



Ю.П. Прокопенко

Сексуальные расстройства при шизофрении

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия

Аннотация	В научном обзоре с целью определения значимости сексуальных расстройств в клинических проявлениях шизофрении дана общая картина исследований, направленных на статистические и терапевтические аспекты сексуальных расстройств у больных шизофренией. Подчеркнута важность определенных событий в детстве и подростковом возрасте, а также влияние соматических факторов и проводимого лечения шизофрении на течение сексуальных расстройств. Кроме того, рассмотрен вопрос отношения медиков к сексуальным расстройствам у пациентов.
Ключевые слова	шизофрения; сексуальные расстройства; сексуальность; детская травма; психотропная терапия; сексуальные запросы
Рекомендуемая ссылка	Прокопенко Ю.П. Сексуальные расстройства при шизофрении // Вопросы охраны психического здоровья. 2024. Т. 3, № 1. С. 18–26. https://elibrary.ru/djxelb

Сексуальность – важнейшая часть жизни человека. Сексуальные мотивы пронизывают существование как здоровых людей, так и страдающих различными заболеваниями, имеющих физические травмы, получивших инвалидность в детстве, юности или зрелом возрасте, а также пожилых лиц. Однако проблемы сексуальности лиц с психическими расстройствами (в том числе страдающих шизофренией) оказались практически полностью вне поля зрения врачей-психиатров и врачей-сексологов.

У пациентов с диагнозом «шизофрения», как правило, снижено качество половой жизни. Вместе с тем такие лица не асексуальны и не теряют интерес к активной сексуальной жизни. Проблема касается всех трех областей, вытекающих из определения сексуального здоровья Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) [1]: сексуальные знания, сексуальное пространство и сексуальные объекты.

Сексуальность и сексуальные расстройства у больных шизофренией

Для мужчин с шизофренией и шизотипическим расстройством характерны следующие признаки:

- недостаточно выраженная маскулинность;
- рассогласование с мужской половой ролью;
- нежелание соответствовать мужскому образу;
- нестабильность половой идентичности (в некоторых случаях);
- измененное эмоциональное отношение к полоролевым стереотипам;
- эмоциональная амбивалентность [2].

М.И. Ягубов и Л.Н. Штарк с этими положениями согласны, особенно в отношении определенной гипомаскулинности пациентов [3].

Исследования сексуальности лиц с шизофренией показали [4], что у них повышены следующие риски:

- развитие сексуальной дисфункции как симптома основного расстройства;
- развитие сексуальной дисфункции как побочного эффекта медикаментозного лечения;
- участие в рискованном сексуальном поведении, например, занятии сексом без использования презерватива;
- участие в сексе с высоким риском;
- случайные сексуальные контакты ради материальной выгоды;
- галлюцинаторные переживания или бред сексуального содержания, влияющие на сексуальное поведение;
- ограничение возможности регулярной половой жизни вследствие особого режима пребывания в психиатрическом стационаре;
- отсутствие достаточной уверенности в себе, чтобы настаивать на безопасных сексуальных отношениях;
- сексуальная эксплуатация с использованием беспомощного состояния.

Сексуальные потребности определяются как биологически обусловленные характеристики организма, которые проявляются как стремление к сексуальному удовлетворению путем снятия повторяющегося психофизического напряжения посредством специфических сексуальных действий, которые предоставляют возможность испытывать чувственное удовольствие [5].

Исследования показали, что 40% людей с шизофренией нуждаются в интимных отношениях, а в 33% случаев необходима лишь сексуальная разрядка [6].

Согласно данным обширного аналитического обзора сексуальные расстройства у больных шизофренией распределяются следующим образом:

- распространенность сексуальной дисфункции составила 56,4%, причем ее частота у мужчин была 55,7%, а у женщин – 60,0%;
- у мужчин чаще всего (в 44% случаев) отмечалась эректильная дисфункция; снижение либидо имело место в 41%; ускоренная эякуляция – в 39%. У женщин недостаточность генитальной реакции и оргазмическая дисфункция встречались в 28%; аменорея наблюдалась в 25% случаев;
- сексуальная дисфункция чаще отмечалась у пациентов с шизофренией, чем у лиц с шизоаффективным расстройством. При этом терапия антидепрессантами и стабилизаторами настроения снижала частоту расстройств эрекции и эякуляции [7].

Выявлено также, что неудовлетворенные сексуальные потребности у больных шизофренией могут препятствовать их лечению, способствовать нарушениям режима приема лекарств и оказывать серьезное влияние на качество их жизни [8].

Низкая осведомленность медицинских работников о сексуальных проблемах пациентов оказывает существенное негативное влияние на удовлетворенность больных лечением, комплаентность, качество жизни и партнерские отношения. В этой связи важно рассматривать сексуальность пациентов как неотъемлемую составляющую при коррекции терапии для достижения комплаенса и психической стабилизации, а также для улучшения качества жизни [9].

Однако сексуальные расстройства редко привлекают внимание врачей. Исключение составляют случаи, выраженно влияющие на течение заболевания или угрожающие самому больному или его окружению [10].

Такой некомпетентный подход приводит к недостаточному пониманию происходящих процессов и клинических проявлений у больного, снижению эффективности терапии, ухудшению состояния, возникновению рисков аутоагрессивных и агрессивных действий. Кроме того, прогрессирование сексуального расстройства может влиять на приверженность лечению и качество жизни пациента и его близких [11].

Сами пациенты могут испытывать привычное стеснение из-за особенностей воспитания, религиозных взглядов, страхов перед появлением новых особенностей болезненного восприятия действительности и симптомов течения болезни, недоверия к врачам. Даже ухудшение собственного сексуального состояния (особенно под влиянием терапии) далеко не всегда способствует их обращению за специализированной помощью.

С другой стороны, врач также может неохотно затрагивать темы интимных отношений и изменений сексуальности пациента в связи с недооценкой значимости жалоб, а также опасениями того, что затронутые темы будут способствовать обострению симптоматики и снижению эффективности терапии основного заболевания [12].

Характерные черты шизоидной личности описаны давно и на них ориентированы врачи при диагностике заболевания. Речь идет об интроверсии, замкнутости, нарциссизме, утрате аффекта, одиночестве, деперсонализации, регрессии [13].

Больные шизофренией часто предъявляют три основные жалобы:

- их состояние мешает думать о близости;
- снижение либидо из-за выраженных сомнений в собственной сексуальной привлекательности;
- теряется концентрация во время коитуса [14].

Сексуальная функция у человека многофакторна, в ней задействованы почти все системы организма, а также психические феномены, поэтому изучение сексуальных расстройств представляет собой сложную задачу. У больных шизофренией ситуация осложняется многогранностью самого заболевания, а также воздействием психотропных препаратов, с одной стороны, частично купирующих клиническую картину основного заболевания, а с другой – имеющих порой непредсказуемое побочное действие в виде негативного влияния на показатели сексуальности как в физическом, так и в психологическом плане.

Наконец, к сожалению, для врачей других специальностей (не сексологов) проявления сексуальности у мужчин сводятся к простым клиническим признакам: выраженность либидо, наличие и качество эрекции, длительность периода фрикций, эякуляция и оргазм, а у женщин – к качеству lubricации влагалища, оргазму, удовлетворению. Между тем жалобы являются, как правило, эмоционально выраженным мнением о собственном состоянии и нарушениях определенных, важных для человека функций. В связи с особенностями психики при шизофрении жалобы могут быть вычурными, бредовыми, не отражающими реальной картины сексуального расстройства или, тем более, нормального состояния сексуальности.

Сексуальные дисфункции у больных шизофренией встречаются чаще, чем у психически здоровых людей. На их частоту влияют различные факторы: психотропная терапия, соматическое здоровье, возраст, наличие/отсутствие партнера и его/ее психические особенности, социальное окружение и пр. [15].

Проблема заключается еще и в том, что ни врачи, ни исследователи практически не изучали у больных шизофренией сексуальные потребности как таковые, а также факторы, не позволяющие их осуществлять [16].

Исследование J-W. Yang et al. практически единственное [4], в котором приводится схема интервью больных шизофренией на тему сексуальности:

1. Что Вы думаете о сексе?
2. Когда Вы в последний раз занимались сексом?
3. Повлияло ли заболевание или лечение на Вашу сексуальность, и если да, то как?
4. Как Вы хотите удовлетворить свои сексуальные потребности?

5. С какими трудностями Вы столкнулись при осуществлении своей сексуальной потребности?

6. Какой вклад Вы бы хотели от своей семьи, чтобы помочь Вам реализовать Ваши сексуальные потребности?

7. Что бы Вы хотели, чтобы больница сделала для Вас, чтобы помочь Вам удовлетворить Ваши сексуальные потребности?

8. Хотели бы Вы сказать что-нибудь о сексуальных потребностях людей с шизофренией?

Прослеживая взаимосвязь между сексуальным функционированием, симптомами шизофрении и показателями качества жизни, X. Fan et al. использовали Шкалу положительных и отрицательных симптомов (PANSS), Опросник изменений в сексуальном функционировании (CSFQ), а также Шкалу оценки депрессии Гамильтона (HAM-D). Одновременно оценивалось качество жизни при помощи Шкалы качества жизни Хайнриха (QLS), а также Шкалы идентификации поведения и симптомов (BASIS). У пациентов обоих полов сексуальные нарушения были высокими (от 65% до 94%) по различным субшкалам. При этом для мужчин более высокие баллы по субшкале PANSS-положительных были связаны с более низкой частотой сексуальной активности. Для женщин более высокие баллы по субшкале PANSS были связаны с затруднениями испытывать сексуальное возбуждение и достигать оргазма [17].

A. Piontek et al. изучили распространенность сексуальных нарушений и каждой конкретной дисфункции. Авторы отметили наличие сексуальных дисфункций у 55,7% больных мужчин и у 60,0% женщин. Наиболее часто у мужчин наблюдались эректильная дисфункция (44%), гиполибидемия (41%) и нарушения эякуляции (39%), а у женщин – аноргазмия (28%) и аменорея (25%).

При этом сексуальные дисфункции чаще выявлялись у обоих полов при шизофрении по сравнению с шизоаффективными расстройствами, а эректильные расстройства реже встречались у лиц с более длительной продолжительностью болезни [18].

В исследовании L. Volman и J. Landeen справедливо указывается, что сексуальность является жизненно важным свойством личности, в том числе и личности больного шизофренией. Выясняя, как лица с диагнозом шизофрении переживают и воспринимают свою сексуальность, исследователи опросили (в отношении субъективного ощущения собственной сексуальности) равное количество мужчин и женщин с расстройствами шизофренического спектра, которые жили в сообществе независимо. Авторы делают вывод, что больные шизофренией интегрируют сексуальность в свое самоощущение. Несмотря на то что болезнь повлияла на различные аспекты их сексуальной жизни, многие участники опроса смогли развить и поддерживать значимые интимные отношения, а также сформулировать собственные определения

и личные значения сексуальности. Кроме того, респонденты рассказали о том, как они справлялись с последствиями шизофрении в контексте управления своей болезнью [19].

В анонимном анкетировании приняли участие 56 человек, находившихся в дневных отделениях психиатрической больницы в связи с диагнозом «шизофрения». Пациенты отвечали на вопросы о возникновении и динамике сексуальных нарушений в течение последнего полугодия. Опросник был составлен на основании критериев МКБ-10 и содержал вопросы, которые касались субъективного восприятия симптомов, возникших в течение последних 6 месяцев. О симптомах, по крайней мере, одной дисфункции сообщили 93% пациентов (96% женщин и 90% мужчин), о симптомах хотя бы одного расстройства сексуальных предпочтений – 53,6% пациентов (36% женщин и 71% мужчин). Симптомы, по крайней мере, одной сексуальной дисфункции или расстройства сексуальных предпочтений были подтверждены у 96,4% пациентов, что значительно выше по сравнению с данными о сексуальных расстройствах психически здоровых лиц [20].

Подобные статистические выводы принадлежат T. Korchia et al. на основании систематического обзора и метаанализа 72 исследований, опубликованных за 1979–2021 гг., с участием 21 076 пациентов из 33 стран. При этом расстройства в сексуальной сфере выявлялись у 56,4% больных шизофренией, чаще всего имели место значительное снижение либидо (40,6%), аноргазмия (28%), гиниталгии (6,1%). Чаще страдают женщины (60% против 55,7% мужчин), у них выявлены аменорея (25,1%), галакторея (7,7%). У мужчин наблюдались эректильная дисфункция (44%) и нарушения эякуляции (38,6%). Однако у больных, принимавших антидепрессанты, нарушения в сексуальной сфере наблюдались реже. Кроме того, авторы отмечают, что метаанализ сексуальных расстройств у больных шизофренией проводился редко, а последние работы на данную тему написаны более 10 лет назад [7].

На основании исследования результатов пяти независимых источников N. Laxhman et al. пришли к выводу, что у всех 1404 пациентов удовлетворенность сексуальной жизнью была значительно ниже, чем удовлетворенность любой другой сферой жизни. В каждой выборке средние баллы сексуальной удовлетворенности были ниже среднего балла для психически здоровых лиц. Это демонстрирует, что больные шизофренией переживают свою сексуальную жизнь как область особой неудовлетворенности [21].

Исследование M. Vučić-Peitel M. et al. проводилось с целью выяснения возможных различий в сексуальном самовосприятии пациентов с шизофренией и депрессией по сравнению со здоровой контрольной группой. Показано, что у больных шизофренией и депрессией (по сравнению со здоровыми лицами) было значительно больше баллов по аспектам негативной

эмоциональности и сексуальной некомпетентности, но значительно меньше по проявлениям сексуального удовлетворения, то есть практически во всех аспектах сексуального самовосприятия. Статистически значимых различий между больными шизофренией и депрессией не установлено [22].

Влияние анамнестических особенностей на манифестацию и течение шизофрении с сексуальными проявлениями

Влияние детской травмы

Многие авторы считают, что в манифестации и особенностях течения шизофрении большую роль играют индивидуальные факторы воздействия, наложившие отпечаток на личность в детском и подростковом возрасте.

Так, D. López-Mongay et al. сравнивали социальную адаптивность у больных шизофренией и шизоаффективными расстройствами в группе из 50 человек. Частота сексуального насилия в детстве составила 22%, что привело к снижению показателей качества жизни на 9,34% по сравнению с больными, у которых подобных эпизодов не было [23].

Сходные данные приводят P.H. Lysaker et al. (2005), которые сравнивали группы взрослых больных шизофренией, имевших эпизоды сексуального насилия в детстве и подростковом периоде и никогда не отмечавших таких эпизодов. Показано, что группа больных шизофренией, подвергавшихся сексуальному насилию, имела значительно более высокий уровень диссоциации, навязчивых переживаний и тревоги по поводу состояния и черт характера, чем группа лиц с диагнозом «шизофрения», не подвергавшихся насилию. В то же время пациенты обеих групп статистически не различались по уровням тревожного возбуждения, защитного избегания или социальной тревожности [24].

Исследовав возможную корреляцию сексуального насилия в детстве с тяжестью нейрокогнитивного дефицита при расстройствах шизофренического спектра, P.H. Lysaker et al. (2001) показали, что сексуальное насилие в детстве связано с более тяжелым дефицитом рабочей памяти у взрослых больных [25].

Показатели риска развития шизофрении, согласно сообщению M.C. Cutajar et al., различаются также в зависимости от выраженности сексуального насилия в детстве. По данным исследователей, частота возникновения шизофренических расстройств составила 1,9% против 0,7% в группе без отягощенного анамнеза, а отношение шансов на манифестацию шизофрении равнялось 2,6%. Те же, у кого имело место сексуальное насилие с проникновением (изнасилование), отличались еще более выраженными показателями: 2,4%. Однако самые высокие риски оказались в группе лиц, подвергшихся групповому сексуальному насилию с проникновением в возрасте старше 12–14 лет: 8,6% [26].

В результате метаанализа, проведенного G. Juckel и P. Mavroggiorgou, показана значимая связь между травматическим опытом в детстве и психотическими расстройствами. Для пациентов с шизофренией характерны морфологические изменения головного мозга (миндалевидное тело и гиппокамп), а также имеются нейроэндокринологические нарушения (кортизол и α-амилаза), что выражается в худшем клиническом исходе. Авторы предполагают, что шизофренические расстройства и посттравматическое стрессовое расстройство следует понимать как заболевание, связанные с последствиями травмы, однако суть коморбидности неясна [27].

Существуют исследования, в которых проводится сравнение возникновения слуховых галлюцинаций у больных шизофренией в результате патологического воздействия пережитого в детстве и подростковом возрасте жестокого обращения и сексуального насилия. Авторы констатировали, что жестокое обращение в детстве (особенно сексуальное насилие) формирует фенотип психотических расстройств, повышая специфический риск развития слуховых галлюцинаций. Вместе с тем при отсутствии сексуального насилия в детстве даже совокупность эмоционального и физического насилия не повышала частоты слуховых галлюцинаций при шизофрении [28].

Сравнимые результаты приведены в статье B. Misiak et al. По их данным, страдающие шизофренией пациенты с детской травмой в анамнезе чаще имели течение болезни, связанное с определенными типами слуховых вербальных галлюцинаций и имели более высокую оценку по пункту PANSS (галлюцинаторное поведение). Слухоречевые галлюцинации чаще проявлялись в обращениях от третьих лиц и имели оскорбительный, обвинительный либо преследующий характер. Однако, по сведениям авторов, эта закономерность касалась только женщин, а у мужчин не выявлено статистически значимых различий по сравнению с пациентами без детских травм [29].

Z.B. Millman et al. обращают внимание на связь слуховых галлюцинаций, сексуального насилия в детстве и объема лимбического серого вещества в трансдиагностической выборке людей с психозом. По мнению авторов, эта закономерность может оказаться важной как для диагностических целей, так и для терапии пациентов с шизофренией [30].

Между тем для выяснения влияния сексуального насилия над детьми в зависимости от пола насильника J. Gerke et al. провели сравнительный анализ более 3300 случаев обращения за помощью из базы общегерманского контактного пункта «горячей линии по вопросам сексуального насилия» за 5 лет. Выяснилось, что впоследствии у детей – жертв мужчин-насильников развивались различные виды психических расстройств: посттравматическое стрессовое расстройство, аффективные, тревожные, диссоциативные расстройства, расстройства пищевого поведения, экстернализованные и психосоматические расстрой-

ства. Жертвы женщин-насильниц чаще сообщали о суицидальных наклонностях, несуйцидальном самоповреждающем поведении, расстройствах личности, диссоциативных расстройствах идентичности, алкогольной/наркотической зависимости и шизофрении. Исследователи предполагают, что различия по гендеру могут быть связаны со стигматизацией, приводящей к дисфункциональным механизмам преодоления и предлагают уменьшить гендерные стереотипы в обществе, в первую очередь среди врачей и психологов, оказывающих помощь жертвам насилия, независимо от пола [31].

Сексуальное насилие в детстве приводит в будущем также к снижению производительности труда. Об этом свидетельствует работа P.H. Lysaker et al. (2004) [32].

В свою очередь, L.O. Trovão et al. проанализировали, насколько возраст сексуальной травмы отражается на возрасте манифестации шизофрении и ее течении. Выяснилось, что ранняя травма значимо связана с ранним началом психотического эпизода и коррелирует с большей тяжестью социальной тревоги и депрессии [33].

C. İnceç и E. Evren-Kılıçaslan на основании исследования 200 пациентов психиатрической клиники сделали вывод, что физическое, эмоциональное и сексуальное насилие приводят к более выраженным психотическим симптомам, а все виды детской травмы увеличивают тяжесть заболевания и риск суицида. Кроме того, авторы предлагают рассматривать детскую травму при шизофрении как фактор окружающей среды, поскольку она наряду с симптоматикой влияет на возраст манифестации заболевания [34].

Анализируя данные различных исследователей о роли детской травмы в возрасте манифестации и особенностях клинического развития шизофрении, J. Read и C.A. Ross предлагают расширить психологическую помощь больным шизофренией, вводя все новые методы психологической работы [35].

G. Dokuz et al. утверждают, что неблагоприятный детский опыт создает уязвимость к психозу посредством одновременно биологических и когнитивных изменений, что проявляется в виде повышенной эмоциональной и психотической реакции на повседневные жизненные переживания во взрослом возрасте [36].

Некоторые исследования отслеживают более глубокие связи между детскими травмами и развитием шизофрении. Авторы полагают, что ранняя детская травма любого характера (в первую очередь сексуальное насилие, а также физическое или эмоциональное пренебрежение, причинение вреда или угроза причинения вреда) приводит к иммунным нарушениям во взрослом возрасте, вызывая хроническую активацию иммунной системы, повышение концентрации цитокинов. Такие изменения наблюдаются у больных шизофренией с травматическим анамнезом детства. Связь осуществляется через иммунные маркеры, в частности IL6. Эту закономерность предложено ис-

пользовать для прогностических целей в случаях наличия сексуальной травмы в детском и подростковом возрасте [37].

A. Ratanatharathorn et al. доказывают, что наследственный риск иметь психическое расстройство объясняет наличие жестокого обращения в детстве у больных шизофренией [38].

L. Alameda et al. отмечают, что чем раньше в отношении детей произошел сексуальный абьюз, тем в более раннем возрасте у них закономерно начинается шизотипическое расстройство [39].

G. Mansueto и C. Faravelli предоставили данные о том, что у мужчин с психотическими заболеваниями имелся в анамнезе избыток случаев физического насилия в детстве. Сексуальное насилие в детстве и недавнем прошлом было чрезмерно распространено среди психически больных женщин по сравнению с общей популяцией. Кроме того, описан кумулятивный эффект стрессовых жизненных событий на психоз, который проявлялся сильнее у женщин [40].

M. Pruessner et al. на основании обследования 220 пациентов обоих полов, находившихся в клинике с диагнозом психоза, пришли к заключению о том, что половые различия в стрессовой уязвимости объясняют относительно тяжелое течение болезни у пациентов-мужчин [41].

C. Comacchio et al. обращают внимание на гендерные различия в последствиях жестокого или сексуального насилия у больных с психозами. По результатам изучения 44 статей сделаны выводы, что женщины подвергаются большему риску сексуального насилия, чем мужчины. Причем эти женщины сообщают о более выраженных психопатологических симптомах и нарушениях настроения, а также о большем количестве попыток самоубийства по сравнению с мужчинами. Кроме того, такие женщины демонстрируют более ранний возраст начала заболевания. У мужчин подобная зависимость не подтверждается. Однако мужчины с психотравмами в детстве проявляют больше негативных симптомов, более низкие когнитивные способности, чаще употребляют психоактивные вещества (ПАВ) [42].

Таким образом, можно считать доказанным положение о негативном влиянии детской психологической (а особенно сексуальной) травмы на возраст манифестации шизофрении и течение заболевания.

Другие факторы влияния

Как показал анализ научной литературы, к патогенным факторам относятся многочисленные другие виды воздействия. Вместе с тем данные, упоминаемые в различных статьях, могут в достаточной степени различаться, что особенно касается влияния используемой терапии шизофрении на сексуальные показатели больных.

К факторам, которые могут способствовать развитию сексуальных нарушений, относят сердечно-сосудистые и эндокринные заболевания, злоупотре-

бление ПАВ, негативные и когнитивные симптомы, связанные непосредственно с шизофренией, а также применяемые антипсихотические препараты [43].

Того же мнения придерживаются P. Malik et al., указывающие на то, что сексуальные расстройства у больных шизофренией оказывают огромное влияние на качество жизни и комплаентность. Дополнительными факторами негативного воздействия становятся никотиновая и другая зависимость, соматические и психосоматические заболевания, депрессивные симптомы. Так, у мужчин частота эректильной и эякуляторной дисфункций явно зависели от возраста, выраженности симптомов общей психопатологии по шкале позитивного и негативного синдрома, а также повышенного уровня пролактина в плазме крови. Негативные симптомы и старший возраст были предикторами снижения либидо. У женщин негативные симптомы по шкале позитивного и негативного синдрома коррелировали со снижением либидо [44].

В случаях с больными шизофренией женского пола обращают на себя внимание дополнительные факторы воздействия – проблемы бесплодия, вынашивания беременности, роды и послеродовой период, грудное вскармливание [45]

Влияние психотропных препаратов при терапии шизофрении

Большинство психотропных препаратов, особенно антидепрессантов, при достаточном основном терапевтическом эффекте способствуют ухудшению сексуальных показателей у пациентов обоего пола [46]. Комплаентность пациента может быть снижена при осознании пациентом этого влияния, тем более в случаях, когда врач настаивает на продолжении лечения с соблюдением текущей дозировки препаратов. Подобная ситуация может спровоцировать конфликтное поведение у пациентов с паранойей [47]. Психиатры должны быть готовы изменить план лечения и принять во внимание медикаментозную терапию как потенциальную причину сексуальной дисфункции.

C. Moraru et al. свели воедино разрозненную информацию:

1. Основной причиной неудачной терапии сексуальных расстройств у больных шизофренией являются сами психотропные препараты.

2. Нейролептики активно блокируют выработку дофамина, вызывая недостаточность эрекции. Предполагается, что сексуальные реакции человека подавляются блокировкой дофамина. В то же время пациенты, получавшие агонисты дофамина, констатировали некоторое улучшение эрекции.

3. Альфа-адреноблокирующие свойства многих антипсихотиков могут нарушать эректильную функцию и замедлять эякуляцию. Изменения кровотока в гениталиях мужчины контролирует адренергическая система, участвующая в процессе эякуляции.

4. Повышенный уровень пролактина у мужчин провоцирует эректильную дисфункцию, а у женщин

снижает половое влечение и процент оргастичности, может вызывать галакторею, нарушать менструальный цикл.

Возможно, рассогласование полученных по данному вопросу результатов связано с различным дизайном исследований, условиями времени и места, даже социальной ситуацией в стране исследования. Имеют значение также одновременное с медикаментами употребление алкоголя, тяжесть заболевания, использование препаратов конкретных групп, таких как, например, антидепрессанты и анксиолитики. Отмечено, что сексуальные нарушения чаще встречались при шизофрении по сравнению с шизоаффективными расстройствами, а частота нарушений эрекции становилась реже в зависимости от длительности основного заболевания [48].

Зависимость между менее высокими показателями дисфункции и использованием антидепрессантов предполагает, что лечение коморбидной депрессии может стать эффективной стратегией для улучшения сексуального здоровья. В работе отмечен недостаток данных о параметрах метаболизма и физическом здоровье в целом, тогда как данные факторы должны учитываться при лечении шизофрении [49].

На наследственную отягощенность у больных шизофренией обращают на себя внимание многообразные биохимические сдвиги, в том числе нарушение обмена биогенных аминов, эндогенных опиатов, аутоиммунных процессов, коррелирующих с острой течением заболевания [50].

В плане соотношения терапии шизофрении и состояния сексуальной функции H.M. Schmidt et al. на небольшом статистическом материале показали, что прием Силденафила по сравнению с приемом плацебо приводил к увеличению числа эффективных эрекций, достаточных для пениляции, а также способствовал большей средней продолжительности эрекции и частоте удовлетворительных половых сношений [51].

T. Dembler-Stamm et al. сообщили о значительном улучшении сексуальной функции, когда участники клинических испытаний перешли с Рисперидона или аналогичного типичного антипсихотика на Оланзапин. В другом клиническом исследовании переход с Рисперидона на Кветиапин не повлиял на сексуальные показатели. Авторы провели оценку частоты сексуальной дисфункции у нелеченых пациентов с шизофренией по сравнению с таковой у здоровых лиц из контрольной группы. На основании полученных результатов был сделан вывод, что шизофрения влияет на наличие сексуальной дисфункции и что сексуальная дисфункция частично не зависит от антипсихотического лечения [52].

J. Fares et al. обследовали амбулаторных пациентов с диагнозом «шизофрения». При этом использован заранее подготовленный информационный лист, включающий социально-демографические и клинические данные. Три шкалы обеспечивали сек-

суальную психометрическую оценку: опросник сексуальной дисфункции, связанной с психотропными препаратами, Аризонская шкала сексуального опыта, опросник изменений в сексуальном функционировании (мужская клиническая версия). В результате обработки полученного массива данных сделан вывод о существовании статистически значимой зависимости между используемым антипсихотическим средством (в эквиваленте Хлорпромазина) и результатами опросника психотропной сексуальной дисфункции [53].

Негативные побочные эффекты психотропной терапии отрицательно сказываются на соблюдении больными рекомендованного плана лечения: дозировок, регулярности приема, длительности курса, посещения врача и пр. Сообщения о негативных сексуальных изменениях поступают к врачам реже всех других жалоб, хотя могут служить поводом для самовольного отказа от продолжения терапии. Чаще всего описываются негативные (по действию на сексуальную функцию) препараты, повышающие уровень пролактина в крови. Также могут возникать нарушения эякуляции из-за α_1 -адренергического антагонизма при приеме некоторых типичных антипсихотиков (таких как Тиоридазин), хотя гораздо реже это происходит при приеме атипичных нейролептиков [54].

Заключение

Таким образом, обзор литературных источников свидетельствует о значимой роли в анамнезе сведений о детских травмах (в первую очередь сексуаль-

ного характера) у больных шизофренией и шизотипическим расстройством. Необходимо оценивать также влияние на клинику факторов, связанных с социальной средой пациента до госпитализации, соматическими заболеваниями, наличием или отсутствием сексуального партнера и половой жизни в анамнезе. Отдельный вопрос касается терапии основного заболевания, своевременного выявления негативного влияния препаратов на сексуальную функцию с целью модификации терапии путем замены препарата, изменения его дозировок, длительности курса лечения и пр. Вышеперечисленное значимо для соблюдения приверженности пациента проводимому лечению, удержания его от самовольного прекращения лечения в целях улучшения качества жизни как больного, так и его окружения.

Важно выявить факторы, влияющие на частоту и проявления сексуальных расстройств при шизофрении в настоящем периоде времени, в том числе при проведении психотропной терапии.

Наименее изученной, но крайне важной является проблема своевременного диагностирования сексуальных расстройств у больных шизофренией и оказания помощи при выявлении определенных жалоб и нарушений. Врачи и средний медперсонал должны быть ориентированы на сохранность сексуальных потребностей у пациентов, способствовать смягчению условий, ограничивающих их сексуальное взаимодействие с имеющимися сексуальными партнерами.

Сведения об авторе

Прокопенко Юрий Петрович – кандидат медицинских наук, доцент Учебно-методического отдела ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия

Индексы: РИНЦ Author ID: 640279; SPIN-код: 4825-7601; Researcher ID: JPQ-9928-2023; ORCID: 0009-0000-0189-9001

E-mail: lalalama@mail.ru

Информация о конфликте интересов и источнике финансирования

Автор заявил об отсутствии конфликта интересов. Научная работа инициативная, не финансируемая.

Литература

1. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Сексуальное здоровье. 2006. Электронный ресурс. https://www.who.int/ru/health-topics/sexual-health#tab=tab_2
2. Демидова Л.Ю., Введенский Г.Е., Макарова Т.Е. и др. Роль нарушений психосексуальной сферы при шизофрении в диагностике парафилий // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2018. № 2. С. 54–61. doi.org/10.31363/2313-7053-2018-2-54-61
3. Ягубов М.И., Штарк Л.Н. Сексуальные дисфункции у больных шизофренией. <http://mniip-repo.ru/uploads/1400579326.pdf>
4. Yang J-W., Yu K., Wang X-Q. et al. Sexual needs of people with schizophrenia: a descriptive phenomenological study // BMC Psychiatry. 2023. Vol. 23, № 1. P. 147–188. doi: 10.1186/s12888-023-04640-z
5. Czapla K., Otrębski W. Differences in Sexual Behavior of Teenagers and Young Adults with Cerebral Palsy: The Role of Sexual Needs and Sexual Esteem // Sex. Disabil. 2018. Vol. 36, № 1. P. 33–46. doi: 10.1007/s11195-017-9512-x
6. Bengtsson-Tops A., Hansson L. Clinical and social needs of schizophrenic outpatients living in the community: the relationship between needs and subjective quality of life // Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiology. 1999. Vol. 34, № 10. P. 513–518. doi: 10.1007/s001270050169
7. Korchia T., Achour V., Faugere M. et al. Sexual Dysfunction in Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis // JAMA Psychiatry. 2023. Vol. 80, № 11. P. 1110–1120. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2023.2696

8. Higgins A., Barker P., Begley C.M. Sexual health education for people with mental health problems: what can we learn from the literature? // *J. Psychiatr. Ment. Health Nursing*. 2006. Vol. 13, № 6. P. 687–697. doi: 10.1111/j.1365-2850.2006.01016.x
9. Schöttle D., Kammerahl D., Huber J. et al. Sexual problems in patients with schizophrenia // *Psychiatr. Prax*. 2009. Vol. 36, № 4. P. 160–168. doi: 10.1055/s-0028-1090206
10. Deanna L.K., Robert R.C. Sexuality and Schizophrenia. A Review // *Schizophrenia Bulletin*. 2004. Vol. 30. Iss. 4. P. 767–779. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a007130
11. Dumontaud M., Korchia Th., Khouani J. Sexual dysfunctions in schizophrenia: Beyond antipsychotics. A systematic review // *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2020. Vol. 98. P. 1098–1104. doi: 10.1016/j.pnpbp.2019.109804
12. Dossenbach M., Hodge A., Anders M. et al. Prevalence of sexual dysfunction in patients with schizophrenia: international variation and underestimation // *Int. J. Neuropsychopharmacology*. 2005. Vol. 2. P. 195–201. doi: 10.1017/S1461145704005012
13. Guntrip H. *Schizoid Phenomena, Object-Relations and the Self*. New York: Int. Universities Press, 1969. 430 p. doi:10.4324/9780429479724
14. I Have Schizophrenia. This is How It Affects My Sex Life. Электронный ресурс. <https://www.vice.com/en/article/3abd8v/i-have-schizophrenia-this-is-how-it-affects-my-sex-life>
15. Минутко В.Л. Шизофрения и секс // Электронный ресурс. https://minutkoclinic.com/blog-doktora-minutko/shizofreniya-i-seks-bez-interesa-no-s-osobennostyami?utm_referrer=https%3A%2F%2Fyandex.ru%2F#gsc.tab=0
16. Aggarwal S., Grover S., Chakrabarti S. A comparative study evaluation the marital and sexual functioning in patients with schizophrenia and depressive disorders // *Asian J. Psychiatry*. 2019. № 39. P. 128–134. doi: 10.1016/j.ajp.2018.12.021
17. Fan X., Henderson D.C., Chiang E. et al. Sexual functioning, psychopathology and quality of life in patients with schizophrenia // *Schizophr. Res*. 2007. Vol. 94, № 1–3. P. 119–127. doi: 10.1016/j.schres.2007.04.033
18. Piontek A., Szeja J., Błachut M. et al. Sexual problems in the patients with psychiatric disorders // *Wiad Lek*. 2019. Vol. 31, № 72. P. 1984–1988. PMID: 31982027
19. Volman L., Landeen J. Uncovering the sexual self in people with schizophrenia // *J. Psychiatr. Ment. Health Nursing*. 2007. Vol. 14, № 4. P. 411–417. doi: 10.1111/j.1365-2850.2007.01099.x
20. Kokoszka A., Abd El Aal M., Jodko A. et al. Frequency of subjectively assessed symptoms of sexual dysfunction and sexual disorders // *Psychiatr. Pol*. 2009. Vol. 43, № 6. P. 705–718. PMID: 20209882
21. Laxhman N., Greenberg L., Priebe S. Satisfaction with sex life among patients with schizophrenia // *Schizophr. Res*. 2017. Vol. 190. P. 63–67. doi: 10.1016/j.schres.2017.03.005
22. Vučić-Peiti M., Peiti V., Pavlović E. Sexual self-perception in schizophrenic and depressive patients // *Nord. J. Psychiatry*. 2011. Vol. 65, № 5. P. 306–310. doi: 10.3109/08039488.2010.545144
23. López-Mongay D., Ahuir M., Crosas J.M. et al. The Effect of Child Sexual Abuse on Social Functioning in Schizophrenia Spectrum Disorders // *J. Interpers. Violence*. 2021. Vol. 36, № 7–8. P. 3480–3484. doi: 10.1177/0886260518779074
24. Lysaker P.H., Davis L.W., Gattton M.J. et al. Associations of anxiety-related symptoms with reported history of childhood sexual abuse in schizophrenia spectrum disorders // *J. Clin. Psychiatry*. 2005. Vol. 66, № 10. P. 1279–1284. doi: 10.4088/jcp.v66n1010
25. Lysaker P.H., Meyer P., Evans J.D. Neurocognitive and symptom correlates of self-reported childhood sexual abuse in schizophrenia spectrum disorders // *Ann. Clin. Psychiatry*. 2001. Vol. 13, № 2. P. 89–92. doi: 10.1023/a:1016667624487
26. Cutajar M.C., Mullen P.E., Ogloff J.R. Schizophrenia and other psychotic disorders in a cohort of sexually abused children // *Arch. Gen. Psychiatry*. 2010. Vol. 67, № 11. P. 1114–1129. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.147
27. Juckel G., Mavrogiorgou P. Traumatization and Schizophrenic Disorders - A Multidimensional View // *Fortschr. Neurol. Psychiatr*. 2022. Vol. 90, № 11. P. 512–522. doi: 10.1055/a-1535-1655
28. Sheffield J.M., Williams L.E., Blackford J.U. Childhood sexual abuse increases risk of auditory hallucinations in psychotic disorders // *Compr. Psychiatry*. 2013. Vol. 54, № 7. P. 1098–1104. doi: 10.1016/j.comppsy.2013.05.013
29. Misiak B., Moustafa A.A., Kiejna A. et al. Childhood traumatic events and types of auditory verbal hallucinations in first-episode schizophrenia patients // *Compr. Psychiatry*. 2016. Vol. 66. P. 17–22. doi: 10.1016/j.comppsy.2015.12.003
30. Millman Z.B., Hwang M., Sydnor V.J. Auditory hallucinations, childhood sexual abuse, and limbic gray matter volume in a transdiagnostic sample of people with psychosis // *Schizophrenia (Heidelb)*. 2022. Vol. 30, № 8 (1). P. 118–126. doi: 10.1038/s41537-022-00323-y
31. Gerke J., Gifrörer T., Mattstedt F.K. et al. Long-term mental health consequences of female-versus male-perpetrated child sexual abuse // *Child Abuse Neglect*. 2023. Vol. 143. P. 106–140. doi: 10.1016/j.chiabu.2023.106240
32. Lysaker P.H., Nees M.A., Lancaster R.S. et al. Vocational function among persons with schizophrenia with and without history of childhood sexual trauma // *Trauma Stress*. 2004. Vol. 17, № 5. P. 435–438. doi: 10.1023/B:JOTS.0000048957.70768.b9
33. Trovão L.O., Alves G.S., Carrilho C.G. et al. Early trauma and schizophrenia onset: preliminary results of an outpatient cohort in Brazil // *Trends Psychiatry Psychother*. 2022. Vol. 18, № 44. P. 2020–2024. doi: 10.47626/2237-6089-2020-0024
34. İnceç C., Evren-Kılıçaslan E. The effect of childhood trauma on age of onset in patients with schizophrenia // *Int. J. Soc. Psychiatry*. 2020. Vol. 66, № 8. P. 763–769. doi: 10.1177/0020764020943629
35. Read J., Ross C.A. Psychological trauma and psychosis: another reason why people diagnosed schizophrenic must be offered psychological therapies // *J. Am. Acad. Psychoanal. Dyn. Psychiatry*. 2003. Vol. 31, № 1. P. 247–268. doi: 10.1521/jaap.31.1.247.21938
36. Dokuz G., Kani A.S., Uysal Ö. The impact of childhood trauma and daily life experiences on emotional and psychotic symptom intensity in psychosis: An experience sampling study // *Psychiatry Res*. 2022. Vol. 317. P. 1148–1172. doi: 10.1016/j.psychres.2022.114872
37. Chase K.A., Melbourne J.K., Rosen C. Traumagenics: At the intersect of childhood trauma, immunity and psychosis // *Psychiatry Res*. 2019. Vol. 273. P. 369–377. doi: 10.1016/j.psychres.2018.12.097
38. Ratanatharathorn A., Koenen K.C., Chibnik L.B. et al. Polygenic risk for autism, attention-deficit hyperactivity disorder, schizophrenia, major depressive disorder, and neuroticism is associated with the experience of childhood abuse // *Mol. Psychiatry*. 2021. Vol. 26, № 5. P. 1696–1705. doi: 10.1038/s41380-020-00996-w
39. Alameda L., Ferrari C., Baumann P.S. et al. Childhood sexual and physical abuse: age at exposure modulates impact on functional outcome in early psychosis patients // *Psychol. Med*. 2015. Vol. 45, № 13. P. 2727–2736. doi: 10.1017/S0033291715000690

40. Mansueto G., Faravelli C. Stressful life events and psychosis. Gender differences // *Stress Health*. 2022. Vol. 38, № 1. P. 19–30. doi: 10.1002/smi.3067
41. Pruessner M., King S., Vracotas N. et al. Gender differences in childhood trauma in first episode psychosis: Association with symptom severity over two years // *Schizophr. Res.* 2019. Vol. 205. P. 30–37. doi: 10.1016/j.schres.2018.06.043
42. Comacchio C., Lasalvia A., Ruggeri M. Current evidence of childhood traumatic experiences in psychosis – focus on gender differences // *Psychiatry Res.* 2019. Vol. 281. P. 112–207. doi: 10.1016/j.psychres.2019.112507
43. Silva C., Rebelo M., Chendo I. Managing antipsychotic-related sexual dysfunction in patients with schizophrenia // *Expert. Rev. Neurother.* 2023. Vol. 23, № 12. P. 1147–1155. doi: 10.1080/14737175.2023.2281399
44. Malik P., Kemmler G., Hummer M. EUFEST Study Group. Sexual dysfunction in first-episode schizophrenia patients: results from European First Episode Schizophrenia Trial // *J. Clin. Psychopharmacology*. 2011. Vol. 31, № 3. P. 274–280. doi: 10.1097/JCP.0b013e3182199bcc
45. Kasperek-Zimowska B., Brodniak W.A., Sarol-Kulka A. Sexual disorders in schizophrenia – overview of research literature // *Psychiatr. Pol.* 2008. Vol. 42, № 1. P. 97–104.
46. Jeste S.S., Nelson C.A. Event Related Potentials in the Understanding of Autism Spectrum Disorders: an Analytical Review // *J. Autism Dev. Disord.* 2009. Vol. 39. P. 495–510. <https://doi.org/10.1007/s10803-008-0652-9>
47. Sacuiu I., Chirita V., Burlea A. et al. The effect of the atypical antipsychotics on cognitive deficit in schizophrenia // *International Journal of Neuropsychopharmacology*. 2012. Vol. 15. P. 61–91.
48. Moraru C., Radulescu I-D., Roşu I. et al. Sexual Dysfunctions in Schizophrenia – a general Overview of relevant Clinical Symptoms // *Archiv EuroMedica*. 2022. Vol. 12. Special Iss. 1–4. doi: 10.35630/2022/12/psy.ro.14
49. Valaparla V.L., Nehra R., Mehta U.M. et al. Social cognition of patients with schizophrenia across the phases of illness – a longitudinal study // *Schizophr. Res.* 2017. Vol. 190. P. 150–159. doi: 10.1016/j.schres.2017.03.008
50. de Boer M.K., Castelein S., Wiersma D. et al. The Facts About Sexual (Dys)function in Schizophrenia: an Overview of Clinically Relevant Findings // *Schizophrenia Bulletin*. 2015. Vol. 41, Iss. 3. P. 674–686. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv001>
51. Schmidt H.M., Hagen M., Kriston L. et al. Management of sexual dysfunction due to antipsychotic drug therapy // *Cochrane Database Syst. Rev.* 2012. Vol. 11, № 11. P. 503–516. doi: 10.1002/14651858.CD003546.pub3
52. Dembler-Stamm T., Fiebig J., Heinz A. Sexual Dysfunction in Unmedicated Patients with Schizophrenia and in Healthy Controls // *Pharmacopsychiatry*. 2018. Vol. 51, № 6. P. 251–256. doi: 10.1055/s-0044-100627
53. Fares J., Mohamed F., Yosra Z. Influence of Antipsychotic Agents on the Sexuality of Patients Diagnosed with Schizophrenia // *Curr. Ther. Res. Clin. Exp.* 2023. Vol. 19, № 99. P. 1007–1012. doi: 10.1016/j.curtheres.2023.100722
54. Loh C., Leckband S.G., Meyer J.M. et al. Risperidone-induced retrograde ejaculation: case report and review of the literature // *Int. Clin. Psychopharmacology*. 2004. Vol. 19, № 2. P. 111–122. doi: 10.1097/00004850-200403000-00009

ISSUES IN PSYCHIATRY

Review

Yu.P. Prokopenko

Sexual Disorders in Schizophrenia

V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia

Abstract

In this scientific review in order to identify the importance of sexual disorders in schizophrenia the overall picture of the studies aimed at statistical and therapeutic aspects of sexual disorders in people with schizophrenia is presented. The paper also emphasizes the significance of certain experiences in childhood and adolescence as well as the impact of somatic factors and schizophrenia treatment on the course of sexual disorders. In addition, the issue of medical professionals' attitude towards sexual disorders in patients is discussed.

Key words

schizophrenia; sexual disorders; sexuality; childhood trauma; psychotropic therapy; sexual needs

About the Author

Prokopenko Yury Petrovich – PhD in Medicine, Associate Professor of Academic Department, V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia

Indices: RSCI Author ID: 640279; SPIN-code: 4825-7601; Researcher ID: JPQ-9928-2023; ORCID: 0009-0000-0189-9001

E-mail: lalalama@mail.ru