

Клиническое наблюдение: сниженное сексуальное влечение у пациентки с бесплодием

Н.Н. Стеняева^{✉1}, Д.Ф. Хритинин²

¹ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России, Москва, Россия;

²ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова» Минздрава России (Сеченовский Университет), Москва, Россия

Аннотация

В статье рассматривается проблема сниженного сексуального влечения у пациентки с бесплодием вследствие сниженного овариального резерва, нуждающейся в применении вспомогательных репродуктивных технологий. В работе использовалась краткосрочная психотерапия в рамках рациональной и когнитивно-поведенческой терапии, описаны психотерапевтические процедуры с расслабляющими дыхательными техниками и метод неосознаваемой аудиовизуальной психокоррекции.

Ключевые слова: бесплодие, расстройство, адаптации, смешанная тревожно-депрессивная реакция, психосексуальная дисфункция, сниженное сексуальное влечение, гипооргазмия, психотерапия

Для цитирования: Стеняева Н.Н., Хритинин Д.Ф. Клиническое наблюдение: сниженное сексуальное влечение у пациентки с бесплодием. Гинекология. 2022;24(5):436–439. DOI: 10.26442/20795696.2022.5.201819

© ООО «КОНСИЛИУМ МЕДИКУМ», 2022 г.

CASE REPORT

Decreased sexual desire in a patient with infertility: a clinical case

Natalia N. Stenyaeva^{✉1}, Dmitrii F. Chritinin²

¹Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology, Moscow, Russia;

²Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia

Abstract

The article addresses the problem of decreased sexual desire in an infertile female with a decreased ovarian reserve who needs to use assisted reproductive technologies. Short-term psychotherapy as part of rational and cognitive-behavioral therapy was used; psychotherapeutic procedures with relaxing breathing techniques and a method of nonconscious audiovisual psychocorrection were described.

Keywords: infertility, adjustment disorder, mixed anxiety-depressive reaction, psychosexual dysfunction, decreased sex desire, hypo-orgasmia, psychotherapy

For citation: Stenyaeva NN, Chritinin DF. Decreased sexual desire in a patient with infertility: a clinical case. Gynecology. 2022;24(5):436–439. DOI: 10.26442/20795696.2022.5.201819

Клиническое наблюдение

Пациентка О. 40 лет обратилась с жалобами на значительное снижение сексуального влечения, трудности с сексуальным возбуждением и снижение частоты оргазмов, яркости оргастических ощущений при половых контактах, снижение настроения, тревожность, тревожное ожидание неудачи экстракорпорального оплодотворения (ЭКО), беспокойство о будущем.

Анамнез (со слов пациентки). Наличие психических расстройств у родственников отрицает. Матери при рождении пациентки было 38 лет, отцу – 40, оба имели высшее образование. Характеризует обоих родителей как интеллигентных, спокойных, неконфликтных. Особенным авторитетом в семье пользовался отец, являвшийся профессором. Доверительные отношения имела с обоими родителями, в

большей степени с матерью. В детстве особенно запомнила длительный период безденежья, экономии, недостаточности средств у семьи, пришедшийся на 1990-е годы, который описывала как опыт, «повлиявший на нее при выборе профессии». Была единственным ребенком в семье преподавателя университета и служащей. Беременность у матери протекала без осложнений. Роды, со слов матери, «недолгие, без каких-либо проблем».

Муж на 2 года старше пациентки. Вышла замуж по взаимной любви в 25-летнем возрасте. Супруг – научный работник. В характере мужа нравится доброта, честность, порядочность. Описывает его как интеллигентного, высоко нравственного, альтруистичного человека, который «сначала делает все для других и только после этого для себя, если есть возможность».

Информация об авторах / Information about the authors

[✉]Стеняева Наталья Николаевна – канд. мед. наук, ст. науч. сотр. отделения андрологии и урологии ФГБУ «НМИЦ АГП им. акад. В.И. Кулакова». E-mail: nataliasten@mail.ru; ORCID: 0000-0002-6495-3367

Хритинин Дмитрий Федорович – чл.-кор. РАН, д-р мед. наук, проф. каф. психиатрии и наркологии лечебного фак-та ФГАОУ ВО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова» (Сеченовский Университет). E-mail: khritinin_d_f@staff.sechenov.ru; ORCID: 0000-0001-9107-2357

[✉]Natalia N. Stenyaeva – Cand. Sci. (Med.), Kulakov National Medical Research Center for Obstetrics, Gynecology and Perinatology. E-mail: nataliasten@mail.ru; ORCID: 0000-0002-6495-3367

Dmitrii F. Chritinin – D. Sci. (Med.), Corr. Memb. RAS, Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University). E-mail: khritinin_d_f@staff.sechenov.ru; ORCID: 0000-0001-9107-2357

Свое отношение к родственникам мужа описывает как «хорошее», хотя длительный отказ от репродуктивных планов у мужа связывает с необходимостью помощи им. Сообщает также о хорошем отношении мужа к ее родственникам.

Помнит себя с 3 лет, когда начала ходить в детский сад. Вспоминает, что нравилось играть с другими детьми в группе. В школу пошла с 7 лет, училась преимущественно на отлично, учеба давалась легко. Дополнительно обучалась в музыкальной школе игре на фортепиано, в которую пошла по своему большому желанию и успешно окончила. Училась там нравилось, «любила своего педагога по специальности», однако пианино дома не было из-за того, что для него не хватало места.

Имела двух близких подруг на протяжении школьных лет. Любимые игры в детстве – «дочки-матери», «семья», подвижные игры.

С раннего детства любила красивые платья «как у принцессы», однако родители не имели возможности ее баловать, в связи с чем переживала, испытывала зависть к более обеспеченным девочкам, стремилась с ними подружиться. Косметикой пользуется с 16 лет, неяркой, со времени учебы в институте красится регулярно, неярко.

После школы мечтала стать ученым-биологом, но вынуждена была отказать от этих планов, чтобы получить образование, которое бы обеспечило хороший заработок, поэтому сообща с семьей приняла решение найти профессию в другой области. Успешно окончила юридический институт, работает по специальности в крупной компании, но, несмотря на многолетний труд и профессионализм, занимает невысокий уровень на руководящей должности, из-за чего испытывает досаду. Работой удовлетворена не в полной мере.

Прием психоактивных веществ отрицает. Изредка (1–2 раза в месяц), во время праздников, употребляет вино, шампанское «не более 1 бокала». Никогда не курила.

До 36 лет предохранялась от беременности, несмотря на свое желание стать матерью, так как супруг не хотел иметь детей. Гормональная контрацепция не снижала уровень полового влечения. Половая активность – 2–3 раза в неделю. Общие и генитальные сексуальные реакции во время интимной близости отмечает как достаточные.

Когда муж поменял мнение в отношении потомства, супруги начали планировать рождение ребенка, перестали пользоваться контрацепцией. Частота сексуальной активности сохранялась на том же уровне. В течение 1 года беременность не наступила, установлено бесплодие в паре – помимо женского выявлен мужской фактор бесплодия. В течение последних 4 лет проходили обследование в паре и лечение, в том числе дважды ЭКО, без эффекта.

Менее 2 лет назад начала замечать нарушения эректильной функции у супруга, проявлявшиеся необходимостью дополнительной стимуляции для достижения достаточной эрекции, трудностью ее удержания. На фоне этого у пациентки стали снижаться уровень желания и возбуждения, появилось ощущение вынужденности выполнения сексуальных действий, оргастические ощущения поблекли, оргастичность снизилась. Стали также снижаться удовольствие во время полового контакта и удовлетворенность половой жизнью. На этом фоне сексуальная активность сократилась до 1–2 раз в неделю. Сексуальная активность сохраняется в паре как шанс для спонтанной беременности.

Гинекологический анамнез. Молочные железы стали увеличиваться в 12 лет, относилась к этому безразлично. Менструации – с 13 лет, по 5 дней, через 28 дней, установились сразу, регулярные, умеренные, безболезненные. К первой

менструации подготовлена матерью, отнеслась к ее появлению спокойно. Беременности – 0, роды – 0, медицинские аборт – 0.

Гинекологические заболевания – бесплодие I, сниженный овариальный резерв. Миома матки малых размеров. Лечение без эффекта в течение 2 лет, предстоящая третья попытка ЭКО. Эрозия шейки матки, диатермоэлектрокоагуляция в 2005 г. Инфекции, передаваемые половым путем, – кандидоз, неоднократно получала лечение. Длительное время принимала комбинированные оральные контрацептивы с целью предохранения от беременности.

Сексологический анамнез. Интерес к мальчикам появился в 15 лет, нравилось общение, совместная деятельность, общие спортивные игры. Эротическое фантазирование – с 15 лет, после прочтения описания эротических сцен в художественной литературе, которой увлекалась с детства. В фантазиях представляла себя в роли героини. Среди окружающих сверстников выделяла некоторых юношей, которым симпатизировала, общение имело дружеский характер, без эротических контактов.

В 21 год к ней проявил интерес однокурсник, появилась взаимная влюбленность, сопровождалась ухаживанием, поцелуями, объятиями. Расставание произошло по его инициативе в связи с отказом с ее стороны от интимной близости, так как половую жизнь планировала начать после заключения брака.

Половую жизнь ведет с 25 лет, в браке, муж на 2 года старше, испытывала сильное эротическое влечение. Внебрачные половые связи отрицает. Впервые оргазм испытала при интимной близости в 25 лет в течение 1 мес после начала половой жизни, оргастичность высокая, до 75%, до 38 лет. Аутоэротические действия отрицает.

Соматический статус. Рост – 171 см, вес – 60 кг, индекс массы тела – 21,1. Молочные железы сформированы правильно. Оволосение лобка по женскому типу, гипертрихозов нет.

Телосложение нормостеническое. Консультация невролога: неврологические заболевания не выявлены. Консультация терапевта: хронический гастрит в стадии ремиссии. Консультация эндокринолога: эндокринные заболевания не выявлены. Гормональное исследование: антимюллеров гормон – 0,14 нг/мл, фолликулостимулирующий гормон – 17,25 мМЕ/мл, лютеинизирующий гормон – 5,92 мЕд/мл, эстрадиол – 60 пг/мл, тиреотропный гормон – 2,29 мЕд/л, дегидроэпиандростерон-сульфат – 6,5 нг/мл, пролактин – 226 мМЕ/л, кортизол – 219 нм/л.

Психический статус. Сообщает, что находится в Центре Кулакова, правильно называет дату беседы, в собственной личности ориентирована правильно. Выглядит соответственно возрасту, опрятна, одета в офисное платье, волосы длинные, убраны в хвост. На лице легкий макияж. С готовностью идет на контакт. Отвечает в рамках заданного вопроса. Фон настроения сниженный. Мимика, пантомимика сдержанные, соответствуют теме беседы. Зрительный контакт активно поддерживает. Речь модулированная, несколько экспрессивная. Жалобы высказывает спонтанно, фиксируется на них. Многоречива, старается пояснить свои слова, поступки, решения, чтобы быть правильно понятой. Часто извиняется, оправдывается.

Рассказывает, что никогда не могла сделать жизненный выбор в соответствии со своими желаниями, из-за чего, несмотря на прошедшие годы, испытывает беспокойство: не смогла выбрать направление учебы и профессию по интересам, так как в родительской семье решили, что она сможет обеспечить всем финансовое благополучие, сделав иной

выбор; не настояла на своевременном рождении ребенка, согласившись с позицией мужа. Высказывает упреки в адрес близких косвенно, поясняя обстоятельства, сразу начинает винить себя в обстоятельствах жизни. На работе старается наладить особые отношения с непосредственными руководителями, добиться их расположения, в этом случае чувствует себя спокойнее, более защищенной.

Описанные жалобы беспокоят 1,5 года, появились после второй попытки ЭКО, когда на фоне «переживаний неудачи» снизилось настроение, появились мысли о собственной несостоятельности, бесперспективности лечения, упущенном времени, самообвинение и самоуничижение.

Сообщает о появившемся беспокойстве в связи с желанием отцовства у мужа и неудачами лечения бесплодия, чувствует себя несостоятельной. Рассказывает, что при любых предложениях врачей, попытках ЭКО воодушевляется, «начинает верить в успех», а при неудаче испытывает разочарование, снижается фон настроения, снова проявляются тревожные опасения неэффективности и бесперспективности лечения, тревога за будущее.

Спонтанно предъявляет жалобы на сексуальное функционирование, появившиеся сексуальные нарушения, которые очень тяготят, вызывают беспокойство. Фиксирована на своих переживаниях, переключается с трудом. Свои переживания критически осмысляет.

Опросники и шкалы, использованные в работе:

- Индекс женской сексуальной функции (ИЖСФ)/Female Sexual Function Index (FSFI) [1].
- Шкала сексуального дистресса у женщин/The Female Sexual Distress Scale-Revised (FSDS-R) [2].
- Шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера–Ханина/The State-Trait Anxiety Inventory (STAI) [3].
- Опросник депрессивной симптоматики Бека/Beck Depression Inventory [4].
- Торонтская алекситимическая шкала/Toronto Alexithymia Scale (TAS-26) [5].
- Шкала ангедонии Снайта–Гамильтона/Snaith–Hamilton Pleasure Scale (SHAPS) [6].

Результаты экспериментального психологического исследования: общий балл по ИЖСФ составил 25,6 – сниженное психосексуальное функционирование, низкие показатели по доменам «желание/влечение» – 3,7, «возбуждение» – 4,0, «оргазм» – 3,9, «удовлетворенность» – 3,5; по Шкале сексуального дистресса у женщины выявлен повышенный уровень сексуального дистресса – 17 баллов; по Шкале реактивной и личностной тревожности Спилбергера–Ханина выявлен повышенный уровень личностной (39 баллов) и ситуативной (42 балла) тревожности; по шкале Бека – депрессия легкой степени выраженности – 16 баллов; по Торонтской алекситимической шкале зафиксирован пограничный уровень алекситимии – 73 балла; по Шкале ангедонии Снайта–Гамильтона зафиксированы проявления ангедонии – 6 баллов.

Обсуждение

При клинической оценке состояния пациентки установлено наличие относительно в равной степени выраженных симптомов тревоги и депрессии в виде сниженного настроения, тревожности, субъективного дистресса, тревожного ожидания неудачи, мыслей о собственной несостоятельности, бесперспективности лечения, упущенном времени, самообвинения и самоуничижения, беспокойства о будущем.

Данное состояние возникло на фоне стрессовой ситуации, связанной с неудачей второй программы вспомогательных репродуктивных технологий, и сохраняется в течение 1,5 лет на фоне продолжающегося лечения и подготовки к

следующей программе ЭКО. Таким образом, прослеживается четкая взаимосвязь стрессовых обстоятельств и появления у пациентки тревожной и депрессивной симптоматики.

Личностные особенности пациентки представлены страхом конфронтации, потери значимых лиц, потребностью в одобрении, трудностями в отстаивании своих интересов, с принятием ответственности. Однако пациентка была адаптирована как во время учебы в вузе, так и впоследствии на работе, а также в семье. Это позволяет определить личностные черты как акцентуацию по зависимому типу.

Нарушения сексуальной функции у пациентки представлены снижением сексуального влечения, трудностями сексуального возбуждения и снижением оргастичности при половых контактах. Данное состояние может определяться в связи с ангедонией как часть депрессивного симптомокомплекса.

На основании сказанного диагноз может быть сформулирован как расстройство адаптации, смешанная тревожно-депрессивная реакция (F43.22). Акцентуация личности по зависимому типу. Сниженное сексуальное влечение (F52.0). Гипооргазмия (F52.3). Миома матки малых размеров (D25). Бесплодие 1-й степени, снижение овариального резерва (N97.1). Предстоящее ЭКО – третье.

Лечебная тактика

Проведены сбор анамнеза, клиническая, информационная и психотерапевтическая беседа. Пациентке разъяснены психологические реакции, ассоциированные с бесплодием. Проведена сексологическая беседа, направленная на десенсибилизацию сверхценного отношения к своим проблемам и дезактуализацию аутодеструктивных психологических установок, даны рекомендации по сексуальной терапии. Предложено участие в исследовании, получено информированное согласие.

Проведено психодиагностическое исследование, затем случайным образом пациентка отобрана для психокоррекции в групповом формате. Количество участников в терапевтической группе составляло 5–7 человек. Психотерапевтическое вмешательство содержало 10 сеансов, проводилось в течение 2 нед.

Курс психокоррекции включал психотерапевтическую беседу в группе в рамках краткосрочной рациональной и когнитивно-поведенческой терапии. После этого проводились психотерапевтические процедуры, которые включали дыхательные техники для расслабления (диафрагмальное дыхание, полное дыхание), гетеротренинг с отработкой навыков релаксации. На завершающем этапе проводился сеанс неосознаваемой аудиовизуальной психокоррекции, использовалась унифицированная программа А-ВПК.

Психотерапевтические беседы были тематическими. В течение 5 групповых психокоррекционных занятий проводились разъяснения, убеждения и косвенное внушение, направленные на исправление иррациональных суждений и представлений относительно себя, своего состояния и причин infertility. На сеансе разъяснялись основные механизмы (биологические, психологические, социальные), влияющие на репродуктивный процесс.

На основе научных данных и логики производились целенаправленное разубеждение в ошибочных толкованиях причин бесплодия и переоценка прогностического будущего (тревожных ожиданий и неоправданных опасений), что приводило к постепенному положительному сдвигу психофизиологического состояния.

В течение последующих 5 психотерапевтических сеансов в группе проводились образовательная сексологичес-

кая беседа, информирование о нормах, реалиях, значении и роли половой жизни для гармонизации семейно-сексуальных отношений. На основе научных данных и логики производилось целенаправленное разубеждение в ошибочных толкованиях причин снижения психосексуального функционирования в паре, появления психосексуальных дисфункций. Проводилось информирование о приемах сексуальной терапии. Сексологическая беседа имела цель сформировать положительную лечебную перспективу, психосексуальную адаптацию в паре. Проведено клинико-динамическое наблюдение.

По завершении курса психотерапии жалобы у пациентки в значительной степени дезактуализировались, тревожность снизилась, фон настроения повысился. Психосексуальное функционирование в паре улучшилось.

В ходе психокоррекционной программы в групповом формате уровень психосексуального функционирования по опроснику ИЖСФ повысился (общий балл – 26,9), уровень сексуального дистресса снизился по Шкале сексуального дистресса у женщин до нормативных значений (10 баллов), уровень личностной (35 баллов) и ситуативной (38 баллов) тревожности снизился, по шкале Бека депрессия отсутствовала (12 баллов). Через 1 мес после психокоррекции результат сохранялся.

Удовлетворенность проведенным психокоррекционным вмешательством оценена пациенткой по 5-балльной шкале на 5.

В дальнейшем при подготовке к ЭКО осуществлялась индивидуальная психокоррекция.

Раскрытие интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Disclosure of interest. The authors declare that they have no competing interests.

Вклад авторов. Авторы декларируют соответствие своего авторства международным критериям ICMJE. Все авторы в равной степени участвовали в подготовке публикации: разработка концепции статьи, получение и анализ фактических данных, написание и редактирование текста статьи, проверка и утверждение текста статьи.

Authors' contribution. The authors declare the compliance of their authorship according to the international ICMJE criteria. All authors made a substantial contribution to the conception of the work, acquisition, analysis, interpretation of data for the work, drafting and revising the work, final approval of the version to be published and agree to be accountable for all aspects of the work.

Источник финансирования. Авторы декларируют отсутствие внешнего финансирования для проведения исследования и публикации статьи.

Funding source. The authors declare that there is no external funding for the exploration and analysis work.

Информированное согласие на публикацию. Пациентка подписала форму добровольного информированного согласия на публикацию медицинской информации.

Consent for publication. Written consent was obtained from the patient for publication of relevant medical information.

Литература/References

1. Rosen R, Brown C, Heiman J, et al. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000;26(2):191-208. DOI:10.1080/009262300278597
2. Derogatis LR, Rosen R, Leiblum S, et al. The Female Sexual Distress Scale (FSDS): initial validation of a standardized scale for assessment of sexually related personal distress in women. *J Sex Marital Ther.* 2002;28(4):317-30. DOI:10.1080/00926230290001448
3. Практическая психодиагностика. Методики и тесты: учеб. пособ. Под ред. Д.Я. Райгородского. Самара: БАХРАХ-М, 2001 [Prakticheskaja psikhodiagnostika. Metodiki i testy: ucheb. posob. Pod red. DJa Raigorodskogo. Samara: BAKhRAKh-M, 2001 (in Russian)].
4. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, et al. An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry.* 1961;4(6):561-71. DOI:10.1001/archpsyc.1961.01710120031004
5. Taylor GJ, Ryan D, Bagby RM. Toward the development of a new self-report alexithymia scale. *Psychother Psychosom.* 1985;44(4):191-9. DOI:10.1159/000287912
6. Ameli R, Luckenbaugh DA, Gould NF, et al. SHAPS-C: the Snaith-Hamilton pleasure scale modified for clinician administration. *PeerJ.* 2014;2:e429. DOI:10.7717/peerj.429

Статья поступила в редакцию / The article received: 07.06.2022

Статья принята к печати / The article approved for publication: 25.10.2022



OMNIDOCTOR.RU