

Моя работа на протяжении десятков лет требовала тесного взаимодействия с психиатрами, психологами, сексопатологами. Эти специалисты стали весомой и значимой частью в моей профессиональной повседневности.

Приходилось прибегать и к помощи экстрасенсов, телепатов, когда требовалось разрешить тяжелейшие коллизии в жизни моих пациентов. Я получал и от них полезные советы, приводящие меня к разрешению критических ситуаций.

Этой книгой, написанной не теоретиками в области мозговых функций, а глубоко образованными практикующими врачами, я хотел заполнить вакуум незнаний у своих коллег-урологов. Если урологи захотят прочитать эту книгу, то они смогут лучше помочь своим больным или не будут лечить тех, у кого психические расстройства есть основа страдания. Если эту книгу прочтут психологи и психиатры, то они смогут глубже вникнуть в лечение проблемных пациентов урологов.

Хотелось бы верить, что эта книга будет воспринята, а не отторгнута за невостребованностью и ненужностью.

Благодарю моих коллег, авторов книги, за подвижнический труд по привитию врачам-урологам знания о психосоматических заболеваниях и бездонности психиатрических проблем, а также за глубокое понимание психосоматической компоненты урологических заболеваний и состояний.

С уважением к читателю, М.И. Коган

ПРЕДИСЛОВИЕ

В авторском сборнике «Плоды раздумья» Козьмы Пруткова можно найти умную и точную фразу: «Специалист подобен флюсу: полнота его одностороння». Действительно, разделение медицины на специальности было неизбежным, необходимым, дало простор для развития каждого направления, но в то же время породило разобщение методов обследования, его целей и научных концепций. Вынужденно это привело к утрате целостного представления о феномене болезни, его внутренней картины. Чаще это связано с общим и понятным дефицитом времени: «Успеть бы сделать тот минимум, что должен», но иногда — с принципиальной позицией врача-интерниста: «Психология и психиатрия мне неинтересны, вся эта высшая нервная деятельность — ерунда по сравнению с тем, чем я занимаюсь».

Если уважаемому Михаилу Иосифовичу Когану повезло прийти к пониманию значимости психосоматики благодаря положительному примеру, который он описал во вступлении, то у меня — благодаря отрицательному. Около 25 лет назад я, будучи врачом-психиатром, вел палату в неврологическом стационаре — хорошем стационаре, с грамотным заведующим отделением и собственным профессором-неврологом, которые 1 раз в неделю проводили обходы. В моей палате лежали пациенты, понятно, с невротическими психическими расстройствами, в основном тревожно-депрессивными, с соматоформными и болевыми проявлениями. Каждый раз, подходя к моей палате, процессия останавливалась, а дальше звучала фраза, которая производила на врача-психиатра неизгладимое впечатление: «Ну нет, туда мы не пойдем, там психи, еще в окна начнут выбрасываться». Очень часто в те недалекие (и все же четверть века!) времена появление диагноза психического расстройства приводило к тому, что помощь интерниста получить становилось сложно: «Ничего у него нет, это все высшая нервная деятельность».

На наших глазах все меняется — простые и понятные мысли о том, что тело и душа неразрывны, что «паника — это половина болезни, спокойствие — это половина здоровья» (Авиценна), вновь становятся аксиомой. Но навыки оценки психического состояния врачами-интернистами во многом утрачены, часто они подменены стремлением все шкалировать. Увы, психометрическими методиками можно составить лишь очень приблизительное представление о человеке и его проблеме. В предлагаемом издании авторы постарались без избыточных сложностей дать читателю необходимые минимальные сведения. И этот краткий теоретический курс, и приведенные клинические примеры могут помочь заинтересованному врачу лечить лучше, а значит, получать больше удовольствия от выбранного для себя искусства — медицины.

С уважением к читателю, В.А. Солдаткин

ГЛАВА 2

Соматические маски психопатологии

А.И. Ковалев, А.А. Сидоров

Врачам всех клинических специальностей в большей или меньшей степени приходится сталкиваться как с явными признаками психического расстройства, так и с неочевидными его проявлениями. Задача любого врача — заподозрить заболевание у пациента и выбрать правильный лечебно-диагностический маршрут. В этой связи в данной главе освещены основы психопатологии для врачей общей практики и узких специалистов, а также описаны самые распространенные соматические маски, которые порой «надевает» на себя психическое расстройство.

Выявляемость психических расстройств во всем мире в последние годы растет. Примерно у четверти пациентов общемедицинской сети диагностируется психическое расстройство (Сукиасян С.Г., Маргарян С.П., Манасян Н.Г., 2010); согласно работам Д. Гольдберга и П. Хаксила (1999), около 10% населения соответствует клинически психопатологическим диагностическим критериям. Это связано с улучшением качества диагностики, повышением информированности населения в области психиатрии, что влияет на обращаемость за психиатрической помощью. Наиболее распространенными являются тревожные, депрессивные и соматоформные расстройства (Ustun T.B., Sartorius N., 1995).

2.1. ДЕПРЕССИЯ

Депрессия (от лат. *depressio* — подавление, угнетение) — психическое расстройство, характеризующееся патологически сниженным настроением (гипотимией) с негативной, пессимистической оценкой себя, своего положения в окружающей действительности и своего будущего. Депрессивное изменение настроения, наряду с искажением когнитивных процессов, сопровождается моторным торможением, снижением побуждений к деятельности, соматовегетативными дисфункциями. Депрессивная симптоматика негативно влияет на социальную адаптацию и качество жизни (Смулевич А.Б., 2003).

Депрессивный синдром включает ведущие, основные и дополнительные симптомы.

Ведущими и основными симптомами являются (так называемая депрессивная триада):

- снижение настроения (тоска);
- гипобулия (снижение волевой активности);
- замедление темпа мышления.

Наличие дополнительных симптомов указывает на тяжесть депрессивного синдрома и может проявляться в виде:

- сниженной самооценки;
- суицидальных мыслей, тенденций и действий;
- угнетения влечений;
- нарушения концентрации внимания.

Депрессия может возникать по психогенным механизмам, когда ее развитие связано с острыми и/или длительными психотравмирующими ситуациями, лежащими в основе психогенеза развития расстройства, — реактивная депрессия, а также по эндогенным (заболевание с наследственным предрасположением) механизмам — эндогенная депрессия.

К признакам эндогенности депрессий относятся:

- витальность душевных переживаний (переживания, не связанные с какой-либо ситуацией);
- аутохтонность возникновения симптоматики;
- наследственная отягощенность аффективными расстройствами, суицидами и аддиктивными формами поведения;
- суточные колебания выраженности симптоматики (самочувствие обычно улучшается во второй половине дня);
- сезонность возникновения симптоматики;
- наличие симптомокомплекса В.П. Протопопова.

Одним из важных факторов, указывающих на эндогенный характер депрессии, является наличие соматического симптомокомплекса В.П. Протопопова:

- повышение артериального давления;
- тахикардия;
- запоры;
- медриаз;
- гипергликемия;
- дис- и аменорея;
- изменение массы тела.

Наличие соматизированных симптомов при депрессии обусловлено единым морфофункциональным субстратом. Еще в 30-х гг. XX в. врач-невропатолог, доктор медицины Джеймс Пейпец (James Papez) описал и научно подтвердил оригинальную теорию циркуляции эмоционального возбуждения в структурах мозга. Его концепция, связывающая эмоции с функциями определенных структур мозга, была опубликована в 1937 г. Так называемый круг Пейпеца определяет эмоциональное состояние психики и вовлекает в развитие эмоциональных реакций сразу множество связанных между собой структур мозга. Изучая эмоциональные расстройства у пациентов с поражением гиппокампа и поясной извилины, Пейпец выдвинул гипотезу о существовании единой системы, объединяющей ряд структур и образующей мозговую субстрат для эмоций. Эта система представляет собой замкнутую в кольцо цепь и включает несколько

структур, таких как гипоталамус, передневентральное ядро таламуса, поясная извилина, гиппокамп, мамиллярные ядра гипоталамуса. Она-то и получила название круга Пейпеца. Анатомически и функционально вегетативная нервная система подразделяется на симпатическую, парасимпатическую и метасимпатическую. Симпатические и парасимпатические центры находятся под контролем коры больших полушарий и гипоталамических центров. Таким образом, эмоции напрямую связаны с вегетативными реакциями. В этой связи депрессия в большинстве случаев имеет соматовегетативное сопровождение.

Депрессия может рассматриваться как самостоятельная нозологическая единица (единственный эпизод в течение жизни) либо входить в структуру рекуррентного (повторяющегося) депрессивного либо биполярного аффективного расстройства. Любой депрессивный эпизод (вне структуры биполярного аффективного расстройства) завершается, как правило, интермиссией (полным исчезновением всех симптомов), однако практически у трети больных возможно сохранение резидуальной симптоматики после завершения эпизода, также примерно у трети больных депрессия имеет резистентность к терапии.

Клиническое разнообразие течения депрессий зависит от дисфункции различных нейротрансмиттерных систем, в связи с чем А.Б. Смулевич (2003) выделил следующие нейрохимические типы депрессий, связанные преимущественно:

- с дефицитом серотонина;
- избытком серотонина при снижении чувствительности постсинаптических рецепторов;
- истощением норадреналина и серотонина;
- дефицитом дофамина;
- нарушением баланса этих нейротрансмиттеров.

Условно депрессии можно разделить на типичные и атипичные. Типичными являются депрессии, в структуре которых сбалансированно сочетаются все элементы депрессивной триады. Атипичные депрессии характеризуются диспропорциональностью ведущих и основных симптомов, когда на первый план выходят факультативные симптомы, которые становятся маской депрессивного расстройства, зачастую затрудняя диагностический процесс. На начальных этапах диагностики такие пациенты часто попадают к врачам-интернистам.

Депрессия в общемедицинской сети становится серьезной медико-социальной проблемой, так как требует комплексного подхода диагностики. С одной стороны, депрессии могут встречаться у пациентов с текущей соматической патологией как два параллельных процесса либо как коморбидные состояния. С другой — в общеклинической практике врачам приходится иметь дело с соматизированными депрессиями, когда аффективная патология «надевает» на себя соматическую маску, тем самым затрудняя диагностический процесс.

Депрессии при соматических заболеваниях

В практике врача-интерна депрессия наиболее часто коррелирует с сердечно-сосудистой патологией. По данным А.Б. Смулевича (2013), депрессия встречается при первичном обострении ишемической болезни сердца более

чем в 30% случаев, при повторном обострении — еще в 20%, при прогрессировании ишемической болезни сердца — более 30%. Таким образом, мы получаем высокую коморбидность течения депрессии и ишемической болезни сердца. Депрессия и ишемическая болезнь сердца находятся в реципрокных отношениях, когда каждое из заболеваний утяжеляет течение другого и, как следствие, повышается смертность. У пациентов с аортокоронарным шунтированием, по данным разных авторов, частота депрессий возникает от 16 до 61%.

Не менее часто депрессивные расстройства встречаются при эндокринной патологии. Все дело в том, что нервная и эндокринная системы тесно взаимосвязаны и обеспечивают поддержание гомеостаза. Сбой нормального функционирования одного звена неизбежно вызывает проблемы в работе другого. Так, снижение функции щитовидной железы может приводить к возникновению депрессии.

Доказано, что депрессии чаще встречаются у женщин, и, как следствие, является их высокая связь с репродуктивным циклом. Более чем у половины женщин диагностируются так называемые инволюционные депрессии (пред- и постменопаузальные), синдром грусти рожениц типичен примерно в 40% случаев, послеродовая депрессия — более чем в 10% случаев, депрессия беременных — чуть менее чем в 10% случаев.

Своя специфика аффективной патологии имеется и у мужчин. Один из часто встречающихся симптомов депрессии у мужчин — это ослабление либидо, которое коррелирует со снижением интереса к жизни и выраженностью других депрессивных симптомов. Тяжелые формы заболевания приводят к полной утрате либидо, а также к потере чувствительности к сексуальной стимуляции. Депрессивное расстройство может приводить к ПЭ, оргазмическим расстройствам. В свою очередь, такой клинический феномен, как сперматорея — выделение спермы в конце мочеиспускания или при дефекации, приводит к невротизации, избеганию любых ситуаций, вызывающих сексуальное возбуждение. Неизбежное последствие патологии — появление или усиление депрессивных симптомов. У мужчин с этим нарушением ослаблены мышцы семявыводящих путей и/или сфинктеров, что приводит к эякуляции даже при незначительном повышении давления в малом тазу. Сперматорея не связана с эротическими фантазиями и эрекцией, но в ряде случаев она усиливается при малейшем сексуальном возбуждении.

Ларвированные (маскированные) депрессии

Ларвированная (маскированная), или скрытая, депрессия (ЛД) — это эндогенное депрессивное расстройство легкой или средней степени тяжести, при котором на первый план выступает масса разнообразных жалоб, которые сам пациент связывает со своим соматическим состоянием, тогда как собственно психопатологические признаки имеют стертый, рудиментарный характер, отступая на задний план, и самим больным либо игнорируются, либо обозначаются как вторичные или как психологически понятные реакции больного на свое недомогание.

Проявления ЛД многообразны и могут имитировать любое физическое страдание. В повседневной врачебной практике эти состояния часто проходят

под самыми разнообразными диагнозами, такими как вегетососудистая дистония, приступ стенокардии, мигрень, СРК, идиопатические алгии, нейродермит, кожный зуд, люмбаго.

Несвоевременное распознавание соматизированных форм депрессий можно объяснить, с одной стороны, определенными трудностями в их идентификации, с другой — отсутствием у врачей-интернистов психиатрического опыта, необходимого для раннего распознавания психического заболевания, скрывающегося под различными масками.

Да и недостаточно распространена в повседневной практике диагностика маскированной депрессии, диагноз скрытой депрессии не вошел в обиход психиатрического мышления. Сами больные с признаками скрытой депрессии обычно расценивают свое состояние как соматическое заболевание, однако всевозможные, нередко дорогостоящие терапевтические и хирургические обследования не выявляют объективных изменений, или такие изменения слишком незначительны для того, чтобы врачи могли ими объяснить имеющиеся жалобы и недомогания больного.

Распространенность маскированных депрессий — 10–30% больных, обращающихся за помощью к врачам общего профиля, а отсутствие эффекта от разных видов соматического лечения, хронический характер и периодичность течения заболевания, продолжительный период частичной или полной нетрудоспособности свидетельствуют о том, что сама депрессия представляет собой не только психиатрическую проблему.

Увеличение частоты возникновения депрессивных расстройств, их патоморфоз приводят к обращению больного на прием к врачу-интернисту. Путь больного от врача-интерниста до психиатра часто исчисляется годами. Если при обычной депрессии пациенты обращаются к психиатру спустя 7 мес, то при скрытой ее форме средняя длительность заболевания от момента его появления до первого обращения к психиатру составляет иногда до 10 лет и более (20–30 лет). В силу стертости, недостаточной выраженности собственно аффективных расстройств больные редко лечатся в психиатрических стационарах. Обычно они лечатся в больницах общего профиля. Стойкость и упорство жалоб вынуждают врачей общей практики неоднократно проводить многочисленные исследования, при которых не удается выявить органическую основу заболевания.

Определение скрытой депрессии является достаточно трудным для врачей. Больные редко жалуются на одно страдание, почти всегда отмечают множественные расстройства. Боли, зуд, жжение в различных частях тела сосуществуют с усиленным сердцебиением, отсутствием аппетита, бессонницей, нарушениями дыхания, мочеиспускания и пищеварения, причем жалобы изменяются не только день ото дня, но и в течение суток.

Как у мужчин, так и у женщин соматизированные депрессии наблюдаются в наиболее трудоспособном возрасте: у 71,4% пациентов заболевание началось в возрасте 20–40 лет.

Клиническая картина соматизированной депрессии отличается неспецифичностью и полиморфностью соматических расстройств, малой выразительностью и бледностью типичных симптомов депрессии и может имитировать любое нарушение.

Среди наиболее частых симптомов следует назвать расстройство сна, заключающееся в нарушении засыпания, прерывности сна и раннем пробуждении.

Часто встречаются разнообразные ощущения боли, тяжести, неприятные ощущения (трудно описываемые симптомы) в голове, груди, животе, конечностях, позвоночнике и т.п., а также тошнота, рвота, запор или диарея, метеоризм, головокружение, сердцебиение, чувство стеснения и сжатия при дыхании, выпадение волос, ощущение кома в горле.

Типичными для соматизированной депрессии является то, что в ответ на направленные вопросы пациенты жалуются на некоторую угнетенность или невозможность радоваться, как прежде. Они не проявляют присущей им ранее энергии и активности, становятся беспокойными и нервными. Часто больные сами не осознают свое сниженное настроение или объясняют его соматическим недомоганием.

Обилие соматических жалоб, не укладывающихся в рамки определенной болезни, отсутствие или мимолетность органических изменений, неэффективность соматической терапии должны вызвать подозрение на скрытую депрессию.

В современной МКБ-10, в связи с ее дименсиональным подходом к систематике, рубрика ЛД отсутствует. Но так как эта группа пациентов объективно существует и должна как-то квалифицироваться, то большая часть пациентов попала в рубрику «Соматизированное расстройство» и лишь небольшая часть — в рубрику «Депрессивный эпизод с соматическими симптомами».

Предложенная классификация маскированных депрессий учитывает соматические, вегетативные и психические нарушения, составляющие ведущий синдром заболевания. Именно соматизированные признаки болезни находятся на первом плане, формируя клиническую картину расстройства, привлекая внимание пациента и врача, зачастую ставя на неправильный путь диагностики и лечения.

Можно выделить следующие варианты (типы) ЛД (Десятников В.Ф., 1979).

I. Алгическо-сенестопатический.

1. Абдоминальный.
2. Кардиалгический.
3. Цефалгический.
4. Паналгический.

II. Агриппнический.

III. Диэнцефальный.

1. Вегетовисцеральный.
2. Вазомоторно-аллергический.
3. Псевдоастматический.

IV. Обсессивно-фобический.

V. Наркоманический.

VI. С нарушением в сексуальной сфере.

Классификация основана на феноменологическом принципе, что облегчает дальнейшее изучение симптоматики заболевания, представляется наиболее удобной для практической деятельности.

Алгическо-сенестопатический вариант

К алгическо-сенестопатическому варианту ЛД относятся те случаи ее проявления, при которых ведущими становятся жалобы на боли, неприятные ощущения в различных частях тела. Этот вариант встречается наиболее часто — у 48,8% больных.

Характерные проявления алгическо-сенестопатического варианта ЛД — это своеобразные, трудно поддающиеся описанию мучительные боли, разнообразные неприятные ощущения протопатического характера. В названии варианта отражен неприятный характер болей — их сенестопатическая окраска.

Длительность заболевания колеблется в широких пределах — от 6 мес до 40 лет, средняя продолжительность при этом варианте составляет 11,8 года.

Изучение анамнеза и оценка клинических проявлений заболевания показывают, что все пациенты длительно обследуются у врачей разных специальностей: терапевтов, невропатологов, хирургов, эндокринологов, урологов, алергологов, стоматологов — с самыми различными диагнозами без подозрения на психическое заболевание. Наиболее часто ставят диагнозы гастрита, колита, кардионевроза, неврастении, стенокардии, инфаркта миокарда, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, панкреатита, солярита, холецистита, дискинезии желчевыводящих путей, аппендицита, спаечной болезни, диафрагмальной грыжи, дисбактериоза, тиреотоксикоза, остеохондроза, радикулита, дизэнцефальной недостаточности, нейроциркуляторной дистонии, ангионевроза, простатита.

Обычно мотивами для направления таких больных к психиатру являются:

- упорство и своеобразие жалоб;
- отсутствие ряда характерных для клинической картины конкретного соматического заболевания симптомов;
- безуспешность лечения, показанного в подобных случаях.

Средняя длительность наблюдения больных у врачей общего профиля составляет 6,9 года, причем 43,9% — до 5 лет, 26,8% — более 10 лет. За это время больные проходят неоднократные биохимические, электрографические и рентгенологические исследования. Некоторые больные подвергаются оперативным вмешательствам (лапаротомии) в связи с предполагаемой патологией желудочно-кишечного тракта. Большинству пациентов проводят диагностические пункции, многократные рентгенологические исследования желудочно-кишечного тракта, сердечно-сосудистой системы, анализы желудочного содержимого, дуоденальное зондирование.

Изучение наследственной отягощенности при данном варианте соматизированной депрессии показало, что в 46,4% случаев у родственников больных отмечены психические заболевания (биполярное аффективное расстройство, инволюционные депрессии, алкоголизм).

Диагностика алгическо-сенестопатического варианта особенно сложна в случаях, когда маскированной депрессии сопутствует соматическое заболевание. Однако характер жалоб и симптоматика соматического заболевания с учетом результатов физических обследований могут объяснить лишь небольшую часть клинических проявлений болезни, что обычно и служит причиной направления таких больных на консультацию к психиатру.

При алгическо-сенестопатическом варианте в анамнезе у больных могут быть обнаружены факторы, предшествующие началу заболевания. Это факторы функционального (соматические заболевания, операции, беременность) либо психогенного (изменение жизненного стереотипа, межличностные конфликты, длительное нервно-психическое напряжение) характера. Однако зачастую не удается выявить факторы, предшествующие началу заболевания, и в этих случаях можно говорить о спонтанном (аутохтонном) типе возникновения и течения заболевания.

Часто выявляются стертые, амбулаторно протекающие депрессивные нарушения в виде беспричинного спада обычно присущей личности активности, подавленности, угрюмости, безразличия, больные не обращаются к врачу, и эти симптомы выявляются при ретроспективной оценке.

Заболевание, как правило, начинается постепенно, чаще незаметно — с расстройства сна, нарушения общего самочувствия, ощущения дискомфорта, к которым впоследствии присоединяются боли и неприятные ощущения в различных частях тела, возрастающие по интенсивности и заставляющие больного обращаться к врачу. Однако приступы могут возникать остро, по типу диэнцефальных, или начинаться с болей, сопровождающихся чувством страха, вегетативными проявлениями и вынуждать пациентов прибегать к экстренной помощи. В большинстве случаев преобладает сезонная предпочтительность приступов, чаще они начинаются в осенне-весенний период.

Клиническая картина алгическо-сенестопатического варианта соматизированной депрессии складывается из расстройств в сфере ощущений (алгии, сенестопатии) и собственно депрессивных нарушений, носящих стертый, мало выраженный характер и находящихся на втором плане.

У больных этой группы ведущими являются многочисленные жалобы на боли сенестопатического оттенка в различных частях тела. Обращают на себя внимание заметная обстоятельность в изложении пациентами жалоб, широкое употребление ими медицинских терминов. Однако, несмотря на обстоятельность и подробность в изложении жалоб и проявлений заболевания, пациенты затрудняются в их описании, с трудом подбирают слова для передачи своих ощущений, подчеркивают мучительный, неприятный и глубокий характер болей. Их клинические описания не укладываются в рамки конкретных соматических заболеваний, так как их обилие и характер превосходят недомогания, наблюдаемые при соматической патологии. Больные испытывают давящую, ноющую, тупую, сверлящую боль («ноет, как в тисках», «душит», «давит», «распирает», «булькает», «пульсирует», «перетекает», «жжет»), которая продолжается от нескольких часов до нескольких дней или месяцев.

Локализация этих болей различна и меняется как в ходе приступа, так и в течение заболевания. Существенная черта таких болей — мигрирующий, перемежающийся характер. Боли обычно усиливаются в ночные и предрассветные часы, только периодически болевой синдром не соответствует зонам иннервации, отсутствует эффект от анальгетиков. Компонентами болевого приступа часто служат ощущение кома в горле, сжатия, замирание сердца, страх смерти, поверхностное и учащенное сердцебиение.

Боль — главный симптом, к излечению которого стремится больной. А пониженное настроение, если и осознается, объясняется упорными болями,

безуспешным лечением. По принципу локализации болей при этом алгическо-сенестопатическом варианте можно выделить конкретные синдромы.

При абдоминальном синдроме отмечаются боли, спазмы в эпигастральной области, по ходу кишечника, в области печени. Больные испытывают тяжесть, давление, переполнение, распирающие, вибрацию желудка, вздутие кишечника, тошноту, мучительную отрыжку. Боли чаще длительные, постоянные, ноющие, они не связаны с приемом и характером пищи, их появление характеризуется суточной динамикой (наибольшая интенсивность — в ночное и утреннее время).

Как правило, отмечается понижение аппетита, больные едят без удовольствия, теряют в массе тела, страдают мучительным запором. К наиболее постоянным проявлениям этого синдрома относится метеоризм — ощущение вздутия, переполненности, урчания кишечника. Больные неоднократно вызывают скорую помощь, доставляются в стационар в экстренном порядке с подозрением на острое заболевание желудочно-кишечного тракта, спаечную болезнь, пищевое отравление. Они многократно обследуются, проходят стационарное и хирургическое лечение, которое не приносит облегчения, а лишь смягчает симптоматику. Больным ставят диагнозы гастрита, колита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, панкреатита, холецистита, дискинезии желчевыводящих путей, дисбактериоза, а некоторые из них подвергаются оперативным вмешательствам.

При кардиалгическом синдроме ведущими являются жалобы на боли, неприятные тягостные ощущения различного характера и интенсивности в области сердца: сжимающие, ноющие, щемящие, сверлящие, жжения, пульсации, горения, стеснения в предсердной области, сильные сердцебиения, перебои в работе сердца и т.д.

Излагая эти жалобы, больные употребляют необычные выражения и сравнения для характеристики испытываемых ощущений («огненное ощущение в груди», «шум в сердце», «стук», «судороги», «уколы», «спазм за грудиной», «стягивание грудной клетки»). Часто боли довольно постоянные, длительные (от недели до нескольких месяцев), реже приступообразные. Больные подчеркивают их глубокое расположение («где-то далеко, внутри»), боли иррадиируют в область шеи, лопатки, живота, головы. Сердечные, болеутоляющие препараты уменьшают интенсивность, но не снимают этих болей.

Возникают они спонтанно, реже после эмоционального напряжения, как правило, в предрабочие и утренние часы.

Наряду с болями и неприятными ощущениями в области сердца больные испытывают перебои, усиленное сердцебиение, удушье, ком в горле, нехватку воздуха, которые сопровождаются страхом смерти.

При цефалгическом синдроме основной является жалоба больных на головную боль. Больные часто затрудняются при описании особенностей головной боли, подчеркивая ее упорный, мучительный характер. Боль сопровождается неприятными ощущениями сенестопатического оттенка — жжения, распирающих, горения, тяжести, давления, пульсации, стягивания, онемения, пустоты. Больные могут указывать на мигрирующий характер боли. Головная боль, как правило, возникает преимущественно ночью, при раннем пробуждении, и достигает наибольшей интенсивности в предрабочие и утрен-

ние часы, постепенно уменьшаясь к середине дня и почти исчезая к вечеру. Иногда на фоне диффузной тупой головной боли периодически отмечаются приступы интенсивной пульсирующей боли. Анальгетические, спазмолитические препараты лишь снижают интенсивность этих болей, не снимая их. Наряду с головной болью пациенты часто жалуются на головокружения, нарушение равновесия тела, шаткость походки, что сопровождается стеснением в груди, затуманенностью зрения, слабостью в ногах. Указанные тягостные ощущения не зависят от положения тела, с трудом поддаются описанию («земля проваливается под ногами», «темнота перед глазами», «все время тянет в сторону», «что-то кружится в голове»). Однако больные продолжают передвигаться, заниматься своими делами и выполнять профессиональные обязанности, что свидетельствует о несоответствии между субъективно испытываемым ощущением головокружения и отсутствием объективных признаков расстройства координации.

Больные неоднократно обследуются у многих специалистов, которые, не находя объективных органических изменений, ставят им диагнозы неврастении, мигрени, вегетососудистой дистонии, органического заболевания головного мозга (ГМ).

Агрипнический вариант

К агрипническому варианту соматизированной депрессии относятся наблюдения, при которых расстройства сна — ведущие, основные, а порой единственные проявления заболевания. Характерным признаком этого варианта можно считать упорные, длительные сомнические расстройства, которые выражаются в раннем пробуждении, как правило, в 3–4 ч утра, сокращении продолжительности ночного сна, в отсутствии эффектов от снотворных препаратов.

При ретроспективном анализе течения заболевания и характера симптоматики удается выявить, что приступы агрипнии, как правило, чередуются с периодами полного психического и физического здоровья, приступами неясной головной боли, нечетко очерченных вегетососудистых кризов с кардиалгиями и гастралгиями.

У некоторых больных выявлена наследственная отягощенность психическими заболеваниями (такими как инволюционные депрессии, аффективные заболевания, закончившиеся суицидом, алкоголизм), а также сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Нередко первому приступу заболевания предшествует какая-либо психотравма (болезнь близких, длительное нервно-психическое напряжение), однако в последующем приступы бессонницы возникают самопроизвольно.

Течение заболевания периодическое. Отмечается от двух до пяти приступов бессонницы продолжительностью от 1–2 дней до нескольких месяцев. Четко очерченных аффективных приступов как депрессивного, так и гипоманического характера выявить не удается. В основном первые приступы болезни проявляются в виде кратковременных цефалгий, типа мигренозных, вегетососудистых пароксизмов, «блуждающих» алгий. Наблюдается определенная закономерность: чем длительнее заболевание, тем более продолжительны, более упорны агрипнические расстройства и тем рельефнее другие соматовегетативные признаки и собственно аффективные нарушения.

Типология агрипнических нарушений складывается из раннего пробуждения и сокращения продолжительности ночного сна. Больные сравнительно легко засыпают в обычное для них время, но, проспав несколько часов, внезапно пробуждаются (в 3:00–4:00), как от внутреннего толчка, предчувствия беды, большинство потом уже не могут заснуть. В этот период раннего пробуждения появляются навязчивые мысли о заботах предстоящего дня, сомнения, опасения.

Утром больные встают с чувством общей разбитости, сонливости, несвежести, тяжести в голове, отсутствует аппетит. Длительно, с большим трудом входят в рабочий ритм. Особенно тяжелой бывает первая половина дня, когда перечисленные выше ощущения выражены максимально. К середине дня общее самочувствие улучшается, появляется аппетит, повышается работоспособность. Жалоб на пониженное настроение больные не предъявляют, аффективные нарушения проявляются в рудиментарных, стертых формах и характеризуются суточной динамикой колебаний — ухудшением общего состояния утром и улучшением вечером.

Диэнцефальный вариант

Наиболее сложный по структуре и многообразный по клиническим проявлениям. К этому варианту относят случаи заболевания, которые проявляются псевдоастматическими, вазомоторно-аллергическими нарушениями и пароксизмально наступающими кризами вегетативно-сосудистого или вегетативно-висцерального характера на фоне соматических и аффективных расстройств. Продолжительность болезни — от 2 нед до 6 мес.

Начало приступа, как правило, острое — пароксизмальное. На фоне хорошего самочувствия возникают вегетовисцеральные или вегетососудистые кризы и псевдоастматические приступы, сопровождающиеся витальным страхом, двигательным беспокойством. Эти проявления носят характер витальной катастрофы, резко выражены и настолько субъективно неприятны, что больные вызывают скорую помощь. Если заболевание протекает по типу вазомоторного ринита, приступы начинаются сравнительно постепенно, в течение нескольких дней выраженность симптоматики становится максимальной.

В межприступные периоды относительно редко наблюдаются светлые промежутки, чаще отмечаются сформировавшаяся ситуационная лабильность, астеническое снижение личности. Симптоматика диэнцефального варианта соматизированной депрессии представлена вегетовисцеральным, вазомоторно-аллергическим и псевдоастматическим синдромами.

При вегетовисцеральном синдроме кризы, как правило, начинаются ночью или ранним утром. Больные внезапно пробуждаются в 3:00–4:00, как от внутреннего толчка, и сразу же или через несколько минут развивается вегетативный криз. Первые субъективные признаки у больных — ощущение удара, страшного давления, пульсации головы, либо дурноты, покачивания, пошатывания («все уходит из-под ног»). Такое состояние мгновенно сменяется ознобом, дрожанием всего тела, усиленным сердцебиением, возникают боли в области сердца, ощущение остановки, замирания, перебоев в сердце, повышенная потливость, страх смерти.

В некоторых случаях кризы сопровождаются четко очерченными симпто-тоническими проявлениями, такими как учащенное сердцебиение, неприятные ощущения в области сердца, дрожание, сухость кожи, чувство похолодания, онемения конечностей, витальный страх смерти и т.д.

Иногда структура пароксизма бывает смешанной: у больных возникают ощущение проваливания в бездну, неустойчивости, головокружения, появляются неприятные ощущения в эпигастральной области, распространяющиеся вверх, в область шеи, сжимающие, перехватывающие горло, обильная потливость, урчание и метеоризм, зачастую позывы к дефекации и мочеиспусканию, резкая физическая слабость, адинамии, бессилие, немотивированное чувство тревоги. Криз продолжается от нескольких минут до 1,5–2,0 ч и заканчивается постепенно, литически, остается ощущение слабости, иногда сонливость. После криза в течение нескольких дней сохраняются чувство тревоги, подавленность, слабость, разбитость, пониженный аппетит. Постепенно эти явления сглаживаются и самочувствие пациента возвращается к исходному.

Обсессивно-фобический вариант

К обсессивно-фобическому варианту соматизированной депрессии относят случаи заболевания, при которых в клинической картине на первом плане выступают различного рода навязчивости и страхи, сопровождающиеся сознанием их болезненности и стремлением к преодолению таких состояний. Внешние проявления собственно депрессивных нарушений незначительны. Данный вариант ЛД отличается от описанных выше тем, что своеобразие клинической картины определяется не соматовегетативными, а психическими феноменами. Этот вариант является психической маской депрессии и представляет собой форму сочетания обсессий, фобий и собственно депрессивной симптоматики.

В наследственности с большим постоянством обнаруживается отягощенность аффективными заболеваниями и алкоголизмом.

До начала заболевания многим больным присущи психастенические черты характера: тревожность, мнительность, нерешительность, склонность к сомнениям, неуверенность в правильности принятых решений и совершенных поступков.

Протекает заболевание периодически, носит униполярно-депрессивный характер.

Симптоматика обсессивно-фобического варианта маскированной депрессии скрывает разнообразные вегетативные, соматические и, главное, аффективные нарушения. Больные жалуются на навязчивый счет, воспоминания, представления, опасения. Особенно часты и разнообразны фобии — страх умереть от остановки сердца, страх удушья, одиночества, высоты, открытых и закрытых пространств, страх сойти с ума. Спектр страхов разнообразен, но самым частым является страх смерти. Пациенты критически относятся к страхам, понимая их необоснованность, и стремятся к преодолению этих состояний. И все же в период приступа больные полностью оказываются во власти страхов. На фоне постоянных фобий могут наблюдаться пароксизмы немотивированной тревоги, сопровождающиеся вегетативными проявлениями.

Общую клиническую картину заболевания дополняют чувство слабости, разбитости, тяжести, понижение аппетита и нарушение сна с усилением навяз-

чивостей в часы раннего пробуждения. Сами больные не высказывают активных жалоб на пониженное настроение, а если и осознают его, то связывают с наличием страхов и навязчивых мыслей. Пациенты говорят об отсутствии радости, приглушенности чувств, изменении вкуса к жизни («померкли краски мира», «одеваюсь по инерции»).

Клиническая симптоматика этого варианта сходна с таковой при фобическом неврозе, в связи с чем возникает необходимость в дифференциальной диагностике этих заболеваний. Обсессивно-фобический вариант соматизированной депрессии характеризуют:

- периодичность и волнообразность течения;
- отсутствие психогенного отражения в клиническом содержании обсессий и фобий;
- наличие в анамнезе соматовегетативных и субдепрессивных нарушений;
- наличие в клинической картине, кроме фобий и навязчивостей, субдепрессивной симптоматики;
- наличие витальных компонентов;
- суточные колебания фобий.

Наркоманический вариант

К наркоманическому варианту ЛД относятся состояния, при которых ведущими проявлениями заболевания служат приступы симптоматического употребления алкоголя и/или психоактивных веществ, обусловленные периодически возникающими нарушениями со стороны аффективной и соматической сферы, с высоким риском формирования химической зависимости.

Наркотический вариант соматизированной депрессии наблюдается чаще у больных в возрасте от 27 до 55 лет. Заболевание начинается приблизительно в 16–29 лет. Длительность болезни составляет от 1 года до 22 лет (в среднем 10,3 года).

До появления приступов алкоголизации в анамнезе больных отмечаются периодические беспричинные аффективные расстройства, которые выражаются в форме напряжения, беспокойства, пониженного настроения, угнетенности, потери энергии, активности, чувства беспомощности, затруднения в общении с окружающими, тоски, суицидальных мыслей. Эти нарушения возникают аутохтонно или после психогений, порой незначительных, носят витальный характер, имеют суточную динамику. Субдепрессивные состояния до формирования алкоголизма не принимают психотических форм и не заставляют больных обращаться к психиатру.

Наряду с аффективными расстройствами отмечаются периодически появляющиеся соматовегетативные нарушения в виде болей в сердце, желудке, агрипний, вегетовисцеральных кризов, по поводу которых больные неоднократно госпитализируются в психиатрические стационары с диагнозами «ревматизм», «язвенная болезнь желудка», «вегетососудистая дистония», «невроз сердца», «неврастения». Однако при обследовании соматической патологии не обнаруживается и поставленные диагнозы отвергаются. При исследовании по шкале депрессии у больных выделяется расстройство настроения, которое они, как правило, не осознают как пониженное или объясняют его снижением соматическим недомоганием. Прием алкоголя либо психоактивных веществ

уменьшает выраженность соматовегетативных нарушений и облегчает состояние больных. Иногда могут быть только соматовегетативные расстройства, а собственно депрессивные обнаружить не удается в силу, например, алекситимии у пациента.

Анализ показывает, что у большинства больных наследственность отягощена алкоголизмом, суицидальными проявлениями, психопатиями и психическими заболеваниями. Особенно высока заболеваемость алкоголизмом у родственников мужского пола.

Длительность систематического употребления алкогольных напитков составляет от 2 до 29 лет. Средний возраст начала систематического употребления алкоголя — 25,5 года, причем у мужчин — 22,5 года, у женщин — 35,7 года. Мотивами же для употребления алкоголя служат периодически наступающие соматовегетативные расстройства. У больных данной группы установлено быстрое формирование пристрастия к алкогольным напиткам. Так, у большинства пациентов признаки алкоголизма сформировались за 1–3 года систематического употребления спиртного (в среднем за 2,4 года). Можно отметить также тенденцию к раннему началу злоупотребления алкоголем: уже в возрасте 20–30 лет наблюдается алкоголизм в развернутой стадии.

Абстинентный синдром у этих больных проявляется или депрессивной, или астенодепрессивной симптоматикой. Клиническая картина абстиненции складывается из аффективных нарушений в форме пониженного настроения с выраженным чувством вины, идей самообвинения, самоуничужения, суицидальных мыслей и намерений. Тоска носит витальный характер («физическая сердечная боль», «камень на сердце»). Психические нарушения преобладают над второстепенными в абстиненции симптомами (усиленное сердцебиение, гипергидроз, сухость во рту, диспепсические расстройства). У некоторых больных отмечаются психическая истощаемость, слабость. Максимальная выраженность абстинентного синдрома приходится на 3–5-й день, а общая продолжительность его колеблется от 5 дней до 2 нед. Вначале исчезает соматовегетативный компонент абстиненции, аффективная фаза нормализуется в последнюю очередь.

Больные наблюдаются у наркологов от нескольких месяцев до 15 лет с диагнозом начальной или средней стадии алкоголизма. Как правило, им проводится соответствующее антиалкогольное лечение. Часто пристрастие к спиртному выражается у больных в виде запоев, которые возникают на фоне эмоциональных расстройств (внутреннее напряжение, тревога, страх, общий дискомфорт). Продолжительность запоев — от 2–3 дней до 1,5 мес. Если в анамнезе у больных отмечались периоды аффективных нарушений, в процессе злоупотребления алкоголем они становятся более выраженными и длительными и требуют медикаментозного лечения. Продолжительность периодов воздержания от приема спиртных напитков составляет от 2–3 мес до 2,5 лет. У ряда больных в этот период эпизодически возникают стертые депрессивные расстройства, которые самопроизвольно исчезают, не приводя к рецидиву, но чаще в периоды проявления аффективной и соматовегетативной симптоматики больные возобновляют прием алкоголя.

Течение заболевания периодическое — приступы соматовегетативных и субдепрессивных расстройств совпадают с периодами алкоголизации или выступают самостоятельно.

Аффективные расстройства представлены полиморфной картиной и выражаются разными симптомами. Вегетативные нарушения складываются из расстройств сна (нарушения ритма сна вплоть до бессонницы, раннего пробуждения), потери массы тела, снижения аппетита или его отсутствия, падения либидо, повышения артериального давления, тахикардии, сухости во рту. Отмечаются также головная боль, ощущение несвежести и тупой тяжести в теле, быстрая утомляемость, усталость, гиперестезия, неприятные ощущения, боли в области сердца, кишечника, ощущение давления и тяжести.

Выраженность депрессивных нарушений может быть различной — от мягкой угнетенности, неопределенного внутреннего беспокойства, напряжения, невозможности радоваться окружающему, как прежде, падения присущей ранее активности и энергии, трудности в принятии решений до выраженной тоски с явлениями идеаторной и двигательной заторможенности, с идеями самообвинения, пессимистической оценки своего прошлого, настоящего и будущего, с суицидальными мыслями и поступками. Можно отметить суточные колебания самочувствия — улучшение к вечеру. Аффективные нарушения при наркоманическом варианте ЛД представлены чаще всего меланхолической, апатико-динамической, гипотимической субдепрессиями.

Наличие общих вегетативных нарушений, структура субдепрессивных расстройств с выраженной их витализацией, суточная динамика позволяют отнести эти состояния к эндогенным, а периодический характер алкоголизации, аффективный тип влечения к приему алкогольных напитков, своеобразии сформировавшегося порока дают основание считать описанные проявления наркоманической маской депрессии.

Таким образом, к наркоманическому варианту относятся случаи заболевания, в которых ведущими проявлениями служат приступы алкоголизации, обусловленные периодически возникающими субдепрессивными или соматовегетативными нарушениями и формирующие алкоголизм. Особенности этого варианта заключаются в наличии у больных признаков начальной или развернутой стадии алкоголизма, скрывающей истинную аффективную природу заболевания. В анамнезе удается выявить до развития алкоголизма стертые эмоциональные нарушения, телесные недомогания; характерны ранний возраст начала злоупотребления алкоголем, быстрое формирование пристрастия к алкогольным напиткам, тяжесть и длительность абстинентного синдрома, проявляющегося в форме депрессивного или астенодепрессивного варианта, преимущественно запойный характер алкоголизма, возникновение рецидивов под влиянием аффективных нарушений.

Вариант с нарушением в сексуальной сфере

Еще в 1895 г. Рихард фон Крафт-Эбинг писал, что меланхолическое настроение негативно влияет на сексуальное желание. Хотя долгие годы до этого преобладало мнение, что нарушение сексуальной функции приводит к душевным расстройствам. Распространенность сексуальных проблем в общей популяции составляет около 25%, у людей с депрессией она достигает 50%.

Депрессия снижает либидо, подавляет сексуальные фантазии, провоцирует импотенцию, нарушения оргазма. Зачастую сексуальные расстройства могут быть маской ЛД, затрудняя терапию таких пациентов. Особенно сексуальная функция страдает при дефиците дофамина, когда организм не получает «вознаграждение», а это приводит к появлению симптомов ангедонии и гипогедонии, и, как следствие, аноргазмии. Брадиоргазмия и аноргазмия более характерны для женщин. Также у женщин с депрессией значительно повышен риск развития хронической диспареунии — боли в половых органах, возникающей во время полового акта. Это расстройство приводит к сексуальной дисгармонии, снижению либидо и избеганию половых контактов. Часто гинекологи принимают ее за органическую диспареунию, что приводит к длительному и неэффективному лечению. Справиться с этой формой заболевания можно только при устранении депрессии. Психосоматическая диспареуния в 5,5 раза чаще сохраняется после интимной близости по сравнению с органической. При психосоматической диспареунии в 6 раз чаще диагностируется дисфункция яичников, в 4 раза чаще — дисменорея, в 3,5 раза чаще — гипоэстрогения, чем при диспареунии органического происхождения (Федорова А.И., 2007). Распространенное женское заболевание — вульводиния. В отличие от диспареунии, которая беспокоит женщину только во время полового акта, вульводиния может носить постоянный характер. Хронические боли (ХБ) в половых органах отрицательно отражаются на женской самооценке, сексуальности, психике. Точные причины заболевания неизвестны, но предполагается, что оно связано с высоким уровнем тревожности, депрессивными симптомами и воспалением. Исследование с участием 240 женщин продемонстрировало, что при депрессии и тревожном расстройстве риск вульводинии возрастает в 4 раза. Один из возможных биологических механизмов — высокий уровень стресса приводит к «поломке» гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, которая участвует в контроле иммунных и воспалительных реакций. Сбой работы гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы провоцирует избыточный синтез цитокинов и воспаление (Khandker M., Sonya S. Brady, Allison F. Vitjnis et al., 2011). Во время перименопаузы женщины подвергаются двойному риску сексуальных расстройств в связи со снижением синтеза эстрогенов, отвечающих за либидо и лубрикацию, а также из-за гормональных изменений повышается вероятность развития депрессии. У 38% женщин во время перименопаузы возникают симптомы большого депрессивного расстройства. Через 2–3 года после прекращения менструаций риск депрессии значительно снижается.

Один из важных признаков депрессии у мужчин — ослабление либидо, которое коррелирует со снижением интереса к жизни (ангедонией). При легком течении депрессии половое влечение снижено незначительно. В рамках тяжелых депрессий происходит полная утрата либидо, а также потеря чувствительности к сексуальной стимуляции. Депрессивное расстройство — провокатор ПЭ, оргазмических расстройств. Распространенный признак маскированной депрессии — импотенция. Иногда маскированная депрессия прячется за атипичные симптомы. Например, может возникать гиперкомпенсаторная гиперсексуальность, которая приводит к промискуитетному поведению, при этом собственно оргазмические ощущения будут блеклыми.