

Тактика ведения лиц, страдающих хроническими дерматозами при семейно-сексуальных дисгармониях

Н. В. Добаева, Н. Д. Кибрик

Начало психосоматического подхода в дерматологии было положено в конце XVIII века W. Falconer (1788), когда он впервые предпринимает попытку связать активность кожного процесса с нарушением иннервации пораженных участков кожи [1].

Дерма обладает высокой чувствительностью к психогенным и ситуационным воздействиям и чаще, чем другие системы организма, становится «соучастницей» психических заболеваний.

Наряду с физиологическими функциями кожи можно видеть и психологическое значение: кожный покров лица и тела является для окружающих органом выражения и представления и органом контакта с другими людьми: нежное прикосновение, боль либо сексуальное возбуждение и т. д. в первую очередь испытывает она.

В современной психосоматике различают предрасположенность, разрешающие и задерживающие развитие болезни факторы. Диспозиция — это врожденная, а при определенных условиях и приобретенная готовность, которая выливается в форму возможного органического или невротического заболевания. Толчком к развитию такого заболевания являются жизненные ситуации. Необходимо подчеркнуть, что в психосоматике диагноз устанавливается не только на основе симптоматики, но и с учетом общей картины болезни (личности больного, его ситуационных и анамнестических данных) [2].

Между тем наблюдающаяся в повседневной врачебной деятельности недооценка психосоматического, сексологического состояния больных псориазом и атопическим дерматитом заметно снижает эффективность их лечения и продолжительность ремиссий. Одновременно с этим ухудшается и качество жизни. Малоизученными остаются проблемы влияния хронических кожных заболеваний на сексуальную жизнь. Длительное течение хронических дерматозов с периодическими обострениями, резистентность к терапии, необходимость соблюдения диеты, мучительное субъективное переживание зуда, постоянное чувство стыда и дискомфорта, испытываемое больными при общении с окружающими из-за высыпаний на видимых частях тела, порой приводят к аффективной патологии и нарушениям сексуальной функции (гиполибидемия, аноргазмия, эректильная дисфункция и т. п.), семейно-сексуальным дисгармониям.

Материалы и методы исследования

В МНИИП было обследовано 35 пациентов (40% мужчин и 60% женщин) с хроническими дерматозами (псориаз и нейродермит) с жалобами на дисгармоничные отношения в паре. При постановке клинического диагноза у обследуемых лиц важными принципами являлись определение преморбидных особенностей личности, акцентуаций характера и сопутствующих заболеваний, а также выявление клинических вариантов психопатологических расстройств, механизмов, участвующих в их формировании, и их влияние на течение сексуальных дисфункций у больных. Следующим значимым принципом при обследовании и постановке диагноза являлось изучение характерологических и конституциональных особенностей партнеров и взаимоотношения в паре, что позволяло понять причины формирования и перспективы терапии парной сексуальной дисгармонии, а также степень участия партнеров в лечении больных в качестве «со-терапевта». Наконец, необходимо было изучить сексуальные тенденции и предпочтения, в том числе и латентные, обоих партнеров для уточнения этиологии сексуального расстройства и использования этих особенностей пациентов при сексуальных тренингах в качестве предлагаемых сценариев сексуального поведения.

Для определения степени тяжести атопического дерматита и оценки эффективности лечения использовалась стандартная международная система SCORAD (Scoring atopic dermatitis). А для оценки показателей качества жизни у больных псориазом до и после лечения использовалась стандартная медико-социологическая анкета Дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ, или DLQI) — вариант Finlay для дерматологических больных.

Результаты

Средний возраст больных $28 \pm 2,16$ года. ДИКЖ в среднем составил $25,1 \pm 0,18$, индекс SCORAD до лечения составлял $62,5 \pm 2,13$ балла.

При анализе психотравмирующих ситуаций, вызвавших возникновение клинических проявлений хронических дерматозов, было установлено, что наибольший удельный вес имели семейно-сексуальные проблемы, которые приводили к рецидиву заболевания у 69,3% обследуемых. При анализе характерологических особенностей выявлено, что наиболее распространены были акцентуации характера по сензитивному и психастеническому

типам.

Следует отметить, что более 80% пациентов относились к слабой и средней половой конституции. У них выявлялись своеобразные представления о нормах половой активности, отсутствие или наличие скудного сексуального опыта, низкий уровень информированности о сексуальной сфере, психологическая несовместимость с партнерами, сочетающаяся с различием сексуальных темпераментов, что приводило к конфликтам в паре. Через несколько месяцев неэффективности самостоятельных усилий в решении сексологических проблем возникли и актуализировались следующие расстройства непсихотического уровня: дистимия у 12 человек (34,3%), ипохондрическое расстройство у 12 (34,3%), тревожно-депрессивное расстройство — у 11 человек (31,4%).

Ухудшение межличностных отношений и хроническая неудовлетворенность сексуальных потребностей обоих партнеров приводили к сексуальной фрустрации, взаимным претензиям, дезадаптации пары и семейно-сексуальной дисгармонии. Больные предъявляли жалобы на собственную непривлекательность, вследствие поражения кожных покровов, осознанное стремление избежать предстоящий сексуальный контакт, который представлялся нежелательным из-за дефекта кожных покровов, так что половой контакт в целом сопровождался отрицательными эмоциями и переживался как крайне неприятный, что создавало условия для формирования аноргазмии у женщин и эректильной дисфункции у мужчин и приводило к снижению влечения, нарушению внутрисемейных отношений и семейно-сексуальной дисгармонии.

Одним из основных принципов терапии сексуальных расстройств у лиц, страдающих хроническими дерматозами, является комплексный, с использованием медикаментозных средств, этапный подход, с учетом парности сексуальной функции, следовательно, ориентированность на обоих партнеров, с учетом взаимоотношений в паре. Данные принципы терапевтического подхода разработаны в связи с необходимостью воздействия на все звенья этиологии и патогенеза полового расстройства при индивидуальности стереотипа сексуального поведения и его зависимости не только от биологического уровня регуляции, но и от уровня общей и сексуальной культуры у каждого сексуального партнера. Необходимо учитывать имевшуюся у пациентов в преморбиде и/или развившуюся на фоне хронического дерматоза психическую патологию.

Традиционное лечение включало в себя назначение антигистаминных средств (лоратадин 10 мг 1–2 раза в день, кетотифен 1 мг 1 раз в день, эбастин 20 мг по 1 таблетке 1 раз в день), энтеросорбентов (Уголь активированный, Полифепан). Наружно назначались жирные индифферентные кремы. По показаниям, в период островоспалительных проявлений, на определенные очаги 1 раз в день наносили кортикостероидные кремы и мази.

Следующий этап терапевтической программы включал коррекцию психопатологических проявлений. Установление синдромальной квалификации психических расстройств определило спектр применения психотропных средств. При тревожно-депрессивном расстройстве назначались антидепрессанты (амитриптилин 25 мг 2–3 раза в сутки, тразодон 50–150 мг в сутки). Учитывая специфические побочные эффекты антидепрессантов, связанные с их антихолинергическим действием, среди которых наблюдается сухость слизистых, в том числе половых органов, при сексуальном тренинге применялись специальные кремы-лубриканты, на первых этапах терапии с дополнительным анестезирующим действием. При преобладании у пациенток тревожной симптоматики, без выраженных депрессивных проявлений, с незначительными колебаниями настроения в течение суток успешно применялся алпразолам 0,25 мг 1 раз в сутки — транквилизатор с антидепрессивным действием.

Пациентам с ипохондрическим расстройством назначались нейролептики (тиоридазин по 0,5–0,1 мг в сутки, сульпирид 100–200 мг в сутки, левомепромазин по 25 мг в сутки, перфеназин 4–6 мг в сутки) и антидепрессанты, относящиеся к селективным ингибиторам обратного захвата серотонина, — флуоксетин, флувоксамин, пароксетин, сертралин.

Пациентам с дистимией, безусловно, эффективно применение антидепрессантов в комплексе лечебных мероприятий. Они снижали степень выраженности депрессивного аффекта, оживляли интеллектуальную деятельность, повышали работоспособность, снимали чувство усталости. В частности, применение трициклических антидепрессантов амитриптилина, кломипрамила в среднетерапевтических дозах 75–100 мг в сутки.

Параллельно назначались адаптогены и препараты, повышающие сексуальную активность (Цигапан, Геримакс). Местно использовались также кремы раздражающего, сосудорасширяющего действия, улучшающие качество эрекции (Химколин, Интим-тонус и пр.). Также давались рекомендации по секс-тренингу. При длительном течении сексуальных расстройств у партнеров отмечалось снижение сексуального влечения. В этих случаях назначались средства, повышающие сексуальное влечение, потенцию, адаптогены (поливитамины, настойки, отвары женьшеня, элеутерококка, левзеи, китайского лимонника, пантокрин и пр.), средства интимной косметики (улучшающие эрекцию кремы).

При дисгармонии семейно-сексуальных отношений у пациентов проводилась разъяснительная психотерапия, направленная на перестройку ценностного отношения к интимно-личным проблемам. Усилия врача направлялись на коррекцию ригидной позиции личности в сексуальном конфликте, на мобилизацию личностных резервов для принятия адекватного решения. Наибольшая эффективность в лечении семейно-сексуальных дисгармоний у лиц,

страдающих хроническими дерматозами, достигалась при использовании системы психотерапевтического воздействия, включающей методы, находящиеся между собой в органическом единстве и применяющиеся параллельно.

1. **Индивидуальные психотерапевтические беседы — основная форма работы.** Именно беседа с пациентом как форма общения обеспечивает максимальное и доброжелательное проникновение врача в глубину переживаний личности, нуждающейся в эмпатической поддержке, сопереживании и сочувствии. У больного с сексуальными дисфункциями основным содержанием беседы являлось разъяснение причин расстройства и условий, способствующих его возникновению. Развенчание неправильных представлений, оценок и установок, касающихся сексуальной функции вообще и конкретных ее аспектов у данного больного. При этом малейшее улучшение состояния использовалось для ободрения и стимуляции, повышения сексуальной активности. Таким образом, основными принципами и содержанием индивидуальных бесед являлись ликвидация «дефицита информации» в сексуальной сфере, корригирующая и активирующая, индивидуализированная психотерапия.
2. **Групповые тематические беседы, основной целью и содержанием которых являлись ознакомление с анатомо-физиологическими основами половой функции, причинами и механизмами расстройств в сексуальной сфере.** Обучение основам психогигиены сексуальной жизни мужчины и женщины создавало представления о половой функции человека как единстве социального, психологического и физиологического, о дисгармониях в сексуальной сфере, путях их профилактики и компенсации и т. п. Таким образом, в этой своей части система включает элементы коллективной психотерапии [3].
3. **Психотерапевтическая работа с партнером пациента.** Успешное лечение полового расстройства затруднено до тех пор, пока врач не приобретает в лице партнера пациента активного помощника, проводника и непосредственного исполнителя лечебной тактики, который вселял уверенность и активировал сексуального партнера.
4. **Аутогенная тренировка.** Основной принцип построения сеансов разработанного специального курса [4] заключался в том, что при помощи кратких, лаконичных, но предельно содержательных, психологически и физиологически обоснованных формул самоутверждения, самоубеждения и самовнушения в состоянии аутогенного погружения моделировался нормально протекающий половой акт. Это позволяло добиться визуализации сюжетных представлений, как бы «проиграть» в сознании всю картину ситуации сексуальной близости в оптимальной обстановке с благорасположенным партнером. При этом возникали положительно окрашенные впечатления успеха, веры в себя. Фиксированная патологическая установка подвергалась в процессе тренировки постепенной перестройке, создавалась адекватная психофизиологическая установка, способствующая успеху в реальной ситуации близости.

Рекомендуемая система психотерапевтических методов в достаточной степени обеспечивает выполнение сложного комплекса задач психотерапевтической помощи пациентам с семейно-сексуальными дисгармониями [5].

Основными целями психотерапии являлись убеждение пациентов и их партнеров в возможности преодолеть трудности в сексуальной жизни, повышение их толерантности к негативным экзогенным влияниям. На первых этапах психотерапии пациенткам и их партнерам внушались оптимистичные взгляды как на разрешение сексуальной дезадаптации, так и нормализацию их межличностных отношений. С этой целью проводилась статистика положительных результатов терапии сексуальных дисфункций, подробно рассказывалось о программе предстоящих лечебных мероприятий, с целью мобилизовать и дисциплинировать обоих партнеров для активного участия и помощи врачу.

В дальнейшем для пары составлялась индивидуальная психагогическая программа, включающая помимо психотерапевтических бесед и рекомендации по чтению научно-популярной литературы, подбора тематических видеофильмов обучающего, стимулирующего характера, эротического содержания (при этом учитывается диапазон приемлемости больных и партнеров и предпочтительность сюжетов в соответствии с оттенками сексуального влечения). Эта программа направлена на повышение интереса к половой жизни, пробуждение эротического фантазирования, повышение сексуального влечения и сексуальной предприимчивости у обоих партнеров, ликвидацию неправильных представлений о физиологии и нормах половой жизни. Сюжеты видеопрограмм обсуждались при необходимости с терапевтом обоими партнерами. При наличии в паре межличностных конфликтов, вызывающих и/или усугубляющих сексуальную дисгармонию, могли быть использованы методики «отреагирования конфликтов», при которых терапевт являлся нейтральным наблюдателем, в конце сеанса комментирующим происходящее. Широко применялись методики аутотренинга и гипносуггестии (особенно у пациентов с тревожно-депрессивными расстройствами). Тренинг начинался по классической схеме с установок на регуляцию дыхания и сердцебиения, затем постепенная релаксация всех групп мышц с ощущениями «разливающего тепла», комфорта, спокойствия, отдыха. Внушалось сначала нейтральное, а затем позитивное отношение к сексуальной близости, уверенность в способности спокойно и радостно воспринимать все проявления сексуальной активности со стороны партнера и отвечать им сильным возбуждением и собственной активностью, способностью полностью и навсегда избавиться от тревоги по поводу состояния своих кожных покровов, от мыслей, не вызывающих ли у партнера неприятных ощущений прикосновения к пораженной коже, и от страха перед половым контактом ввиду собственной непривлекательности и т. д. В заключение сеанса внушается повышение жизненного тонуса, энергии, способности самостоятельно контролировать эмоциональные

реакции, избавление от преследовавших ранее навязчивых страхов, неприятных мыслей, спокойное, ровное настроение, готовность активно помогать терапевту на дальнейших этапах лечения. После каждого занятия внимание пациентов акцентировалось на достигнутом прогрессе, подчеркивалось их личное участие и способность самостоятельно преодолеть проблему при спокойном и настойчивом подходе, что вызывало обычно чувство удовлетворения от проделанной работы и позитивные эмоции, повышало самооценку.

Следующим этапом являлась сексуальная реадaptация пары. Партнер пациента активно привлекался к терапии. Во многих случаях это способствовало как повышению уровня доверия между партнерами, так и повышению уровня знаний о сексуальных приемах и ласках. Паре даются рекомендации по секс-терапии [6].

Выводы

Клиническая эффективность проводимой терапии позволила достичь в целом регресса психопатологической симптоматики в 86,2% случаев в группе с дистимией, в 81,2% случаев в группе со смешанным тревожным и депрессивным расстройством, а при ипохондрическом расстройстве — в 59,3%. Комплекс синдромов претерпевал редукцию от более сложных и тяжелых к более легким и простым с уменьшением их частоты. Терапевтический положительный эффект при полной или частичной редукции симптоматики сексуальных дисфункций выявлен у 77,2% лиц с семейно-сексуальными дисгармониями.

Динамика кожного процесса на фоне проводимой терапии основывалась на изучении SCORAD. Так, у пациентов с диссеминированным вариантом атопического дерматита среднее значение SCORAD составило $62,5 \pm 2,13$, а при диффузном — $73,3 \pm 4,01$, при диссеминированном среднее значение — $67,9 \pm 6,14$. После психокорректирующей терапии показатели SCORAD достоверно регрессировали до $27,91 \pm 4,76$ ($p < 0,05$). ДИКЖ после завершения лечения с применением психокорректирующих методов, на фоне положительной динамики со стороны кожного процесса, значительно улучшил свои параметры до $8,1 \pm 0,12$, что отразилось пропорционально улучшению состояния кожного процесса.

По мере уменьшения психопатологической симптоматики наблюдалась положительная динамика со стороны кожного процесса, выражавшаяся в стойкой ремиссии и редукция сексуальных дисфункций: половая жизнь приносила удовлетворение обоим партнерам, восстановились межличностные отношения, повысилась оргастичность, влечение и улучшилась эректильная функция.

Применение комплексной терапии при лечении кожной патологии положительно влияло на значимые сферы жизнедеятельности человека (работа, сексуальная активность, создание семьи и т. п.), являясь не только обоснованным методом в общей терапии хронических дерматозов, приводящим к редукции наблюдаемой психопатологической и сексологической симптоматики, но и значительно повысило эффективность терапии кожного процесса, продолжительность ремиссий у больных псориазом и атопическим дерматитом и привело к социосексуальной адаптации и повышению качества жизни.

Литература

1. Дороженко И. Ю., Львов А. Н. Психические расстройства в дерматологической практике. М., 2006. 62 с.
2. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина. М., 1999. С. 11.
3. Либих С. С. Коллективная психотерапия неврозов. Ленинград, 1974. 38 с.
4. Андрианов В. В. Аутогенная тренировка в комплексном лечении функционально-психогенных форм импотенции. Автореферат ... к. м. н. М., 1974. 38 с.
5. Кратохвил С. Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний. М., 1991. 336 с.
6. Каплан Х. С. Сексуальная терапия. Иллюстрированное руководство. М., 2007. 150 с.

Н. В. Добаева¹, кандидат медицинских наук

Н. Д. Кибрик, доктор медицинских наук, профессор

ФГБУ ФМИЦПН им. В. П. Сербского МЗ РФ, Москва

¹ Контактная информация: dona19@mail.ru

Тактика ведения лиц, страдающих хроническими дерматозами при семейно-сексуальных дисгармониях/ Н. В. Добаева, Н. Д. Кибрик

Для цитирования: Лечащий врач № 5/2019; Номера страниц в выпуске: 6-9

Теги: кожные заболевания, дерматоз, секс, психосоматика

защищены.