

## СЕСУАЛЬНА ДИСФУНКЦІЯ У ОСІБ ІЗ ДЕПРЕСИВНИМИ РОЗЛАДАМИ

### SEXUAL DYSFUNCTION IN PERSONS WITH DEPRESSIVE DISORDERS

У статті охарактеризовано проблему депресивних розладів, які в даний час розглядаються як одна з основних і в психологічній, і в загальній медичній практиці. У матеріалах ВООЗ є дані, які свідчать про те, що понад 110 млн осіб у світі страждають депресією. На думку більшості авторів, зберігається стійка тенденція до послідовного збільшення поширеності депресивних розладів. При цьому, як правило, хворі з депресивними розладами переважно звертаються до лікарів загальної практики або до фахівців іншого профілю. Спровоковано це також тим фактом, що симптоми депресії дуже часто включають проблеми не тільки загальноприйнятого розуміння (знижений настрій, ангедонія, проблеми зі сном тощо), але і порушення соматичного характеру, до яких дуже часто відносять і скарги на зміни у сексуальній сфері. Депресія може мати значний вплив на сексуальне здоров'я, а сексуальна дисфункція є поширеним симптомом депресії.

Визначено, що як чоловіки, так і жінки, які страждають на депресивні розлади, можуть відчувати низький сексуальний потяг або взагалі його відсутність, а також проблеми зі збудженням, еректильну дисфункцію та нездатність або труднощі у досягненні оргазму. Депресія може бути пов'язана з роботою певних нейромедіаторів, відповідальних за сексуальне бажання та збудження, ускладнюючи реалізацію сексуальної активності.

Антидепресанти, які зазвичай використовуються для лікування депресії, також можуть мати небажані побічні ефекти, що стосуються сексуального життя, такі як зниження лібідо, еректильна дисфункція та затримка еякуляції. Людям з депресією, які мають сексуальні проблеми, важливо обговорити ці питання зі своїм медичним працівником або психотерапевтом, оскільки можуть бути способи впоратися з сексуальними побічними ефектами за допомогою антидепресантів, не втручаючись у лікування. Загалом лікування депресивних розладів є одним із способів подолання сексуальної дисфункції.

Важливо також враховувати те, що вплив депресії на сексуальність є індивідуальним і може варіювати у різних осіб за ступенем вираженості та дистресу, який чинить зміна сексуальної поведінки. Особи, які стикаються із сексуальними проблемами через депресивні розлади, можуть знайти підтримку від психотерапевта, сексолога або

інших фахівців, що компетентні у питаннях сексуальних дисфункцій.

**Ключові слова:** депресивні розлади, сексуальна дисфункція, сексуальне здоров'я, лібідо, діагностика.

The article describes the problem of depressive disorders, which are currently considered one of the main ones in both psychological and general medical practice. There are data in WHO materials that show that more than 110 million people in the world suffer from depression. According to the majority of authors, there is a steady trend towards a consistent increase in the prevalence of depressive disorders. At the same time, as a rule, patients with depressive disorders mainly turn to general therapists, doctors or specialists of another profile. This is also caused by the fact that the symptoms of depression very often include not only problems of common understanding (depressed mood, anhedonia, sleep problems, etc.), but also disorders of a somatic nature, which very often include complaints about changes in the sexual sphere. Depression can have a significant impact on sexual health, and sexual dysfunction is a common symptom of depression.

It has been found that both men and women who suffer from depressive disorders may experience low or no sexual desire, as well as problems with arousal, erectile dysfunction, and the inability or difficulty in reaching orgasm. Depression can be associated with the work of certain neurotransmitters responsible for sexual desire and excitement, making it difficult to realize sexual activity. Antidepressants commonly used to treat depression can also have unwanted side effects related to sex life, such as decreased libido, erectile dysfunction, and delayed ejaculation. It is important for depressed people who have sexual problems to discuss these issues with their health care provider or psychotherapist, as there may be ways to manage the sexual side effects of antidepressants without interfering with treatment. In general, the treatment of depressive disorders is one way to overcome sexual dysfunction.

It is also important to consider that the impact of depression on sexuality is individual and may vary from person to person in the degree of severity and distress caused by a change in sexual behavior. Individuals facing sexual problems due to depressive disorders can find support from a psychotherapist, sexologist or other professionals competent in sexual dysfunction issues.

**Key words:** depressive disorders, sexual dysfunction, sexual health, libido, diagnosis.

УДК 176.5:616.89

DOI <https://doi.org/10.32782/2663-5208.2023.55.31>

#### Молотокас А.А.

докторка філософії в галузі психології, асистентка кафедри психодіагностики та клінічної психології Київський національний університет імені Тараса Шевченка

#### Проскурня А.С.

к.психол.н., дослідник факультету гуманітарних та соціальних наук Університет Миколаса Померіца

**Вступ.** Порушення психічного здоров'я є найважливішим фактором ризику сексуальних дисфункцій у чоловіків та жінок. Особи з психічними захворюваннями, попри часті сексуальні проблеми, вважають сексуальність важливим аспектом якості свого життя. Антидепресанти та антипсихотичні препарати, нейробіологія та симптоми хвороби, минулі травми, труднощі у встановленні стосунків і стигматизація – все це може сприяти появи

сексуальних дисфункцій. Низьке сексуальне бажання тісно пов'язане з депресією [3].

Діагностичний та статистичний посібник психічних розладів DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition) надає критерії для діагностики депресивного розладу. Щоб діагностично підтвердити наявність депресії за DSM-5, особа повинна відповідати критеріям для майже кожного з істотних симптомів майже кожного дня

протягом принаймні двох тижнів. Крім того, ці симптоми повинні викликати клінічно значущий дистрес та суттєво обмежувати соціальну, професійну або інші важливі сфери життя особи. Ось деякі основні симптоми депресії згідно з DSM-5 [2]:

1) низький настрій (гіпотімія) – смуток, відчуття спустошеності або відсутність радості від звичних задоволень (ангедонія);

2) втрата інтересу або задоволення – відсутність інтересу або радості від майже всіх аспектів життя, які раніше приносили задоволення;

3) зміни ваги або апетиту – значне зменшення або збільшення апетиту, що може призвести до втрати або збільшення ваги;

4) зміни у сні – безсоння або гіперсомнія (занадто довгий сон або сон, що не приносить відчуття відпочинку);

5) порушення психомоторного збудження – ажитація (перебільшена рухливість або неспокій) або ретардація (уповільнення мови, мислення та рухів);

6) втрата енергії, відчуття втомленості – постійна втома або втрата енергії навіть у разі докладання невеликих зусиль;

7) почуття провини або низька самооцінка – постійне відчуття вини або низької самооцінки навіть за незначні помилки або невдачі;

8) порушення концентрації уваги або прийняття рішень – труднощі з концентрацією, прийняттям рішень або здатністю пам'ятати;

9) думки про смерть або самогубство, суїцидальні тенденції або наявність конкретного плану їх реалізації.

Це лише загальний огляд симптомів, і для точної діагностики слід звертатися до кваліфікованого фахівця в галузі психічного здоров'я, такого як психіатр або психотерапевт. Ці критерії призначені для допомоги фахівцям у встановленні діагнозу та розробці плану лікування [5].

Наукові дані підтверджують, що депресія, тривога та сексуальна дисфункція у жінок пов'язані між собою, однак причинно-наслідковий зв'язок обговорюється. Чи депресія та тривога спричиняють сексуальну дисфункцію, чи сексуальна дисфункція є частою причиною розладів настрою? Третя можливість полягає в тому, що сексуальні дисфункції, депресія та тривожні розлади є результатом основної вразливості як до психічних захворювань, так і до сексуальної дисфункції. Недавні дослідження, у яких вивчалось це супутнє захворювання протягом тривалого часу, показали результати, що відповідають останній можливості, а саме спільній прихованій психологічній вразливості [6]. Це свідчить про те, що наявність будь-якого з трьох факторів ризику збільшить шанси на поточні або майбутні симптоми одного або обох з двох інших, тому скринінг на

всі супутні захворювання має стати рутинною справою.

Депресія може суттєво впливати на сексуальну сферу людини. Ось деякі з можливих впливів депресії на сексуальну функцію:

1) втрата інтересу до сексу. Одним із основних симптомів депресії є втрата інтересу або задоволення від звичних речей, включаючи сексуальну активність;

2) зменшення лібідо. Сексуальне бажання може значно зменшитися під впливом депресії. Особа може відчувати себе втомленою і не зацікавленою у стосунках;

3) проблеми з ерекцією або лубрикацією. Депресія може впливати на фізіологічні аспекти сексу, такі як ерекція чи лубрикація, що може викликати труднощі у досягненні або збереженні сексуального збудження;

4) проблеми з оргазмом. Деякі люди, стикаючись з депресією, можуть відчувати затримку або втрату здатності відчувати оргазм;

5) зменшення задоволення від сексу. Депресія може зменшити загальний рівень задоволення від сексу, роблячи його менш приємним чи непов'язаним із задоволенням;

6) проблеми у стосунках. Сексуальні проблеми, пов'язані з депресією, можуть впливати на відносини між партнерами, спричиняючи напругу та розбіжності у сексуальних потребах;

7) відчуття провини та низької самооцінки. Депресія часто супроводжується відчуттям вини та низькою самооцінкою, що може ускладнити встановлення і підтримку інтимних стосунків.

Щоб медичний працівник мав можливість підтвердити наявність сексуальної дисфункції, проблема повинна існувати щонайменше 6 місяців, виникати у 75–100% випадків та спричиняти клінічно значущий дистрес у пацієнта. Лікар може виявити такі симптоми, які можуть свідчити про сексуальну дисфункцію. Ідеться про труднощі з збудженням, відсутність інтересу до сексу, біль під час статевого акту та відчуття значного стресу через ці проблеми. Якщо такі симптоми присутні, то цей стан можна вважати сексуальною дисфункцією. Важливо зазначити, що деякі люди не засмучуються через відсутність інтересу до сексу. Ці люди не отримують діагнозу сексуальної дисфункції. Наприклад, людина, яка є асексуальною, не відчуває значного сексуального потягу або не відчуває його взагалі. Це нормально і так само справедливо, як і будь-який інший відтінок сексуальності.

Як депресія, так і її лікування пов'язані з сексуальною дисфункцією (СД) у чоловіків і жінок, включаючи проблеми з оргазмом і збудженням, гіпоактивний сексуальний потяг, передчасну еякуляцію, труднощі з ерекцією тощо. Для багатьох людей лікування депресії може

привести до поліпшення сексуальної функції. Лікарі часто рекомендують психотерапію, медикаментозне лікування або комбінацію обох методів. Важливо звертатися за допомогою до кваліфікованого фахівця для ефективного лікування депресії та зниження її впливу на сексуальну сферу життя, бо сексуальна дисфункція також є частим побічним ефектом лікування більшістю антидепресантів і є однією з основних причин передчасного припинення прийому препарату [10]. Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну є найбільш поширеними антидепресантами, які мають значний вплив на збудження та оргазм порівняно з антидепресантами, які діють на системи норадреналіну, дофаміну та мелатоніну. Наявність антидепресантів, які не спричиняють і не посилюють сексуальну дисфункцію, є прогресом у фармакотерапії розладів настрою та має зменшити недотримання режиму лікування і зменшити потребу в заміні антидепресантів або їх дозування [9].

Сексуальну дисфункцію часто називають причиною недотримання або припинення лікування депресії, оскільки різні класи антидепресантів відрізняються за своєю здатністю викликати сексуальні побічні ефекти. Лікування селективними інгібіторами зворотного захоплення серотоніну та інгібіторами зворотного захоплення серотоніну/норепінефрину асоціюється з сексуальною дисфункцією. Трициклічні антидепресанти (ТЦА) мають щонайменше п'ять механізмів дії. Вони включають інгібування зворотного захоплення серотоніну (5НТ) і норадреналіну, антагонізм  $\alpha_1$ , антагонізм ацетилхоліну на мускаринових рецепторах і блокаду гістамінових (H1) рецепторів. Баланс між серотонінергічною та норадренергічною нейротрансмісією окремої речовини та її активних метаболітів видається важливим. Кломіпрамін знаходиться на серотонінергічному кінці спектра ТЦА, тому він повинен з більшою ймовірністю викликати порушення потягу і оргазму. І навпаки, нортриптилін (метаболіт амітриптиліну) переважно блокує зворотне захоплення норадреналіну і повинен бути менш пов'язаний з проблемами оргазму. Однак, оскільки нортриптилін є більш антихолінергічним, ніж амітриптилін і кломіпрамін, це може привести до більшої частоти еректильної дисфункції [11].

Дослідження (2018) 50-ти пацієнтів відділення психоневрології Клінічної лікарні № 1 м. Києва, у яких була діагностована депресія

різного ступеня вираженості за шкалою депресії Гамільтона (Hamilton Rating Scale for Depression; HDRS), показало, що 34% пацієнтів мали низькі показники генітальних симптомів та 34% мали високі показники генітальних симптомів, що свідчить про загальну наявність скарг на сексуальне життя у 68% опитуваних (табл. 1). Серед опитуваних було 25 чоловіків та 25 жінок із діагнозом депресія, які знаходились на лікуванні в умовах стаціонару. Вік респондентів на момент проведення дослідження складав від 20 до 55 років.

Згідно з дослідженням Кришталь, Луценко та Марченко (2014) майже в усіх чоловіків і більшості жінок із депресивними розладами визначалася патологія загальної та сексуальної комунікації в парі, були порушені усі компоненти спілкування:

- особистісний (через дисгармонійні риси характеру);
- інформаційний (через слабку обізнаність у питаннях культури спілкування та психогігієни статевого життя);
- поведінковий (через неправильні форми поведінки);
- емоційний (через неадекватні реакції на труднощі, що зазвичай виникають у житті) [1].

Загалом зв'язок між сексуальною дисфункцією та психотичними захворюваннями недостатньо вивчений. Як і жінки, які переживають депресію та тривогу, жінки з шизофренією та розладами шизофренічного спектру мають дуже великий тягар сексуальної дисфункції, причому 60–80% жінок страждають від неї [8]. Антипсихотичні препарати, симптоми психозу, інституціоналізація та суспільна стигматизація – це всі ймовірні сприяючі фактори. Порівняно з жінками, які страждають на депресію та тривогу, жінки з психозом, як правило, мають меншу соціальну інтеграцію, більше труднощів у пошуку інтимних партнерів і загальний нижчий рівень функціонування. Цей вищий рівень порушення має значення як для діагностики, так і для лікування сексуальної дисфункції [7].

Додатковою проблемою при розгляді сексуальної функції жінок із психотичними захворюваннями є те, що багатьом клініцистам може бути некомфортно говорити про сексуальність із цією групою пацієнтів. Дослідження показали, що клініцисти схильні недооцінювати важливість сексуальних аспектів життя своїх психіатричних пацієнтів і часто не запитують безпосередньо про сексуальне життя. Опитування британських психіатрів показало,

Таблиця 1

**Результати емпіричного дослідження сексуальних розладів у пацієнтів з депресією**

Симптоми	Відсутність	Низькі показники	Високі показники
Генітальні симптоми/Сексуальні розлади (втрата лібідо, менструальні порушення)	16 осіб	17 осіб	17 осіб

що дві третини не запитують регулярно про сексуальну сферу своїх пацієнтів і лише 17% респондентів відчували себе компетентними в оцінці сексуальних проблем своїх пацієнтів із шизофренією. Пацієнти з психотичними захворюваннями вважають, що це є незадоволеною потребою в лікуванні та причиною зниження якості життя [4].

**Висновки.** Дослідження підтверджують тісний зв'язок між депресією та сексуальними дисфункціями. Депресія може впливати на різні аспекти сексуального життя, включаючи бажання, відчуття задоволення від сексу та інтимні відносини партнерів. Розглядаючи різні фактори, можна виділити психологічні, фізіологічні та соціокультурні аспекти, які можуть впливати на сексуальну функцію при депресії. Розуміння цих факторів допомагає розробляти ефективні стратегії лікування. Психотерапевтичні підходи, такі як когнітивно-поведінкова терапія, гуманістична терапія, терапія пар тощо, можуть бути ефективними у поліпшенні сексуальної функції у пацієнтів з депресією та знижувати прояви самого депресивного розладу. Деякі медикаменти, такі як антидепресанти, також можуть впливати на сексуальну функцію, і важливо управляти цими ефектами з урахуванням індивідуальних потреб пацієнта. Врахування сексуальних аспектів при лікуванні депресії є важливим елементом повноцінної медичної практики. Інтегрований підхід, який включає психотерапію, медикаментозне лікування та за необхідності консультування сексолога, може забезпечити комплексне вирішення проблем пацієнта. З огляду на складність взаємодії депресії та сексуальних дисфункцій додаткові наукові дослідження в цьому напрямку є важливими для розуміння більш конкретних механізмів впливу депресії на сексуальну функцію та розробки ефективних методів лікування. Ми підкреслюємо важливість врахування аспектів сексуального здоров'я при лікуванні депресії та необхідність комплексного, інтегрованого підходу до пацієнтів з подібними проблемами.

#### ЛІТЕРАТУРА:

1. Кришталь Є.В., Луценко О.Г., Марченко В.Г. Сексуальні розлади та особливості поведінки у хворих на депресію. *Медична психологія*. 2014. Т. 9. № 1. С. 9–13.
2. Association A.P. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition. *American Psychiatric Publishing*. 2013. 947 p.
3. Basson R., Gilks T. Women's sexual dysfunction associated with psychiatric disorders and their treatment. *Women's health*. 2018. Vol. 14. P. 17–45.
4. Bushong M.E., Nakonezny P.A., Byerly M.J. Subjective quality of life and sexual dysfunction in outpatients with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Journal of sex & marital therapy*. 2013. Vol. 39. № 4. P. 336–346.
5. Clayton A.H. Sexual functioning in patients with major depressive disorder in randomized placebo-controlled studies of extended release quetiapine fumarate. *CNS Spectrums*. 2013. Vol. 19. № 2. P. 182–196.
6. Forbes M.K., Baillie A.J., Schniering C.A. A structural equation modeling analysis of the relationships between depression, anxiety, and sexual problems over time. *The journal of sex research*. 2015. Vol. 53. № 8. P. 942–954.
7. Hendrickx L., Gijs L., Enzlin P. Age-Related prevalence rates of sexual difficulties, sexual dysfunctions, and sexual distress in heterosexual women: results from an online survey in flanders. *The journal of sexual medicine*. 2015. Vol. 12. № 2. P. 424–435.
8. Harley E.W.-Y., Boardman J., Craig T. Sexual problems in schizophrenia: prevalence and characteristics. A cross sectional survey. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2009. Vol. 45. № 7. P. 759–766.
9. Kennedy S.H., Rizvi S. Sexual dysfunction, depression, and the impact of antidepressants. *Journal of clinical psychopharmacology*. 2009. Vol. 29. № 2. P. 157–164.
10. Montejo A.L., Montejo L., Navarro-Cremades F. Sexual side-effects of antidepressant and antipsychotic drugs. *Current opinion in psychiatry*. 2015. Vol. 28. № 6. P. 418–423.
11. Segraves R.T., Balon R. Antidepressant-induced sexual dysfunction in men. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*. 2014. Vol. 121. P. 132–137.