

УДК 616.43:616.89

*А.М. Дергачев***КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ  
ВТОРИЧНЫХ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У ЖЕНЩИН С АУТОИММУННЫМ  
ТИРЕОИДИТОМ**

Донецкое областное клиническое территориальное медицинское объединение, Украина

Ключевые слова: сексуальное здоровье женщины, аутоиммунный тиреоидит, психо-сексуальный тренинг

Одной из основных проблем современной сексологии является увеличение частоты вторичных сексуальных дисфункций, которые развиваются на фоне соматических заболеваний организма. За последние 15-20 лет заболеваемость аутоиммунным тиреоидитом (АИТ) у женщин в Украине выросла в среднем в 20 раз и является наиболее частой причиной возникновения патологического типа сексуальной дезадаптации у женщин детородного возраста. В большинстве случаев АИТ протекает с глубокими гормональными, соматическими, неврологическими нарушениями, которые у многих женщин приводят к расстройствам сексуального здоровья.

Нарушения сексуального здоровья у женщин при АИТ развиваются по типу синдрома дезактуализации и реадаптации сексуального поведения. Данный синдром развивается при многих соматических заболеваниях, но его течение при АИТ имеет некоторые особенности. В частности, отсутствует первая фаза вынужденной абстиненции, но вследствие поражения нейро-гуморальной составляющей копулятивного цикла у пациенток происходит дезактуализация сексуальных интересов, уменьшается сексу-

ально-эротическая мотивация поведения, изменяются в сторону снижения основные феномены женской сексуальности – развивается гиполибидемия, значительно снижается эрогенная реактивность, т.е. уменьшается способность воспринимать сексуальные стимулы и отвечать на них физиологическими реакциями, сопровождающимися стремлением к близости и сладострастно окрашенными переживаниями, отмечается снижение и даже утрата оргастичности – способности к переживанию ощущения разрядки в процессе полового акта, уменьшается lubricация (увлажнение половых путей женщины под влиянием эротической стимуляции). Во второй фазе синдрома, после периода адаптации к изменению соматического здоровья, у большинства пациенток сексуальные интересы и потребности восстанавливаются, но их удовлетворение затрудняется из-за выраженных изменений стереотипа сексуального поведения и феноменов женской сексуальности.

Мы не встретили в специальной литературе каких-либо рекомендаций по психотерапевтической коррекции нарушений сексуального здоровья у женщин при аутоиммунном тиреоидите.

**Материал и методы исследования**

В настоящей работе представлены данные собственных исследований, в результате которых разработана система психотерапевтической коррекции сексуальной дисгармонии супружеской пары, в которой супруга страдает аутоиммунным тиреоидитом. Предложенная система базируется на принципах комплексности, последовательности, этапности и дифференцированности в каждом отдельном случае. Изучались основные феномены женской сексуальности – либидо, эрогенная реактивность, оргастичность и lubricация.

Наблюдалось 77 замужних женщин с ауто-

иммунным тиреоидитом в возрасте от 25 до 45 лет. Из них 49 (63,6%) пациенток было в возрасте от 25 до 35 лет, а 28 (36,4%) в возрасте от 36 до 45 лет. У 18 (23,4%) женщин заболевание длилось в течение 1 года, у 32 (41,5%) от 1 до 3 лет, у 12 (15,6%) от 3 до 5 лет, 15 (19,5%) болели АИТ свыше 5 лет. Важно отметить, что до заболевания АИТ женщины имели удовлетворительные показатели сексуального здоровья, никогда ранее не обращались за помощью к сексопатологу.

В ходе исследований выделено три степени снижения всех феноменов, определяющих кли-

нические проявления сексуальной дисфункции. Так, к легкой степени снижения женской сексуальности были отнесены случаи со снижением феноменов до 25%, к умеренной - до 50%, и к выраженной – свыше 50%.

Снижение либидо легкой степени обнаружено у 17 (22,%) , умеренной у 22 (28,6%) и выраженной степени у 38 (49,3%) женщин. Снижение эрогенной реактивности легкой степени выявлено у 18 (23,4%), умеренной - у 26 (33,8%) и выраженной степени - у 33 (42,8%) женщин. Снижение оргастичности легкой степени обнаружено у 23 (29,9%), умеренной - у 37 (48,0%) и выраженной степени - у 17 (22,1%) женщин. Снижение lubricации легкой степени установлено у 19 (24,6%), умеренной - у 46 (59,8%) и выраженной степени - у 12 (15,6%) женщин.

Для лечения вторичных сексуальных дисфункций использовалось максимально раннее назначение системы психотерапевтической коррекции, основанной на результатах системно-структурного анализа сексуальной гармонии у каждой супружеской пары. В соответствии со структурой личности психотерапевтическая коррекция была обращена к трем её подсистемам - интраиндивидуальной, интериндивидуальной и метаиндивидуальной, и состояла из трех компонентов: когнитивного (информационного), конативного (поведенческого) и аффективного (эмоционального).

Для ликвидации невротических нарушений и эмоционально-волевых расстройств, проводилась психотерапия, конечной целью которой была выработка адекватных форм реагирования и поведения. Параллельно с этим, назначали рациональную (индивидуальную и парную) гипно-суггестивную психотерапию и аутогенную тренировку. С помощью методов реконструктивно-личностной и персоналистической психотерапии корректировали характерологические особенности и межличностные отношения супругов. В ходе рациональной психотерапии разъясняли механизм развития сексуальных нарушений при аутоиммунном тиреоидите и их обратимость в результате лечения. Обучали супругов правильным формам реагирования и оптимизации сексуально-эротических реакций. С целью ликвидации эмоциональных реакций женщин на состояние своего здоровья и сексуальную дисгармонию, проводили рассудочную психотерапию, гипно-суггестию и аутогенную тренировку. Одновременно с мужьями больных проводили инструктивные беседы, разъясняя им необходимость правильного сексуального поведения в предварительный, заключительный периоды и во время

самого полового акта, важность правильных форм общения и реагирования на заболевание жены для сохранения сексуальной гармонии. С целью профилактики углубления синдрома дезактуализации сексуального поведения особо обращалось внимание на недопустимость прекращения сексуальных контактов. На втором этапе переходили к психотерапевтической коррекции сексуально-эротической дезадаптации супругов, обусловленной изменениями в организме жены на фоне АИТ. Коррекция сексуально-эротической дезадаптации проводилась после нормализации межличностных отношений супругов, которая неизбежно возникала в этих случаях. Вначале осуществляли ролевой психо-сексуальный тренинг, направленный на нормализацию поло-ролевого поведения, а затем сексуально-эротический тренинг, направленный на расширение диапазона приемлемости супругов, достижение соответствия проведения предварительного, заключительного периодов и самого полового акта.

Ролевой психо-сексуальный тренинг проводился в пять этапов. На первом, информационно-разъяснительном этапе, применяли рациональную психотерапию в виде индивидуальных и групповых бесед, задачей которых было информирование пациентов о правильном поло-ролевом поведении. На втором этапе, психологической аверсии, с помощью методов разъяснения, убеждения, внушения и самовнушения у пациенток вырабатывали негативное отношение к своему неправильному поло-ролевому поведению. Третий, реконструктивный этап, проводился в форме индивидуальных и парных собеседований, имевших целью формирование у супругов новых поло-ролевых установок. На четвертом этапе, представляющем собой собственно поло-ролевой тренинг, использовали индивидуальную и парную психокоррекцию с помощью ролевого поведенческого тренинга для выработки нормального поло-ролевого поведения. Пятый, поддерживающий этап психотерапии был посвящен поведенческому тренингу и индивидуальным и парным собеседованиям, проводимым для закрепления выработанного правильного поло-ролевого поведения супругов.

Далее переходили к психотерапевтической коррекции возникшей психологической и социально-психологической дезадаптации супругов на фоне АИТ у жены. Психотерапевтическую коррекцию проводили в пять этапов. На первом этапе использовали супружескую психотерапию в форме дискуссий с ориентацией на тематическое и интеракционное обсуждение, направленных на коррек-

цию характерологических особенностей и межличностных отношений супругов. Второй этап, имевший целью повышение уровня общения и культуры отношений супругов, был посвящен обсуждению особенностей психологии общения, причин возникновения супружеских конфликтов и их влиянию на сексуальную гармонию. Отдельные занятия были посвящены путям разрешения супружеских конфликтов, межличностным отношениям в семье и психогигиене семейных отношений. Задачей третьего этапа психотерапевтической коррекции, проводившегося в форме индивидуальных и групповых занятий, было повышение осведомленности пациентов об их заболевании, о связанной с ним сексуальной дисгармонии и роли личности в её возникновении. При этом использовали метод разъяснения, убеждения, внушения. На четвертом, реконструктивном этапе эти же методы применялись для формирования новых установок, типов реагирования супругов, создания перспектив на адекватную форму разрешения конфликтных ситуаций, для перестройки активности, направленности личности, самооценки и уровня притязаний больных в соответствии с реальными условиями жизни, что способствовало их максимальной персонализации. Пятый этап был направлен на подкрепление достигнутого уровня межличностных отношений: проводилась поддерживающая психотерапия в форме индивидуальных и совместных бесед.

Сексуально-эротический тренинг проводился

### Полученные результаты и их обсуждение

В результате применения системы психотерапевтической коррекции нарушения сексуального здоровья изменения либидо выглядели следующим образом - у 49 (63,6%) либидо восстановилось полностью, улучшилось - у 17 (22,1%) и осталось без изменений - у 11 (14,3%). Снижение либидо легкой степени осталось у 13 (16,8%), умеренной степени у 9 (11,7%), выраженной у 6 (7,8%) женщин. Причем, в группе болеющих сроком до 1 года, либидо восстановилось у всех 18 (100%) пациенток. В группе со сроком заболевания от 1 до 3 лет, либидо восстановилось у 27 (84,4%) и улучшилось у 5 (15,6%) женщин. При длительности заболевания от 3 до 5 лет нормализация либидо отмечена у 4 (33,3%), улучшение у 7 (58,3%), отсутствие изменений выявлено у 1 (8,3%) женщины. В этой группе слабая степень снижения выявлена у 6 (50,0%), а умеренно выраженная степень снижения либидо сохранялась у 2 (16,7%) пациенток. Среди жен-

в четыре этапа. Первый, информационно-разъяснительный, этап проводили в форме индивидуальных, парных и групповых бесед, задачей которых было повышение знаний супругов о колебаниях сексуальности, психофизиологии и технике полового акта при аутоиммунном тиреоидите у жены. Целью второго этапа (психологической подготовки супругов) была выработка новой установки на проведение полового акта, что достигалось также с помощью индивидуальных и парных бесед. Третий этап представлял собой собственно тренинг сексуальных реакций супругов, которые учились правильно воздействовать на эрогенные зоны друг друга и выбирать адекватную технику полового акта, что позволяло оптимизировать их сексуальное поведение. На поддерживающем, четвертом этапе в индивидуальных и парных беседах закреплялись выработанные оптимальные формы сексуальных контактов.

В ходе лечения основного заболевания, после периода адаптации к изменениям показателей сексуального здоровья, происходило восстановление половой активности либо путем возвращения к имевшемуся до заболевания стереотипу сексуальных отношений, либо путем формирования нового стереотипа сексуальных отношений. При значительной длительности заболевания наблюдался переход от простой дезактуализации к невротическим проявлениям широкого диапазона, от «чисто» экзальгационных симптомов до функционального снижения.

щин, страдающих АИТ более 5 лет, либидо не восстановилось ни в одном случае, улучшение произошло у 5 (33,3%), а у 10 (66,7%) изменения отсутствовали. У 2 (13,3%) выявлена легкая степень снижения, у 7 (46,7%) умеренно выраженная, а у 6 (40,0%) выраженная степень снижения либидо. Выявлены также различия результатов лечения в зависимости от формы заболевания. Так, у 36 (73,5%) пациенток с диффузной формой АИТ либидо восстановилось полностью, а у 13 (26,5%) улучшилось. У 9 (18,4%) сохранялась легкая, а у 4 (8,2%) умеренно выраженная степень его снижения. При наличии узловой формы АИТ либидо восстановилось у 13 (52,0%) и улучшилось у 4 (16,0%) женщин, а у 8 (32,0%) изменений не последовало. У 4 (16,0%) отмечалась легкая, у 4 (16,0%) умеренно выраженная и у 4 (16,0%) выраженная степень снижения либидо. При атрофическом варианте АИТ после проведенного лечения либидо не улучшилось у

всех 3 (100,0%) пациенток этой группы: 1 (33,3%) пациентки выявлена умеренно выраженная, а у 2 (66,7%) выраженная степень снижения либидо даже после проведенного курса лечения.

После проведенной психотерапевтической коррекции изменения эрогенной реактивности были следующими - у 47 (61,0%) пациенток эрогенная реактивность нормализовалась, у 21 (27,3%) улучшилась, а у 9 (11,7%) эрогенная реактивность не изменилась. Снижение легкой степени осталось у 16 (20,7%), умеренной у 9 (11,6%), выраженной у 5 (6,5%). Причем, при длительности заболевания до 1 года эрогенная реактивность восстановилась у всех 18 (100,0%) женщин. У 25 (78,1%), болеющих 1-3 года, эрогенная реактивность восстановилась полностью, у 7 (21,9%) улучшилась. При длительности заболевания от 3 до 5 лет у 4 (33,3%) отмечено полное восстановление, а у 6 (50,0%) улучшение эрогенной реактивности. У 2 (16,7%) женщин этой группы после проведенной терапии эрогенная реактивность не изменилась. У 5 (41,7%) женщин выявлена легкая, а у 3 (25,0%) умеренно выраженная степень его снижения. Среди пациенток, болеющих свыше 5 лет, у 8 (53,3%) отмечено улучшение эрогенной реактивности, а у 7 изменения не выявлены. Так, у 4 (26,7%) женщин, болеющих АИТ свыше 5 лет, выявлена легкая, у 6 (40,0%) умеренная, а у 5 (33,3%) выраженная степень снижения эрогенной реактивности. На фоне проведенной психотерапевтической коррекции у 36 (73,5%) женщин с диффузной формой АИТ эрогенная реактивность восстановилась, а у 13 (26,5%) улучшилась. У 11 (44,0%) женщин с узловой формой АИТ отмечено полное восстановление, у 7 (28,0%) улучшение, а у 7 (28,0%) отсутствие динамики эрогенной реактивности. При атрофической форме у 1 (33,3%) отмечено улучшение, а у 2 (66,7%) динамика отсутствовала.

В результате проведенной терапии у 50 (64,9%) пациенток оргастичность восстановилась, у 17 (22,1%) улучшилась, а у 10 (12,9%) не улучшилась. Так, слабая степень снижения осталась у 12 (15,6%), умеренная у 9 (11,6%), выраженная у 6 (7,8%) женщин. В группе со сроком заболевания до 1 года у всех 18 (100,0%) женщин наблюдалось полное восстановление оргастичности. У 30 (93,7%) женщин с длительностью заболевания от 1 до 3 лет отмечено восстановление оргастичности, а у 2 (6,2%) улучшение, где выявлена слабая степень её снижения. Среди болеющих АИТ от 3 до 5 лет у 2 (16,7%) оргастичность восстановилась, у 9

(75,0%) улучшилась, а у 1 (8,3%) не изменилась. При длительности течения АИТ свыше 5 лет после проведенной терапии у 6 (40,0%) женщин оргастичность улушилась, а у 9 (60,0%) осталась без улучшения. У 38 (77,6%) обследованных женщин с диффузной формой АИТ после проведенного лечения оргастичность восстановилась, у 11 (22,4%) улучшилась. Восстановление оргастичности так же наблюдалось у 12 (48,0%) женщин с узловой формой АИТ. У 3 (100,0%) женщин с атрофическим вариантом течения АИТ отсутствовала положительная динамика, где сохранилась выраженная степень снижения оргастичности.

После проведенной терапии у 56 (72,3%) пациенток lubricация восстановилась, у 15 (19,5%) улучшилась, а у 6 (7,8%) не претерпела положительной динамики. Так, слабая степень снижения осталась у 10 (12,9%), умеренная у 7 (9,0%), выраженная у 4 (5,2%) женщин. У всех 18 (100,0%) женщин, болеющих в течение 1 года, выявлено восстановление lubricации. У 31 (96,9%) пациенток, болеющих 1-3 года, lubricация полностью восстановилась, а у 1 (3,1%) улучшилась, где сохранилась слабая степень её снижения. У 7 (58,3%) женщин, болеющих от 3 до 5 лет, lubricация восстановилась, у 4 (33,3%) улучшилась, а у 1 (8,4%) не изменилась. В группе пациенток, где АИТ отмечался более 5 лет, полного восстановления не было ни у кого, но у 10 (66,7%) отмечалась положительная динамика, а у 5 (33,3%) она отсутствовала. У 48 (97,9%) женщин с диффузной формой АИТ нарушенная lubricация восстановилась, а у 1 (2,1%) отмечено улучшение, где выявлена слабая степень её снижения. У 8 (32,0%) с узловой формой АИТ lubricация восстановилась, у 12 (48,0%) улучшилась, а у 5 (20,0%) не изменилась. У 2 (66,7%) пациенток с атрофической формой АИТ показатели lubricации улучшились, а у 1 (33,3%) не изменились.

Таким образом, все феномены женской сексуальности нарушались и восстанавливались практически синхронно. Значительно лучший эффект был получен у пациенток с длительностью заболевания до 3 лет и с диффузной формой АИТ. У пациенток, болеющих свыше 5 лет, и с атрофическим вариантом течения заболевания динамика улучшения была незначительной.

При оценке результатов применения системы психотерапевтической коррекции нарушения сексуального здоровья у женщин при АИТ было отмечено, что в общих разновидностях отношений после завершения фазы реадaptации просле-

живалась общая закономерность - сдвиг в сторону преобладания личностного, «чисто» человеческого компонента устанавливаемых отношений над компонентом специфически сексуальным. Хотя успех реадaptации зависел от длительности и формы заболевания, возраста, половой конституции и личностных особенностей, особую роль играли семейный статус и межличностные отношения супругов. Наиболее устойчивые результаты наблюдались у супружеских

пар при взаимной межличностной слаженности и в обоюдной заинтересованности в восстановлении половой активности.

Таким образом, раннее применение предложенной системы психотерапевтической коррекции нарушений сексуального здоровья, позволяет существенно улучшить феномены женской сексуальности, что улучшает качество интимной жизни у женщин с аутоиммунным тиреоидитом.

*О.М.Дергачов*

## **КЛІНІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ВТОРИННИХ СЕКСУАЛЬНИХ ДИСФУНКЦІЙ У ЖІНОК З АУТОІМУННИМ ТИРЕОІДИТОМ**

Донецьке обласне клінічне територіальне медичне об'єднання

У статті узагальнюються дані власних досліджень 77 пацієнток з аутоімунним тиреоїдитом (АІТ). Вивчені зміни основних феноменів жіночої сексуальності. Порушення сексуального здоров'я у жінок з АІТ розвиваються по типу синдрому дезактуалізації та реадaptації сексуальної поведінки. При АІТ внаслідок ураження нейрогуморальної складової копулятивного циклу у пацієнток відбувається дезактуалізація сексуальних інтересів, знижується сексуально-еротична мотивація поведінки, розвиваються гіполібідемія, гіпооргазмія, знижується ерогенна реактивність та лубрикація. Після періоду адаптації до зміни соматичного здоров'я у більшості пацієнток сексуальні інтереси відновлюються, але їх задоволення ускладнюється із-за виражених змін стереотипу сексуальної поведінки та феноменів жіночої сексуальності.

Застосовувались реконструктивно-особиста, персоналістична, розумова та подружня психотерапія, ролевий психо-сексуальний та сексуально-еротичний тренінг, гіпноугестія, аутогенне тренування.

Показана висока ефективність лікування вторинних сексуальних дисфункцій методом психотерапевтичної корекції, побудованому на результатах системно-структурного аналізу сексуальної гармонії подружньої пари. (Журнал психіатрії та медичної психології. - 2000. - № 1 (7). - С. 60-64)

*A.M.Dergachov*

## **CLINICAL PECULIARITY OF PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION OF SECONDARY SEXUAL DYSFUNCTIONS IN WOMEN WITH AUTOIMMUNE THYROIDITIS**

Donetsk Regional Clinical Territorial Medical Association

In this article the author generalizes findings of his study of 77 patients with autoimmune thyroiditis (AIT). The basic phenomena of feminine sexuality have been examined. Disturbances of the sexual health in women with AIT develop similar to syndrome of desactualization and readaptation of sexual behaviour. In AIT due to the impairment of the neurohumoral component of the copulative cycle the patients develop desactualization of sexual interests and reduction of sexually erotic motivation of their behaviour, hypolubidemia, hypoorgasmia develop and erogenic reactivity and lubrication decrease. Following the period of adaptation to the altered somatic health the majority of the patients restore their sexual interests and requirements, but their satisfaction becomes difficult because of the pronounced changes in the stereotype of sexual behaviour and phenomena of feminine sexuality.

Reconstructivo-personal, personalistic, cognitive, conjugal psychotherapy, role-playing psychosexual and sexually erotic training, hypnosuggestion, autogenic training have been employed.

A high efficacy of treating secondary sexual dysfunctions by the method of psychotherapeutic correction based on the results of systemic structural analysis of the sexual harmony of the married couple has been demonstrated. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. - 2000. - № 1 (7). - P. 60-64)

### *Литература*

1.Аверьянов Ю.Н. Неврологические проявления гипотиреоза.//Неврологический журн. - 1996. - №1. - С. 25 - 29.

2.Бунявичус Р. Аффективная патология и функция системы гипоталамус - гипофиз - щитовидная железа у больных аутоиммунным тиреоидитом женщин //Журн. Невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. - 1994. - №6. - 49 - 52.

3.Бунявичус Р. Психическая патология у больных аутоиммунным тиреоидитом. //Журн. Социальная и клиническая психиатрия. - 1994. - №1. - С. 24 - 28.

4.Кришталь В.В., Гульман Б.Л. Сексология. Т.1. Нормальная сексология. - Харьков: ЧП «Академия сексологических исследований»,1997, - 352 с.

5.Щеглов Л.М. Психосоматическая модель сексуальных расстройств.//Независимый психиатрический журнал. - 1996. - №1. - С. 37 - 38.

6.Clinical aspects of recurrent postpartum thyroiditis/Lazarus J.H., Ammari F., Oretti R. et al.//Brit. J. Gen. Practice. - 1997. - Vol.47, №418. - P.305 - 308.

7.Encephalopathy associated with Hashimoto thyroiditis: diagnosis and treatment. /Kothbauer - Margreiter I., Sturzenegger M., Komor J. et al.//J. Neurol. - 1996. - Vol.243, №8. - P.585 - 593.

8.Margusee E, Hill J.A., Mandel S.J. Thyroiditis after pregnancy loss//J. Clinical Endocrinol. Metabolism. - 1997. - Vol.82, №8. - P.2455 - 2457.

Поступила в редакцию 21.09.2000г.