

Сексуальные дисфункции в клинике опиоидной наркомании

БОХАН Н.А.

д.м.н., профессор, член-корр. РАМН, руководитель отделения аддитивных состояний,
зам. директора по НИР ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, Томск

ЕВСЕЕВ В.Д.

м.н.с. отделения аддитивных состояний ФГБУ «НИИПЗ» СО РАМН, Томск

МАНДЕЛЬ А.И.

д.м.н., профессор, ведущий научный сотрудник отделения аддитивных состояний
ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья» Сибирского отделения РАМН,
634014, Томск, ул.Алеутская, 4, тел.: (382-2) 72-43-79, факс: (382-2) 72-44-25, e-mail: redo@mail.tomsknet.ru

Изучены психопатологические проявления и варианты формирования сексуальных дисфункций у больных опиоидной наркоманией. Клинико-сексологическим и психологическим методами с использованием квантификационной шкалы СФМ, шкалы векторного определения половой конституции и теста ММРІ обследованы 40 больных мужского пола ($25,4 \pm 3,6$ года) с опиоидной зависимостью, средний возраст начала полового расстройства у которых составил $23,8 \pm 2,4$ года. В клинической картине опиоидной наркомании выявлены дисфункциональные паттерны в виде эякуляторных расстройств и редукции психической составляющей копулятивного цикла, определяющих снижение половой активности больных — это замедленная эякуляция и анэякуляторный синдром — 36%; снижение или отсутствие либидо — 49%; отсутствие генитальной реакции (эректильная дисфункция) — 14%. Восстановление копулятивных нарушений необходимо учитывать в реабилитационном процессе.

Ключевые слова: опиоидная наркомания, сексуальные дисфункции, эякуляторные расстройства, половая конституция, личностные особенности

Введение

Расстройства сексуальности проявляются в рамках психической патологии при всех видах наркологических заболеваний и могут быть квалифицированы как синдром *редукции сексуальности* — снижение полового влечения и падение ритма половой жизни, подчинение либидо патологическому влечению, нарушение критики [3, 4, 9, 7]. Уровень функционирования сексуальной сферы — один из факторов, влияющих на качество жизни и длительность ремиссии больных наркоманией [6]. Имеющиеся данные по изучению клинических особенностей сексуальных расстройств в рамках опиоидной наркомании малочисленны и представлены весьма разнородно. В исследованиях Г.С. Васильченко [2] указывается, что наркомании были причинным фактором развития половых дисфункций в 2,4% наблюдений. В одной из научных работ, написанных в 80-е годы прошлого столетия, приведены следующие данные: расстройства эрекции выявлялись у 40% наркоманов, эякуляторные расстройства регистрировались у 85% наркоманов, у мужчин из контрольной группы — лишь в 16% случаев [12], что указывает на связь данных дисфункций с употреблением наркотиков.

По данным J.T. Wahlstrom [13], нарушение синтеза тестостерона вследствие употребления героина видоизменяет гормональное воздействие на либидо, ослабляя его. Вызванные употреблением наркотиков психические нарушения, в частности депрессия, также приводят к снижению либидо [11]. Степень сни-

жения либидо варьирует и зависит от интенсивности потребления и конституциональных особенностей сексуальности субъекта. По мнению И.Н. Пятницкой [8], сексуальная активность наркоманов претерпевает качественные — осуждаемые с нравственных позиций — и количественные изменения. Через некоторое время отправление половых потребностей оказывается возможным лишь в состоянии опьянения, а при зависимости от опиоидов — и во время абстинентного синдрома. К исходу II стадии зависимости половые расстройства обязательны в клинике наркомании. Тем не менее, больные соответствующих жалоб не предъявляют и не ищут помощи, что объяснимо полным исчезновением либидо.

В доступной литературе не встречаются работы, описывающие влияние психопатологических расстройств, определяемых при опиоидной наркомании, на особенности возникновения и течения половых дисфункций. Существуют лишь данные о негативном влиянии аффективной патологии на либидо и эректильную составляющую у опиоидных наркоманов [11].

Отсутствие единых принципов диагностического поиска сексуальных дисфункций, встречающихся в рамках клинической картины больных опиоидной наркоманией, обуславливает сложности в реабилитационном процессе пациентов данного профиля. Неучтенные половые расстройства, отсутствие терапевтической тактики в этом направлении в период становления ремиссии нередко определяют тенденцию к укорочению светлых промежутков.

В контексте вышеизложенного целью настоящего исследования стало изучение психопатологических проявлений, вариантов течения и факторов риска формирования сексуальных дисфункций в клинике опиоидной наркомании.

Объект и методы исследования

Алгоритм диагностики расстройств половой сферы у больных опиоидной наркоманией составляют следующие методы: клинико-психопатологический, клинико-сексологический, психологический. Клинико-психопатологический метод предполагает оценку не только клинической картины опиоидной зависимости, но и жалобы больного относительно дезадаптивного полового функционирования. В результате клинического интервьюирования активно выявляются симптомы расстройств половой сферы. Определяются выраженность симптоматики, клиническая структура, сроки возникновения расстройств относительно первых проб психоактивных веществ (ПАВ), прогрессивности наркологического заболевания. Клинико-сексологический с использованием квантификационной шкалы СФМ (сексуальная формула мужская) и СФЖ (сексуальная формула женская), шкалы векторного определения половой конституции, разработанные Г.С. Васильченко [2]. СФМ/СФЖ представляют собой шкалы, включающие в себя вопросы и варианты ответов, которые охватывают все уровни сексуального функционирования больного, позволяют сделать количественную оценку клинической структуры копулятивных дисфункций. Вопросы объединяются в триады показателей и характеризуют состояние нейрогуморального фона, психическую составляющую копулятивного цикла, сексуальную активность и субъективную её оценку, эректильную функцию у мужчин и оргазмическую у женщин, общую результативность, характеризующуюся частотой осуществления половых актов, первичность или вторичность половых расстройств относительно наркомании. Шкала векторного определения

половой конституции служит универсальным сексологическим инструментом, дающим врачу представление о физиологическом уровне сексуальности больного. Методика охватывает такие показатели, как возраст пробуждения либидо, возраст первой эякуляции/менструального цикла, максимальный экссесс, возраст вхождения в полосу условно-физиологического ритма, учитываются трохантерный индекс, типы оволосения и возраст дебютирования половых дисфункций. При изучении личностных особенностей больных применялась методика многостороннего исследования личности (ММРІ) в модификации Ф.Б. Березина с соавторами [1], в интерпретации результатов мы использовали психологический принцип подхода к названию шкал и структуре личностных проблем [10].

Группу обследования сформирована из 40 пациентов мужского пола в возрасте от 20 до 36 лет (средний возраст $25,4 \pm 3,6$ года). У всех пациентов диагностирована *вторая стадия зависимости от опиоидов* — F11.232. Возраст начала заболевания — $18,2 \pm 2,9$ года. Стаж наркотизации больных на момент исследования составил от 5 мес. до 15 лет (в среднем $8,5 \pm 5,5$ года).

Результаты и обсуждение

Расстройства половой сферы выявлены в 91% случаев (средний балл по шкале СФМ составил $18,4 \pm 4,1$ при норме 30). Средний возраст начала полового расстройства $23,8 \pm 2,4$ года. Нозологически встречались три варианта дисфункций: замедленная эякуляция и анэякуляторный синдром — 36%; снижение или отсутствие либидо — 49%; отсутствие генитальной реакции (эректильная дисфункция) — 14% (рис. 1).

Снижение показателя I шкалы СФМ (средний балл $1,8 \pm 1$; норма 3,0), который отражает состояние нейрогуморального фона, обнаружилось у 22 пациентов (60%), что согласуется с литературными данными, описывающими дисбаланс в эстроген- и тестостеронобразующих системах у больных наркоманией [5]. Показатель II СФМ характеризует отношение к половой активности и является психической составляющей копулятивного цикла. Его результаты оказались сниженными ($2,2 \pm 0,6$; норма 3,0) у 12 больных (33%).

Показатель III представляет собой совокупность взаимодействия первых двух показателей шкалы и выражается сексуальной активностью. Снижение показателя III ($1,9 \pm 0,7$ при норме 3,0) было выявлено в 60% случаев (20 больных).

При анализе второй триады методики СФМ, которая отражает объективные параметры реализации полового акта, выявлено, что показатель эректильной составляющей V соответствует норме у 86% обследо-

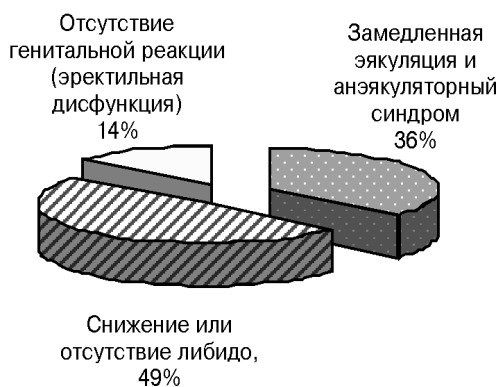


Рис. 1. Клинические варианты сексуальных дисфункций при опиоидной наркомании

дованных (средний балл $3\pm0,5$; норма 3,0), снижение наблюдается лишь в 14% случаев. При этом в 60% случаев обнаруживаются эякуляторные расстройства, клинически выражающиеся в замедленной эякуляции и анэякуляторном синдроме (показатель VI, средний балл $0,6\pm0,7$ при норме 3,0). Общая результативность, характеризующаяся частотой осуществления половых актов, отражена в IV интегративном показателе, который у данного контингента больных в 66% случаев (22 чел.) также определяется ниже среднестатистической нормы ($1,8\pm0,8$; норма 3,0).

При оценке результатов третьей триады выявляется снижение всех её показателей у большинства пациентов (средние баллы показателей VII $1,2\pm1$; VIII $1,9\pm0,4$; IX $2,1\pm0,4$; норма 3,0). Это выражается в низкой субъективной оценке половой активности, а также безразличии к неудачам в собственной половой жизни.

Внеструктурный показатель X шкалы СФМ показывает давность копулятивного расстройства, позволяет предполагать первичность или вторичность расстройств относительно наркотической зависимости. У 93% (35 чел.) пациентов, в соответствии с вариантами шкалы СФМ, сексуальные расстройства отмечались в течение 6 мес. и более, что свидетельствует о возникновении половых дисфункций в процессе употребления наркотиков (средний возраст начала половой дисфункции составил $23,8\pm2,4$ года; возраст начала заболевания — $18,2\pm2,9$ года).

Основные показатели, участвующие в определении половых конституциональных особенностей обследованных, распределились следующим образом: I вектор — возраст пробуждения либидо $13,07\pm1,25$ года; II вектор — возраст первой эякуляции $13,3\pm1,43$ года; V вектор — максимальный экссесс — соответствовал количеству $2,23\pm1,09$ раза; IV вектор — возраст вхождения в полосу условно-физиологического ритма (УФР) — $3,8\pm2,8$ года; VII вектор — абсолютный возраст вхождения в УФР $22,5\pm2,36$ года. Кроме того, были описаны и учтены трохантерные индексы (III вектор), типы оволосения (IV вектор) больных.

Первые четыре вектора (I—IV) объединяются в генотипический индекс (K_r). Данные показатели формируются в пубертатном периоде, являются неизменными, тесно связаны с генотипом обследуемого, в результате чего характеризуют общий исходный нейрогуморальный фон. При обследовании настоящей группы пациентов выявилось, что средние показатели K_r половой конституции находятся в пределах, близких к значениям условной нормы — $4,53\pm1,33$ при норме 4,7. При этом конституционально-модулированный индекс половой активности (K_a), состоящий из векторов V—VII, характеризующий проявления

половой предприимчивости, приблизился к критическим значениям — $2,66\pm0,74$ (условная норма 5,55). Как следствие фенотипический индекс половой конституции (K_f), объединяющий все регистрируемые параметры, оказался сниженным, соответствующим критериям среднего типа половой конституции, в большинстве случаев — ослабленному варианту ($4,25\pm0,93$). Можно предположить, что в обследованной группе пациентов обобщенный профиль половой конституции ($K_f=4,25$; $K_a=2,66$; $K_r=4,53$) отражает выраженный дисбаланс между половой активностью больных и их конституциональными возможностями, что клинически подтверждается наличием определяемого у большинства пациентов низкого уровня либидо (рис. 2).

Анализ усредненного личностного профиля по тесту ММРІ (код профиля 5 9 4/- K02) выявил особенности психоэмоциональной сферы больных опиоидной наркоманией с сексуальными дисфункциями. Повышение показателей по шкалам «мужественность/женственность» ($77\pm12,6$ Т-баллов), «активность» ($76\pm11,0$ Т-баллов) и «асоциальные тенденции» ($71\pm7,5$ Т-баллов) в сочетании с экстравертированностью (45 Т-баллов) отражает импульсивность, резкие колебания аффективного фона, отклонение от типичного мужского ролевого поведения и усложнения сексуальной адаптации. Полученные результаты свидетельствуют о личностных особенностях, в числе которых определяется инфантильность, эмоциональная незрелость, неразборчивость в контактах, низкий самоконтроль, неадаптивное поведение с плохо направленной активностью, раздражительностью, несдержанностью, склонностью к асоциальному поведению, что сопровождается сниженными показателями половой конституции.



Рис. 2. Схема формирования половых расстройств у больных опиоидной наркоманией

Заключение

Таким образом, в клинической картине опиоидной наркомании выявлены клиничко-сексологические дисфункциональные паттерны в виде эякуляторных расстройств и редукции психической составляющей копулятивного цикла, определяющих снижение половой активности больных, обусловленное действием опиоидов, при сохранённых параметрах реализации полового акта. Диагностика сексуальных дисфункций позволит адаптировать реабилитационный процесс, внедрить необходимую фармакотерапию и психокоррекционные мероприятия, направленные на восстановление копулятивных функций у больных опиоидной наркоманией в период ремиссии.

Список литературы

1. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Рожанец Р.Б. Методика многостороннего исследования личности в клинической медицине и психогигиене. — М.: Медицина, 1976. — 186 с.
2. Васильченко Г.С. Общая сексопатология. — М.: Медицина, 1977. — 486 с.
3. Жарков Ю.Н. Синдром редукции сексуальности в общей структуре нарушений при опиоидной наркомании // Вопросы наркологии. — 2004. — №2. — С. 32—39.
4. Жарков Ю.Н., Хватов Б.И. Синдромологический подход к оценке состояния сексуальности при наркологических заболеваниях // Материалы XV съезда психиатров России. — 2010. — С. 249—250.

5. Комаревцева И.А., Белоус Ю.А., Савенко Д.В. Гипофизарная регуляция системы половых гормонов у больных алкоголизмом, наркоманиями и токсикоманиями. // Вопросы наркологии — 2005. — №2. — С. 54—58.

6. Кривулин Е.Н., Шпаков А.В., Голодный С.В. и др. Проблема этиопатогенетического и клинического взаимодействия наркологических и психосексуальных расстройств // Охрана психического здоровья в демографической политике страны / Научно-практическая конференция с междунар. участием, посвящённая 100-летию ОГУЗ «Томская клиническая психиатрическая больница». — Тезисы докладов (Томск, 9—10 октября 2008 г.) / Под науч. ред. акад. РАМН Т.Б. Дмитриевой, акад. РАМН В.Я. Семке, проф. А.П. Агаркова. — Томск, 2008. — С. 176—178.

7. Крупнов А.Н., Шустов Д.И. Особенности этиологии и патогенеза эректильной дисфункции при алкогольной зависимости // Вопросы наркологии. — 2011. — №1. — С. 54—60.

8. Пятницкая И.Н. Общая и частная наркология: Руководство для врачей. — М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2008. — 640 с.

9. Семке В.Я. Сексуальные дисфункции в структуре «истерической болезни» // Сексология. — 2003. — №8. — С. 17—22.

10. Собчик Л.Н. Пособие по применению ММРІ. — М.: МЗ РСФСР, 1982.

11. Graziottin A. Similarities and differences between female and male sexual functions and dysfunctions // The Journal of Men's Health & Gender. — 1998. — Vol. 1. — Issue 1. — P. 71—76.

12. Starowicz Z. Wiek partnerska i seksualna w populacji pacjentów z uzależnieniem od alkoholu i lekozależności (praca habilitacyjna). — Gdansk, 1984.

13. Wahlstrom J.T., Tang A., Cofrancesco J., Shan N., Dobs A.S. Gonadal Hormone Levels in Injection Drug Users // Drug Alcohol Depend. — 2000. — Vol. 60, №3. — P. 311—313.

SEXUAL DYSFUNCTIONS IN CLINIC OF OPIOID ADDICTION

- BOKHAN N.A.** M.D., Professor, Corresponding Member of RAMSci, Head of Addictive States Department, Deputy Director on Research of FSBI «MHRI» SB RAMSci, Tomsk
- EVSEYEV V.D.** Junior Researcher of Addictive States Department of FSBI «MHRI» SB RAMSci, Tomsk
- MANDEL A.I.** M.D., Professor, Leading Researcher of Addictive States Department of FSBI «MHRI» SB RAMSci, Tomsk
Federal State Budgetary Institution «Mental Health Research Institute» SB RAMSci,
634014, Tomsk, Aleutskaya Street, 4: tel.: (382-2) 72-43-79, fax: (382-2) 72-44-25, e-mail: redo@mail.tomsknet.ru

Psychopathologic manifestations and variants of formation of sexual dysfunctions in patients with opioid addiction have been studied. With clinical-sexological and psychological methods using quantification scale SFM, scale of vector identification of sex constitution and test MMPI we have examined 40 male patients (25,4±3,6 year) with opioid dependence and age of onset of sexual disorders at 23,8±2,4 years. In clinical picture of opioid addiction we have revealed dysfunctional patterns in the kind of ejaculatory disorders and reduction of mental compound of copulative cycle, determining decrease of sexual activity of patients — these are protracted ejaculation and non-ejaculatory syndrome — 36%; decrease or absence of libido — 49%; absence of genital reaction (erectile dysfunction) — 14%. Restoration of copulative disturbances is necessary to be taken into account in rehabilitative process.

Key words: opioid addiction, sexual dysfunctions, ejaculatory disorders, sex constitution, personality traits