

# Актуальные вопросы лечения и профилактики психоэмоциональных нарушений и сексуальных дисфункций у женщин с болевым синдромом при генитальном эндометриозе

**Жигалова Е. В.**

*аспирант кафедры эпидемиологии, паразитологии и дезинфектологии; кафедры психотерапии, медицинской психологии и сексологии<sup>1</sup>*

**Федорова А. И.**

*д.м.н., профессор, кафедра психотерапии, медицинской психологии и сексологии<sup>1</sup>*

*1 – ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И. И. Мечникова» Минздрава России, 191015, г. Санкт-Петербург, ул. Кирочная, д. 41.*

**Автор для корреспонденции:** Жигалова Елена Владимировна; **e-mail:** zhigalova1979@gmail.com

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Введение.** Болевой синдром (БС) при генитальном эндометриозе (ГЭ) и сопряженные с ним психоэмоциональные нарушения, сексуальные дисфункции и семейно-сексуальные дисгармонии негативно сказываются на качестве жизни женщин. Психоэмоциональные нарушения и сексуальные дисфункции в свою очередь включаются в патогенетические механизмы формирования и усугубления БС при ГЭ. В настоящее время в медицинской практике отсутствует алгоритм диагностики и лечебно-профилактических мероприятий БС при ГЭ с учетом психоэмоциональных и психосексуальных факторов его развития, что диктует необходимость разработки междисциплинарного терапевтического подхода к курации пациенток с БС при ГЭ в соответствии с биопсихосоциальной моделью, интегрирующей представления о соматических симптомах с результатами последних исследований в области психиатрии и сексологии. **Цель исследования:** усовершенствовать компоненты (стратегию) комплексного подхода к обследованию, профилактике и терапии болевого синдрома при генитальном эндометриозе с учетом психоэмоциональных и психосексуальных факторов. **Материал и методы исследования.** Тип исследования: ретроспективное описательное аналитическое исследование «случай-контроль» выборочное по охвату исследуемых. Исследование опиралось на эпидемиологический, клинико-анамнестический, клинический, клинико-психопатологический, клинико-сексологический, психометрический и статистический методы исследования. **Результаты исследования и их обсуждение.** Сравнительная клиническая оценка психоэмоциональных, а также личностных особенностей пациенток с болевой и безболевого формой ГЭ, проведенная в исследовании, выявила влияние на развитие и хронизацию болевого синдрома нарушений психоэмоционального состояния, тревожно-астенических, тревожно-депрессивных и тревожно-ипохондрических синдромов в рамках невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств, а также таких личностных характеристик, как алекситимия, склонность к катастрофизации, соматизации высокая личностная и ситуативная тревожность, склонность к обсессии-компульсии, враждебности, паранояльные тенденции. **Заключение (Выводы).** Выполненные в полном объеме лечебно-реабилитационные мероприятия продемонстрировали высокую эффективность в снижении выраженности болевого синдрома, нормализации психоэмоционального состояния, гармонизации сексуальной сферы, улучшения качества жизни женщин, что доказывается результатами катамнестических данных.

**Ключевые слова:** генитальный эндометриоз, болевой синдром, психосексуальное развитие, сексуальные дисфункции, семейно-сексуальные дисгармонии, психоэмоциональные нарушения

**doi:** 10.29234/2308-9113-2025-13-4-90-105

**Для цитирования:** Жигалова Е. В., Федорова А. И. Актуальные вопросы лечения и профилактики психоэмоциональных нарушений и сексуальных дисфункций у женщин с болевым синдромом при генитальном эндометриозе. *Медицина* 2025; 13(4): 90-105

## Введение

Согласно глобальным статистическим данным, генитальный эндометриоз диагностируется у 176 миллионов женщин по всему миру, включая 3,3 миллиона случаев, зарегистрированных в Российской Федерации, при этом наблюдается отчетливая тенденция к увеличению распространенности этой патологии среди пациенток, находящихся в репродуктивном периоде [4,14]. Многочисленные литературные источники указывают на неблагоприятное воздействие болевого синдрома, обусловленного генитальным эндометриозом, на психоэмоциональное состояние, сексуальную активность и социальную адаптацию пациенток, что негативно сказывается на качестве жизни женщин и подчеркивает важность своевременного терапевтического вмешательства и профилактики для женщин, страдающих болевой формой генитального эндометриоза [3,7,8,14].

Лечение и профилактика болевого синдрома при генитальном эндометриозе представляет собой сложную медико-социальную проблему, обусловленную неполным пониманием патогенетических механизмов, лежащих в основе его формирования. В последние годы подходы к лечению генитального эндометриоза претерпели существенные изменения. Доминирующие в недавнем прошлом установки на безотлагательное и радикальное хирургическое лечение и обязательное гистологическое подтверждение диагноза в настоящее время утратили свою безальтернативность.

В соответствии с согласованной позицией экспертов Российского общества акушеров-гинекологов (РОАГ) в 2023 году разработаны алгоритмы ведения пациенток репродуктивного возраста с жалобами на тазовую боль, дисменорею и диспареунию при генитальном эндометриозе, основанные на хирургических методах и медикаментозной терапии. Основным видом медикаментозного лечения, согласно рекомендациям РОАГ, является гормональная терапия [2]. Медикаментозное лечение эндометриоза принципиально разделяют на относительно короткие послеоперационные курсы, повышающие эффективность хирургического лечения, и пролонгированную терапию, обеспечивающую приемлемое качество жизни в долгосрочной перспективе [2,11]. Однако часто данное лечение не обеспечивает купирование хронического болевого синдрома при ГЭ, а выраженность, субъективное восприятие боли женщинами может не зависеть от распространенности процесса и получаемого лечения.

Исследования подтверждают, что часто в клинической практике не удается объяснить выраженность и характер болевого синдрома наличием соматического заболевания, а ориентированная на соматические заболевания терапия недостаточно эффективна [7,8]. В научной литературе есть данные, что 20% всех лапароскопий проводятся для выяснения причин БС, но почти у 61% пациенток не удается обнаружить структурных изменений, объясняющих существование боли [13].

Причина данного феномена связана с многофакторной этиологией, так как патогенетически хронический болевой синдром формируется, в том числе, с включением нейропатического компонента и центральной сенситизации. Хронический БС при ГЭ характеризуется разнообразием клинических форм, высокой коморбидностью с другими хроническими болевыми синдромами, разной степенью включенности психоэмоциональных и психосексуальных факторов, высокой терапевтической резистентностью. Требуют внимания и сексуальные дисфункции, семейно-сексуальные дисгармонии, сопровождающиеся выраженным дистрессом, усугубляющим БС. Известно, что почти 50% женщин, обращающихся за медицинской помощью по поводу БС при ГЭ, имеют коморбидные психические и сексуальные расстройства, а около 30% имеют положительные результаты скрининга на посттравматическое стрессовое расстройство [10,12].

Многофакторность возникновения болевого синдрома при ГЭ диктует необходимость применения комбинированных схем лечения, направленных на купирование различных механизмов формирования БС [1,5,6]. Комплексная стратегия терапии, учитывающая влияние психосексуальных, психоэмоциональных факторов, личностных характеристик позволяет купировать или минимизировать хронический БС при ГЭ и, в свою очередь, снизить его негативное влияние на психическое, сексуальное здоровье пациенток, семейно-супружескую гармонию и социальную адаптацию.

В соответствии с Клиническими рекомендациями Министерства здравоохранения Российской Федерации по лечению и реабилитации женщин с эндометриозом при наличии жалоб на изменения психоэмоционального фона и сексуальные нарушения рекомендовано направлять пациенток на консультацию к соответствующим специалистам для оценки их психоэмоционального состояния, в том числе на консультацию к врачу-сексологу, медицинскому психологу [9]. Однако, в настоящее время в медицинской практике в лечении и профилактике БС при ГЭ отсутствует алгоритм учета важных психоэмоциональных и психосексуальных предикторов. Все это определяет необходимость расширения индивидуализированного междисциплинарного терапевтического подхода к ведению больных эндометриозом в соответствии с биопсихосоциальной моделью, интегрирующей представления о соматических симптомах с результатами последних исследований в области психиатрии и сексологии. Он включает, в том числе, обязательное выявление возможных нейропатических и центральных механизмов тазовой боли, психоэмоциональных нарушений, специфических личностных характеристик, сексуальных дисфункций и семейно-супружеских дисгармоний. При их выявлении женщинам с БС при ГЭ необходима индивидуализированная комплексная помощь, включающая психофармакотерапию, психотерапию, сексуальную и семейно-супружескую терапию и ряд других методов. Данный подход в ряде случаев помогает предотвратить повторные хирургические вмешательства и их осложнения, в том числе учитывая склонность с БС при ГЭ к соматизации и фиксации на болевых ощущениях.

## Цель исследования

Цель исследования: усовершенствовать компоненты (стратегию) комплексного подхода к обследованию, профилактике и терапии болевого синдрома при психоэмоциональных нарушениях и сексуальных дисфункциях у пациенток с генитальным эндометриозом.

## Задачи исследования

1. Выявить потенциальные предикторы развития и хронизации БС при ГЭ.
2. Разработать комплексный интегративный алгоритм диагностических, лечебных и профилактических психотерапевтических мероприятий для пациенток с болевым синдромом при ГЭ.

## Материалы и методы исследования

В исследование включены 400 пациенток репродуктивного периода в возрасте от 18 до 45 лет. Сформированы три группы: I группа (149 пациенток с верифицированным диагнозом ГЭ и БС), II группа (151 пациентка с ГЭ без БС) и III контрольная группа (100 пациенток без ГЭ и без БС). Критерии включения в исследование: женщины с подтвержденным диагнозом «генитальный эндометриоз». Критерии исключения: ранняя менопауза, острые и хронические инфекционно-воспалительные заболевания органов малого таза, психозы и органические заболевания головного мозга, тяжелая экстрагенитальная соматическая патология, онкологические заболевания.

Тип исследования: ретроспективное описательное аналитическое исследование «случай-контроль» выборочное по охвату исследуемых. Исследование опиралось на эпидемиологический, клинико-anamnestический, клинический, клинико-психопатологический, клинико-сексологический, психометрический и статистический методы исследования. Диагностика психосексуальных факторов проводилась с использованием: полуструктурированного интервью для оценки психосексуального развития, Шкалы катастрофизации боли (PCS), опросника SCL-90-R, Торонтской алекситимической шкалы (TAS), теста-опросника А. Бека (BDI), шкалы реактивной и личностной тревожности Спилбергера – Ханина, опросника «Индекс женской сексуальной функции» (FSFI).

Статистические количественные признаки описаны как среднее (Mean)  $\pm$  стандартное отклонение (SD) (для нормально распределенных признаков) либо медиана и межквартильный размах (IQR). Для анализа количественных признаков использовался

ранговый критерий МаннаУитни. Качественные переменные описывались как абсолютные значения (n) и проценты (%). Для анализа качественных признаков использовался критерий Хи2 Пирсона, либо Точный критерий Фишера (при несоблюдении соответствующих допущений). Для всех тестов использовался уровень значимости  $\alpha = 0.05$ . Все вычисления проводились в языковой среде R версии 4.4.2 (Вена, Австрия).

Для прогнозирования факторов, влияющих на формирование болевого синдрома и его хронизацию, были построены модели бинарной логистической регрессии с использованием пакета tidymodels в R (Вена, Австрия), в которые включались клинически значимые предикторы. Оценка мультиколлинеарности выполнена через анализ факторов инфляции дисперсии (VIF), значения которых не превышали порогового уровня 2.0. Калибровка модели проверялась критерием Хосмера-Лемешова. Статистическая значимость предикторов оценивалась при уровне  $\alpha=0.05$ .

## Результаты исследования и обсуждение результатов

Средний возраст пациенток составил по результатам исследования от 25 до 36 лет. Средний возраст женщин I группы составил  $32.6 \pm 5.4$  года, II группы -  $31.6 \pm 4.3$  года, III группы -  $29 \pm 7$  лет. Оценка репродуктивной функции 400 пациенток, включенных в исследование, показала следующие результаты. Женщины выделенных групп по показателям менструальной функции разделились следующим образом. Регулярные месячные в I группе составили 93 (62%), во II группе - 28 (80%)  $p=0.14$ , в III группе - 75 (90%)  $p=0.049$ . Скудные месячные в I группе составили 145 (97%), во II группе - 142 (94%)  $p=0.2$ , в III группе - 45 (45%)  $p<0.001$ . Болезненные месячные в I группе составили 119 (80%), во II группе - 9 (69%)  $p=0.5$ , в III группе - 4 (4%)  $p=0.5$ .

Беременностей ( $p<0.001$ ): одна беременность в I группе составили 13 (8.7%), во II группе - 45 (30%), в III группе - 41 (41%); две беременности в I группе составили 10 (6.7%), во II группе - 11 (7.3%), в III группе - 15 (15%); три беременности в I группе составили 5 (3.4%), во II группе - 0 (0%), в III группе - 5 (5.0%); четыре беременности в I группе составили 2 (1.3%), во II группе - 0 (0%), в III группе - 7 (7.0%). 119 (80%) пациенток с БС при ГЭ не имели беременностей.

Роды ( $p<0.001$ ): одни роды в I группе составили 17 (11%), во II группе - 47 (31%), в III группе - 53 (53%); двое родов в I группе составили 5 (3.4%), во II группе - 2 (1.3%), в III группе - 12 (12%); трое родов в I группе составили 4 (2.7%), во II группе - 0 (0%), в III группе - 3 (3.0%). 123 (83%) пациенток с БС при ГЭ не имели родов.

При оценке репродуктивной функции было выявлено, что бесплодие диагностировано у 106 (71%) пациенток в группах с болевым течением ГЭ, в 142 (94%) случаев в группе с ГЭ без БС, в 94 (94%) случаев в контрольной группе. Причем, первичное бесплодие было диагностировано в группе с БС у 30 (20%) 30 (20%) больных, во II группе - в 4 (2.6%) случаев,

в контрольной группе – 0 (0%); вторичное бесплодие – в I группе было отмечено у 13 (8.7%) женщин, тогда как во II группе – у 4 (2.6%), в III группе – 6 (6.0%) больных,  $p < 0.001$ . Таким образом, отсутствие реализации репродуктивной функции тесно связано с БС при ГЭ.

Тяжесть болевого синдрома рассчитывалась у пациенток с болевой формой ГЭ (I группа). Для оценки субъективного восприятия интенсивности хронической боли пациентками в группе с болевым синдромом при генитальном эндометриозе в исследовании использовалась визуальная аналоговая шкала боли (ВАШ) (A Visual Analogue Scale, VAS). Из 149 участниц I группы, в результате исследования 15 (9,93%) пациенток охарактеризовали боль как слабую (значения 1-3), 65 (43,05%) как умеренную/сильную (значения 4-6), 55 (36,42%) как очень сильную (значения 7-9), 16 (10,6%) как нестерпимую (значения 10 и более). Глубокая диспареуния наблюдалась у 84 (56%) пациенток I группы,  $p < 0.001$ . Поверхностная диспареуния – у 43 (29%),  $p < 0.001$ . Вульводиния – у 18 (12%) пациенток I группы,  $p < 0.001$ .

Для оценки особенностей эмоциональной (аффективной окраски) болевого синдрома в этой же группе использовался болевой опросник Университета McGill (McGill Pain Questionnaire, MPQ). Из 149 участниц группы 6 (3,97%) пациенток характеризуют боль как слабую, 52 (34,4%) как умеренную, 11 (7,28%) как стрессовую, 43 (28,48%) как сильную, 8 (5,3%) как сильнейшую, 6 (3,97%) как ужасную, 11 (7,28%) как невыносимую, 14 (9,27%) как мучительную.

Полученные данные свидетельствуют об интенсивной аффективной окраске болевого синдрома, драматизации и склонности к катастрофизации болевых ощущений, а также ипохондрическим тенденциям в группе с БС при ГЭ.

Исследование нарушений психосексуального развития пациенток осуществлялось с помощью клинико-сексологического метода и полуструктурированного интервью. Многофакторный анализ показал, что шансы развития болевого синдрома при ГЭ выше при наличии следующих основных предикторов, ( $p < 0.001$ ): неполная родительская семья, ОШ 6,78 (95% ДИ 3,67-13,3); поздний возраст начала половой жизни, ОШ 1,25 (95% ДИ 1,14-1,38); отношение к мужчинам (отрицательное), ОШ 14,3 (95% ДИ 4,03-91,5); отсутствие альтернативных способов полового акта, ОШ 16,5 (95% ДИ 9,41-30,2); отсутствие адекватного сексуального сценария, ОШ 0,07 (95% ДИ 0,04-0,12).

Для оценки сексуальной функции женщин использовались клинический метод, структурированное клиническо-сексологическое интервью и валидированная русифицированная версия опросника «Индекс женской сексуальной функции» (ИЖСФ) («Female Sexual Function Index» – FSFI). На основании многофакторного анализа к предикторам болевого синдрома при ГЭ относятся: партнерская оргазмическая дисфункция ОШ 12,7 (95% ДИ 7,80-21,1), ( $p < 0.001$ ); сексуальный дистресс ОШ 1,01 (95% ДИ 1,00-1,03), ( $p = 0,12$ ).

Семейно-сексуальные дисгармонии исследовались клинико-сексологическим, анамнестическим метод. Многомерный анализ показал, что шансы развития болевого синдрома при ГЭ выше при наличии следующих предикторов, ( $p < 0.001$ ): регулярность половой активности (несколько раз в месяц), ОШ 0,13 (95% ДИ 0,06-0,27); регулярность половой активности (1-2 раза в неделю и чаще), ОШ 0,07 (95% ДИ 0,03-0,16); адекватность половой активности (неадекватно), ОШ 83,1 (95% ДИ 43,2-170); отношение к партнеру (амбивалентное), ОШ 13,6 (95% ДИ 5,48-41,4); отношение к партнеру (отрицательное), ОШ 24,3 (95% ДИ 4,54-451) ( $p = 0.003$ ); взаимоотношения в паре (неудовлетворительные), ОШ 10,0 (95% ДИ 5,34-19,6); взаимоотношения в паре (конфликтные), ОШ 6,20 (95% ДИ 3,14-12,6); взаимоотношения в паре (отстраненные), ОШ 18,1 (95% ДИ 6,51-64,5); функция партнера удовлетворительная (наличие сексуальной дисгармонии), ОШ 7,63 (95% ДИ 4,82-12,3), сексуальный дистресс, ОШ 1,01 (95% ДИ 1,00-1,03), репродуктивная функция реализована, ОШ 0,23 (95% ДИ 0,14-0,37). Наличие сексуальной дисфункции у партнера (например, преждевременная эякуляция или эректильная дисфункция) может усугублять семейно-супружескую дисгармонию. В этом случае иногда возможна стигматизация партнерши как носительницы симптома сексуальной дисфункции с целью психологической маскировки.

В рамках исследования проведена оценка психоэмоциональных факторов риска развития болевого синдрома и личностных характеристик у пациенток в трех группах. Для выявления ведущих психопатологических синдромов и для оценки психического статуса пациентов использовалась русскоязычная валидация опросника SCL-90-R (Н.В. Тарабрина). Для изучения такой личностной характеристики, как алекситимия, применялась Торонтская алекситимическая шкала (Toronto Alexithymia Scale, TAS). Для скрининга депрессии и оценки степени её выраженности использовался тест-опросник депрессии А. Бека (Beck Depression Inventory – BDI). Для определения выраженности тревожности в структуре личности использовалась Шкала реактивной и личностной тревожности Спилбергера – Ханина.

Многофакторный анализ показал, что шансы развития болевого синдрома при ГЭ выше при наличии следующих предикторов, ( $< 0.001$ ): тревожно-депрессивный синдром, ОШ 1,12 (95% ДИ 1,08-1,17); склонность к соматизации ОШ 3,46 (95% ДИ 1,94-6,67); паранойяльные тенденции ОШ 3,94 (95% ДИ 2,15-7,81); общий дистресс ОШ 10,1 (95% ДИ 4,18-27,3); алекситимия ОШ 1,09 (95% ДИ 1,07-1,12); личностная тревожность ОШ 1,14 (95% ДИ 1,11-1,18); ситуативная тревожность ОШ 1,08 (95% ДИ 1,05-1,11); склонность к катастрофизации ОШ 1,09 (95% ДИ 1,07-1,12).

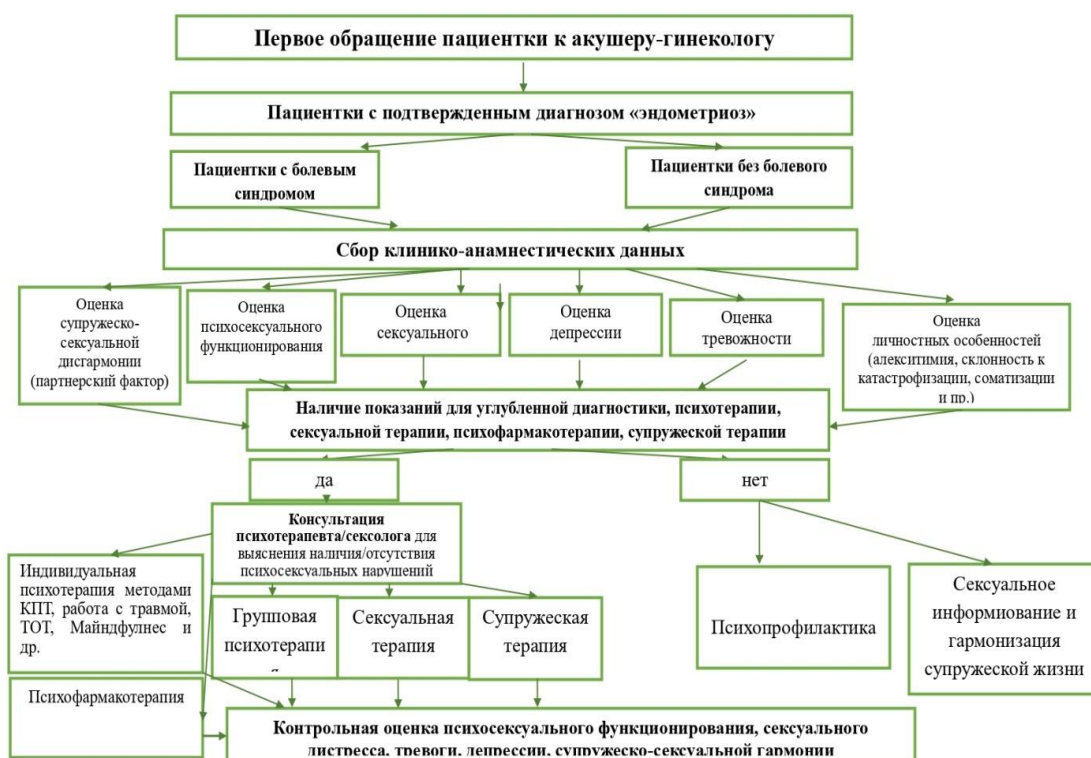
Сравнительная клиническая оценка психоэмоциональных, а также личностных особенностей пациенток с болевой и безболевогой формой ГЭ, проведенная в исследовании, выявила предиктивное влияние на развитие и хронизацию болевого синдрома нарушений психоэмоционального состояния, тревожно-астенических, тревожно-депрессивных и тревожно-ипохондрических синдромов в рамках невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройств, а также таких личностных характеристик, как алекситимия,

склонность к катастрофизации, соматизации высокая личностная и ситуативная тревожность, склонность к обсессии-компульсии, враждебности, паранояльные тенденции.

Полученные результаты свидетельствуют о статистической значимости влияния психосексуальных факторов, в том числе психоэмоциональных нарушений, личностных характеристик, семейно-супружеских дисгармоний на развитие и хронизацию болевого синдрома при генитальном эндометриозе.

На основании полученных результатов исследования разработан, апробирован и внедрен в клиническую практику алгоритм углубленного интегративного обследования пациенток с генитальным эндометриозом, позволяющий выделить факторы, влияющие на развитие и хронизацию болевого синдрома. Разработаны комплексные терапевтические и организационные мероприятия по оптимизации курации болевого синдрома при генитальном эндометриозе, включающие доступные и унифицированные психотерапевтические и сексологические методы для пациенток с психоэмоциональными нарушениями и сексуальными дисфункциями, обеспечивающие предотвращение болевого синдрома и снижение его тяжести, а также повышение качества жизни женщин (Рисунок 1).

*Рисунок 1. Интегративный алгоритм диагностики и лечебно-профилактических мероприятий при ГЭ.*



Алгоритм диагностики, лечения и профилактики БС при ГЭ разработан с позиций биопсихосоциального подхода и междисциплинарного взаимодействия ряда

специалистов: акушера-гинеколога, психотерапевта, сексолога с возможным привлечением других специалистов.

Диагностические мероприятия у женщин с БС при ГЭ осуществляются поэтапно. На первом этапе акушер-гинеколог в процессе верификации генитального эндометриоза оценивает присутствие, характер и выраженность болевого синдрома. В процессе сбора клинико-anamnestических данных самостоятельно или с привлечением психотерапевта, сексолога выявляет: присутствие супружеско-сексуальной дисгармонии (партнерский фактор), особенности психосексуального функционирования, сексуального дистресса, депрессии, тревожности, личностных особенностей (алекситимия, склонность к катастрофизации, соматизации и пр.). в том числе психометрическим методом.

При наличии показаний для углубленной диагностики, психотерапии, сексуальной терапии, психофармакотерапии, супружеской терапии на втором этапе пациентки направляются к психотерапевту/сексологу. Психотерапевт/сексолог после постановки диагноза осуществляет подбор индивидуальной стратегии терапии в зависимости от выявленных нарушений, которая может включать психофармакотерапию; индивидуальную или групповую психотерапию: когнитивно-поведенческую терапию, терапию, основанную на майндфулнесе (осознанности), семейно-супружескую терапию, техники работы с психологической травмой, телесно-ориентированную терапию; сексуальную терапию.

На третьем этапе проводится контрольная оценка БС, психоэмоционального состояния, сексуального функционирования, тревоги, депрессии, супружеско-сексуальной гармонии с целью оценки эффективности лечения. В группе больных с генитальным эндометриозом, не имеющих таких показаний, проводятся психопрофилактические мероприятия, сексуальное информирование и гармонизация супружеской жизни с целью профилактики БС.

Высокая частота аффективных расстройств у женщин с ХТБ и СД (в первую очередь диспареунией) определяет широкое использование психофармакотерапии. Выбор препарата определяется синдромологической структурой расстройства. Используют антидепрессанты, нормотимики. Эффективность показали трициклические антидепрессанты (амитриптилин) и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина, воздействующие не только на депрессивную симптоматику, но также эффективно поддерживающие антиноцицептивную систему (дулоксетин, милнаципран, венлафаксин). Для воздействия на нейропластический компонент боли также широко используют противосудорожные препараты с анальгезирующим и анксиолитическим действием (прегабалин, габапентин). При наличии тревожных и соматизированных расстройств назначают транквилизаторы бензодиазепинового ряда. Выбор конкретной схемы лечения зависит от потребностей пациентки, выраженности симптомов и реакции на лечение.

Индивидуальная и групповая психотерапия проводится методами когнитивно-поведенческой терапии (КПТ), телесно-ориентированной терапии (ТОТ), Майндфулнес, техники работы с психической травмой.

Когнитивно-поведенческая терапия у пациенток с БС при ГЭ направлена на выявление и модификацию автоматических негативных убеждений (например, катастрофизации, сверхобобщения), дисфункциональных иррациональных мыслей (когниций) и ожиданий и замену их на функциональные и реалистичные. Проводится коррекция дезадаптивных действий (поведенческих паттернов) через техники переобучения, исследование и изменение мыслей по поводу болевых ощущений. В ходе КПТ происходит распознавание иррациональных установок (схем) → их замена рациональными альтернативами. Например, трансформация мысли "Эта боль уничтожит мою жизнь" в "Я справлялся с болью раньше и могу контролировать симптомы". КПТ позволяет снизить масштаб переживаний и связанную с ними тревогу, создать оптимистичную перспективу разрешения проблемы и тем самым снизить интенсивность БС. Особенно важной является КПТ в работе с катастрофическим мышлением, характерным для женщин с ХТБ при ГЭ. КПТ помогает пациенткам с ГЭ справиться с болью и улучшить психоэмоциональное состояние. Важным аспектом терапии является работа с хроническим стрессом, конфликтами, сексуальными дисфункциями и семейно-супружескими дисгармониями, в которых часто играют роль нереалистичные ожидания от сексуального взаимодействия, от себя и от партнера, деструктивные установки, связанные, в том числе с нарушениями психосексуального развития. Доказательные исследования подтвердили большее положительное влияние КПТ на боль в сравнении с другими психотерапевтическими методами. В ходе КПТ при ГЭ происходит усиление контроля префронтальной коры над эмоциональными реакциями, снижение гиперактивности миндалевидного тела и передней поясной коры (АСС) головного мозга, что способствует нормализации обработки болевых импульсов. КПТ может быть рекомендована как в индивидуальном, так и групповом формате, что особенно важно в соматической клинике.

В группе пациенток с БС при ГЭ демонстрирует эффективность терапия, основанная на майндфулнесе (МБТ), которая также эффективна для лечения сопутствующих сексуальных дисфункций, в том числе генитальных сексуальных болевых синдромов (диспареуния, вульводиния, вагинизм). В применении МБТ для лечения СД была отмечена обратная связь между развитием осознанности и СД. Осознанность используется для развития способности ощущать свое тело в настоящем без суждений и для повышения интероцептивного осознания, что может привести к улучшению внимания к сексуальным стимулам за счет снижения барьеров для сексуального функционирования (нарушения внимания к телесным ощущениям, самооценка, симптомы депрессии и тревоги). Исследование показало, что МБТ может увеличить желание, возбуждение, удовлетворенность и оргазм у женщин с СД и болями. В процессе использования терапии, основанной на осознанности, пациентки с БС при ГЭ научаются лучшей саморегуляции и деавтоматизации реакций. Ключевые механизмы включают усиление регуляции внимания через активацию префронтальной коры и передней поясной коры (АСС), снижение

активности миндалевидного тела (амигдалы), отвечающего за эмоциональные реакции, и увеличение плотности серого вещества в островковой коре, связанной с телесным осознанием, что также позволяет эффективно снизить общий уровень дистресса и уменьшить субъективное восприятие боли за счет активации собственной противоболевой (антиноцицептивной) системы головного мозга. Среди техник используются: «бодискан» или техника сканирования тела, практики безоценочности, принятия, доверия к опыту, «ум новичка» (отказ от шаблонных интерпретаций) и другие.

Телесно-ориентированная терапия (ТОТ) у пациенток с БС при ГЭ через погружение в работу с различными сегментами тела позволяет почувствовать ценность телесного опыта в эмоциональном отреагировании, рефлексии и формировании субъективности. Позволяет выстроить дополнительные адаптивные стратегии для разрешения конфликтов в партнерском взаимодействии, задействуя телесный канал, таким образом способствуя терапии сексуальных дисфункций и семейно-сексуальных дисгармоний. В ходе ТОТ пациентки формируют способность связывать внешнюю экспрессию с внутренними потребностями; готовность действовать для удовлетворения основных жизненных потребностей и возможность отличать их от "вторичных пристрастий"; способность к контакту с людьми без идеализации и проекций (или других психологических защит, искажающих взаимодействие); способность по собственному выбору удерживать, либо выражать свои чувства, когда этого требует или позволяет ситуация; свободу от тревоги, когда нет опасности; способность действовать, когда опасность есть.

При наличии в анамнезе психической травмы, связанной с психологическим, физическим, сексуальным насилием в прошлом в терапию необходимо включать диссоциативные психотерапевтические техники, позволяющие провести психическую диссоциацию с травматическими событиями в памяти пациенток с БС при ГЭ, убрать эмоциональную фиксацию на травматических событиях и связанное с этим психическое напряжение, страх и чувство вины, препятствующие психоэмоциональному балансу и самореализации, в том числе реализации сексуальной функции.

Также эффективны методы ДПДГ/ EMDR (десенсибилизация и переработка движением глаз), в ходе которых проводится десенсибилизация и переработка движением глаз и билатеральной стимуляции дисфункционально хранящихся в памяти воспоминаний, адаптивной переработки информации (АПИ). Переработка травматических воспоминаний и их интеграция в более крупные адаптивные сети воспоминаний позволяет трансформировать их и восстановить психическое функционирование.

Женщины с ХТБ при ГЭ часто имеют различные нарушения психосексуального развития (ПСР), опыт сексуального и физического насилия. Эти проблемы требуют глубокой психотерапевтической работы. При СД и нарушениях ПСР эффективна сексуальная терапия по специализированным программам для конкретных СД. Важным является разъяснение женщинам анальгезирующего влияния сексуального возбуждения, ведь боль и удовольствие конкурируют на опиоидных рецепторах. В процессе секстерапии активно

используются безболезненные сексуальные контакты без вагинального проникновения, создающие доверие в партнерских взаимоотношениях и формирующие позитивные ожидания (а с ними, как известно, ассоциируется снижение боли). Женщин предупреждают о возможности проведения полового акта с вагинальным проникновением только при высокой степени возбуждения.

Сексуальная терапия помогает установлению теплого телесного контакта с собственным телом, с партнером, дает возможность испытать удовольствие, сформировать оптимальный сценарий сексуального взаимодействия. Секстерапевтические упражнения «чувственного фокусирования» и «необязывающего коитуса» дают опыт постепенного набора чувственного опыта в паре в безопасной атмосфере доверия, выбора предпочитаемых воздействий, выбора движений, дающих приятные ощущения вместо боли при половом акте. Секстерапевтические техники способствуют улучшению сексуальной коммуникации в паре, укреплению взаимоотношений и семейно-супружеской гармонии, что позволяет дополнительно стабилизировать психоэмоциональное состояние пациенток с ГЭ и разорвать «порочный круг» хронического болевого синдрома и сексуальной дистресса.

Сексуальная терапия опосредованно влияет на деструктивные установки, связанные с нарушениями ПСР, нередко являющиеся причиной противоречивого личностного смысла диспареунии.

Важную роль в терапии ХТБ при ГЭ и сопутствующих ему СД играет сексуальное консультирование пар. Оно направлено на обсуждение техники полового акта, важности качественно проведенного, неформального периода предварительных ласк, о сексуальности вообще, различий между женской и мужской сексуальностью, диапазона сексуальной приемлемости, выбор наиболее оптимальных и безболезненных способов сексуального взаимодействия, в первую очередь более широкого использования некоитальной сексуальной активности как временного или преобладающего варианта. Обсуждение боли с партнером может помочь женщине уменьшить ее интенсивность за счет укрепления интимности, эмоциональной поддержки, адаптации сексуальных действий в соответствии с болями, в том числе выходя за рамки проникающего полового акта. Сексуальное консультирование позволяет восстановить или создать сексуальную гармонию в паре, снизить уровень сексуального стресса, а нередко и существенно снизить проявления ХТБ.

Семейно-супружеское консультирование у пациенток с БС при ГЭ направлено на выяснение семейных, супружеских дисфункций, взаимодействие семейных подсистем, нарушенных границ, коррекцию рассогласованных ожиданий в отношении ролевого взаимодействия, эмоционального отчуждения или гиперконтроля. Обучение совладанию с кризисами, которые в неразрешенном «непройденном» виде способствуют накоплению напряжения. Гармонизация семейно-супружеской коммуникации и взаимодействия способствует

разрешению накопленных обид, имеющих деструктивное влияние на сексуальность и сексуальное взаимодействие.

Профилактика психоэмоциональных нарушений связана с управлением стрессом в повседневной жизни. Женщинам рекомендуется включать в свой распорядок дня техники релаксации, физические упражнения и методы управления временем, чтобы снизить уровень стресса и предотвратить его негативное влияние на здоровье. Поддержка психоэмоционального здоровья играет ключевую роль в профилактике БС при ГЭ. Женщинам важно поддерживать баланс между работой и отдыхом. Перегрузка на работе и недостаток времени для восстановления могут способствовать развитию психосоматических расстройств. Рекомендуется выделять время для отдыха, хобби и общения с близкими людьми.

Групповые формы психотерапии помогают пациенткам с БС при ГЭ преодолеть социальную изоляцию, катастрофическое представление о своем состоянии как об уникальном, получить эмоциональную поддержку от других участников группы, укрепить эмоциональный баланс и улучшить качество жизни.

## Заключение (Выводы)

Комплексный биопсихосоциальный подход к пациенткам с генитальным эндометриозом позволил выделить у них психоэмоциональные и психосексуальные факторы риска развития и хронизации болевого синдрома. Многофакторность причин возникновения и усугубления БС при ГЭ требует комплексного мультидисциплинарного подхода к лечению и профилактике с привлечением врачей разных специальностей (акушера-гинеколога, сексолога, психотерапевта, психиатра, невропатолога). Терапия БС при ГЭ должна быть комплексной и индивидуализированной, учитывающей все патогенетические звенья формирования нарушений. Выполненные в полном объеме лечебно-профилактические мероприятия демонстрируют высокую эффективность в купировании или минимизации выраженности БС при ГЭ, нормализации психоэмоционального состояния, гармонизации сексуальной сферы, улучшения качества жизни женщин.

## Список литературы

1. Адамян Л. В., Шаров М. Н., Мурватов К. Д. [и др.]. Возможности повышения эффективности комплексной терапии эндометриоза и хронической тазовой боли у пациенток репродуктивного возраста. *Проблемы репродукции* 2023; 29 (3): 91-97, doi: 10.17116/repro20232903191 33
2. Адамян Л. В., Сухих Г.Т., Серов В.Н. [и др.] Алгоритмы ведения пациенток с эндометриозом: согласованная позиция экспертов Российского общества акушеров-гинекологов. *Акушерство и гинекология* 2023; (5): 159-176, doi: 10.18565/aig.2023.132

3. Бегович Е., Солопова А.Г., Хлопкова С.В. [и др.]. Качество жизни и особенности психоэмоционального статуса больных наружным генитальным эндометриозом. *Акушерство, Гинекология и Репродукция* 2022; 16 (2): 122–33, doi: 10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2022.283
4. Жигалова Е.В., Федорова А.И., Асланов Б.И. Эпидемиологические аспекты синдрома хронической тазовой боли при генитальном эндометриозе (обзор литературы). *Сибирский научный медицинский журнал* 2024; 44(3): 6-15, doi: 10.18699/SSMJ20240301
5. Подзолкова Н. М., Фадеев И. Е., Глазкова О. Л. [и др.] Эффективность комбинированного лечения пациенток с глубоким инфильтративным эндометриозом. *Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии* 2022; 21 (5): 105-112, doi: 10.20953/1726-1678-2022-5-105-112
6. Сибирская Е. В., Никифорова П.О. Хроническая тазовая боль: психоневрологический взгляд на гинекологическую проблему. *Эффективная фармакотерапия* 2023; 19 (37): 36-39, doi: 10.33978/2307-3586-2023-19-37-36-39 43
7. Федорова А.И. Психотерапия сексуальных нарушений. Психотерапия. Национальное руководство. Под ред. А. В. Васильевой, Т. А. Караваевой, Н. Г. Незнанова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2023. С. 909-928. doi: 10.33029/9704-7567-6-PSY-2023-1-992
8. Федорова А.И., Жигалова Е.В. Психоэмоциональное состояние и сексуальная функция женщин с хронической тазовой болью при генитальном эндометриозе. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова* 2024; 124(10): 5-15, doi: 10.17116/jnevro20241241015
9. Эндометриоз: Клинические рекомендации. Министерство здравоохранения Российской Федерации, Российское общество акушеров-гинекологов. Рубрикатор клинических рекомендаций МЗ РФ. Москва, 2024. 62 с. [Электронный ресурс]. *Режим доступа:* [https://roag-portal.ru/recommendations\\_gynecology](https://roag-portal.ru/recommendations_gynecology) (дата обращения: 22.06.2025).
10. Dior U.P., Reddington C., Cheng C., Levin G., Healey M. Sexual Function of Women With Deep Endometriosis Before and After Surgery: A Prospective Study. *J Sex Med.* 2022 Feb;19(2):280-289, doi: 10.1016/j.jsxm.2021.11.009
11. Endometriosis and Chronic Pelvic Pain Training Center of Shandong Medical Doctor Association. WANG Guoyun, WANG Kai, YUAN Ming, CHEN Zijiang. Multidimensional management system for endometriosis (The Program for Shandong Province). *Journal of Shandong University (Health Sciences)*. 2021; 59(10): 1-17.
12. Li R., Li B., Kreher D.A., Benjamin A.R., Gubbels A., Smith S.M. Association between dysmenorrhea and chronic pain: A systematic review and meta-analysis of population-based studies. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2020;223(3):350-371. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.03.002>
13. Perry C.P. Current Concepts of Pelvic Congestion and Chronic Pelvic Pain Article. *J. Soc. Laparoendoscopic Surgeons*. 2017; 59(2):105–110.
14. Smolarz B., Szyłto K., Romanowicz H. Endometriosis: epidemiology, classification, pathogenesis, treatment and genetics (review of literature). *Int J Mol Sci*. 2021; 22 (19): 10554. doi: 10.3390/ijms221910554

## Current issues in the treatment and prevention of psychoemotional disorders and sexual dysfunctions in women with pain syndrome associated with genital endometriosis

**Zhigalova E. V.**

*Postgraduate Student, Department of Epidemiology, Parasitology and Disinfectology; Department of Psychotherapy, Medical Psychology and Sexology<sup>1</sup>*

**Fedorova A. I.**

*Dr. of Sci. (Med.), Professor, Department of Psychotherapy, Medical Psychology and Sexology<sup>1</sup>*

*1 – Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education "North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov" of the Ministry of Health of Russia, 191015, St. Petersburg, Kirochnaya St., 41.*

**Corresponding author:** Zhigalova Elena Vladimirovna; **e-mail:** zhigalova1979@gmail.com

**Funding.** The study had no sponsorship.

**Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest.

### Abstract

**Introduction.** Pain syndrome (PS) in genital endometriosis (GE) and the associated psychoemotional disorders, sexual dysfunctions, and family-sexual disharmonies negatively affect women's quality of life. Psychoemotional disorders and sexual dysfunctions, in turn, are involved in the pathogenetic mechanisms of the formation and exacerbation of PS in GE. Currently, medical practice lacks an algorithm for the diagnosis and treatment-preventive measures for PS in GE that considers psychoemotional and psychosexual factors of its development. This necessitates the development of an interdisciplinary therapeutic approach for managing patients with PS in GE, in accordance with the biopsychosocial model integrating knowledge of somatic symptoms with the latest research in psychiatry and sexology. **Objective:** To improve the components (strategy) of a comprehensive approach to the examination, prevention, and therapy of pain syndrome in genital endometriosis, taking into account psychoemotional and psychosexual factors. **Materials and research methods.** Study type: retrospective descriptive analytical case-control study with selective coverage of subjects. The research was based on epidemiological, clinical-anamnestic, clinical, clinical-psychopathological, clinical-sexological, psychometric, and statistical methods. **Research results and discussion.** A comparative clinical assessment of the psychoemotional and personal characteristics of patients with painful and non-painful forms of GE, conducted in the study, revealed the influence on the development and chronicity of pain syndrome from impairments in psychoemotional state, anxiety-asthenic, anxiety-depressive, and anxiety-hypochondriac syndromes within neurotic, stress-related, and somatoform disorders, as well as such personal characteristics as alexithymia, a tendency towards catastrophizing, somatization, high personal and situational anxiety, a tendency to obsession-compulsion, hostility, and paranoid tendencies. **Conclusion.** The fully implemented treatment and rehabilitation measures demonstrated high effectiveness in reducing the severity of pain syndrome, normalizing psychoemotional state, harmonizing the sexual sphere, and improving the quality of life of women, as evidenced by the results of follow-up data.

**Keywords:** genital endometriosis, pain syndrome, psychosexual development, sexual dysfunctions, family-sexual disharmonies, psychoemotional disorders

### References

1. Adamyan L.V., Sharov M.N., Murvatov K.D., et al. Vozmozhnosti povysheniya effektivnosti kompleksnoi terapii endometrioza i khronicheskoi tazovoi boli u patsientok reproduktivnogo vozrasta. [Opportunities to increase the effectiveness of complex therapy for endometriosis and chronic pelvic pain in patients of reproductive age.] *Problemy reproduksii [Problems of Reproduction]* 2023;29(3):91-97, doi: 10.17116/repro20232903191. (In Russ.)
2. Adamyan L.V., Sukhikh G.T., Serov V.N., et al. Algoritmy vedeniya patsientok s endometrioziem: soglasovannaya pozitsiya ekspertov Rossiiskogo obshchestva akusherov-ginekologov. [Management algorithms for patients with endometriosis: A consensus position of experts from the Russian Society of Obstetricians and Gynecologists.] *Akusherstvo i ginekologiya [Obstetrics and Gynecology]* 2023;(5):159-176, doi: 10.18565/aig.2023.132. (In Russ.)

3. Begovich E., Solopova A.G., Khlopkova S.V., et al. Kachestvo zhizni i osobennosti psikhoemotsional'nogo statusa bol'nykh naruzhnym genital'nym endometrioziem. [Quality of life and psychoemotional status in patients with external genital endometriosis.] *Akusherstvo, Ginekologiya i Reproduktsiya [Obstetrics, Gynecology and Reproduction]* 2022;16(2):122-133, doi: 10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2022.283. (In Russ.)
4. Zhigalova E.V., Fedorova A.I., Aslanov B.I. Epidemiologicheskie aspekty sindroma khronicheskoi tazovoi boli pri genital'nom endometrioze (obzor literatury). [Epidemiological aspects of chronic pelvic pain syndrome in genital endometriosis (literature review).] *Sibirskii nauchnyi meditsinskii zhurnal [Siberian Scientific Medical Journal]* 2024;44(3):6-15, doi: 10.18699/SSMJ20240301. (In Russ.)
5. Podzolkova N.M., Fadeev I.E., Glazkova O.L., et al. Effektivnost' kombinirovannogo lecheniya patsientok s glubokim infiltrativnym endometrioziem. [The effectiveness of combined treatment of patients with deep infiltrating endometriosis.] *Voprosy ginekologii, akusherstva i perinatologii [Problems of Gynecology, Obstetrics and Perinatology]* 2022;21(5):105-112, doi: 10.20953/1726-1678-2022-5-105-112. (In Russ.)
6. Sibirskaia E.V., Nikiforova P.O. Khronicheskaya tazovaya bol': psikhonevrologicheskii vzglyad na ginekologicheskuyu problemu. [Chronic pelvic pain: A psychoneurological view on a gynecological problem.] *Effektivnaya farmakoterapiya [Effective Pharmacotherapy]* 2023;19(37):36-39, doi: 10.33978/2307-3586-2023-19-37-36-39. (In Russ.)
7. Fedorova A.I. Psikhoterapiya seksual'nykh narushenii. [Psychotherapy of sexual disorders.] In: Vasil'eva A.V., Karavaeva T.A., Neznanov N.G., editors. *Psikhoterapiya. Natsional'noe rukovodstvo. [Psychotherapy. National Guide.]* Moscow: GEOTAR-Media; 2023. p. 909-928, doi: 10.33029/9704-7567-6-PSY-2023-1-992. (In Russ.)
8. Fedorova A.I., Zhigalova E.V. Psikhoemotsional'noe sostoyanie i seksual'naya funktsiya zhenshchin s khronicheskoi tazovoi bol'yu pri genital'nom endometrioze. [Psychoemotional state and sexual function of women with chronic pelvic pain in genital endometriosis.] *Zhurnal nevrologii i psikhiiatrii im. S.S. Korsakova [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]* 2024;124(10):5-15, doi: 10.17116/jnevro20241241015. (In Russ.)
9. Ministerstvo zdravookhraneniya Rossiiskoi Federatsii, Rossiiskoe obshchestvo akusherov-ginekologov. Endometriozi: Klinicheskie rekomendatsii. [Ministry of Health of the Russian Federation, Russian Society of Obstetricians and Gynecologists. Endometriosis: Clinical guidelines.] Moscow; 2024 [cited 2025 Jun 22]. 62 p. Available from: [https://roag-portal.ru/recommendations\\_gynecology](https://roag-portal.ru/recommendations_gynecology) (In Russ.)
10. Dior U.P., Reddington C., Cheng C., Levin G., Healey M. Sexual Function of Women With Deep Endometriosis Before and After Surgery: A Prospective Study. *J Sex Med.* 2022 Feb;19(2):280-289, doi: 10.1016/j.jsxm.2021.11.009
11. Endometriosis and Chronic Pelvic Pain Training Center of Shandong Medical Doctor Association. WANG Guoyun, WANG Kai, YUAN Ming, CHEN Zijiang. Multidimensional management system for endometriosis (The Program for Shandong Province). *Journal of Shandong University (Health Sciences)*. 2021; 59(10): 1-17.
12. Li R., Li B., Kreher D.A., Benjamin A.R., Gubbels A., Smith S.M. Association between dysmenorrhea and chronic pain: A systematic review and meta-analysis of population-based studies. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*. 2020;223(3):350-371. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2020.03.002>
13. Perry C.P. Current Concepts of Pelvic Congestion and Chronic Pelvic Pain Article. *J. Soc. Laparoendoscopic Surgeons*. 2017; 59(2):105-110.
14. Smolarz B., Szyłto K., Romanowicz H. Endometriosis: epidemiology, classification, pathogenesis, treatment and genetics (review of literature). *Int J Mol Sci*. 2021; 22 (19): 10554. doi: 10.3390/ijms221910554