

Психогенные сексуальные дисфункции у мужчин и их психотерапия

Сексологически и психопатологически обследованы 75 мужчин с психогенными сексуальными дисфункциями (F52.2; F52.4). Прослежено системное взаимодействие ряда негативных психологических факторов, участвующих в формировании сексуальных дисфункций. Установлено, что клиника полового расстройства у пациентов данной группы утяжеляется в случае присоединения к собственно сексуальным дисфункциям расстройств адаптации. Все больные подвергнуты психотерапевтическому лечению. Путем сравнения его результатов в основной и контрольной группах, выявлены преимущества интегративной модели психотерапии, позволяющей в короткие сроки достигнуть у 90% пациентов наиболее качественного улучшения психического и сексуального функционирования. Ключевые слова: психогенные сексуальные дисфункции, расстройства адаптации, недостаточность генитальной реакции, преждевременная эякуляция, интегративная психотерапия.

Половые расстройства у мужчин являются значимой социальной и медико-психологической проблемой ввиду их широкой распространённости(5,10). По данным ВОЗ (1995), только нарушениями эрекции в мире страдают свыше 152 млн. мужчин. Некоторые эксперты утверждают, что это лишь верхушка айсберга, поскольку до 80% мужчин, испытывающих сексуальные затруднения, вообще не обращаются за лечением к специалистам (9). Однако можно игнорировать существующие виды сексологической помощи, но вряд ли саму проблему. Неспособность к полноценной половой жизни является, пожалуй, одной из самых сильных эмоциональных травм для любого мужчины (8). Половые расстройства в силу большой личностной значимости сексуальной сферы могут вести к различным невротическим нарушениям, депрессии с суицидальными тенденциями (7). Так, по данным суицидологической службы г. Москвы, среди лиц, обратившихся за помощью, 26 % составляют пациенты с интимно-личными и сексуальными проблемами (6).

В одних случаях, невротические нарушения и психологические проблемы являются основной причиной сексуальных дисфункций, а в других - возникают вторично, на фоне уже имеющихся расстройств половой сферы органического генеза, усугубляют их течение, препятствуя полноценному восстановлению сексуальной активности пациентов даже при эффективном лечении основной патологии (3,8). Причем сексуальные нарушения психогенной природы являются самой частой формой половых расстройств у мужчин, а в их коррекции важнейшая роль принадлежит психотерапии (3,6,7,10). Поэтому совершенствование методов психотерапевтического лечения расстройств сексуальной сферы представляет актуальную научно-практическую задачу.

Материал и методы

В Минском городском сексологическом центре (руководитель центра Д. З. Капустин) в 1997-2002 годах нами проведено клинико-психопатологическое и сексологическое обследование 75 мужчин, страдающих половыми

дисфункциями психогенного генеза. Средний возраст пациентов – $34,6 \pm 1,4$ года. Средняя длительность нарушений половой сферы - $1,1 \pm 0,3$ года. Наиболее характерные жалобы обследованных: отсутствие или ослабление эрекции при попытках начать половой акт, ускоренное семяизвержение.

Критерии включения в исследование: 1) отсутствие ведущей органической патологии половой сферы, подтверждённое при объективном исследовании; 2) выявление функционально-психогенных механизмов полового расстройства; 3) наличие супруги или постоянной партнёрши; 4) информированное согласие пациентов на участие в исследовании и их готовность подвергнуться психотерапевтическому лечению.

С целью исключения органической патологии в рамках сексологического обследования всем больным проведены: ультразвуковое исследование полового члена с фармакологической нагрузкой (2% нитромазь, наносимая на головку полового члена, либо интракавернозная инъекция 10 мкг каверджекта); визуальная и пальпаторная оценка состояния полового члена, мошонки, яичек и придатков; пальцевое исследование простаты и лабораторный анализ её секрета; определение сохранности тактильной и болевой чувствительности полового члена и генитальных рефлексов.

Наряду с определением основных характеристик половой активности мужчины с помощью стандартного опросника «Сексуальная формула мужская» (СФМ), представлялось важным изучить субъективную оценку пациентом и его партнёршей качества сексуального и межличностного взаимодействия, степени удовлетворенности интимной жизнью и уровня психологического комфорта до и после проведенной терапии. Позитивная оценка результатов сексологического лечения должна учитывать не только улучшение формальных (количественных) показателей полового акта, но и опираться на признание пациентом и его партнёршей положительных изменений в своей интимной жизни и супружеских (партнерских) отношениях. С этой целью применялась разработанная нами «Шкала удовлетворенности половой жизнью» (1), которая позволяет проранжировать ряд психологических и психофизиологических параметров, отражающих различные аспекты сексуального функционирования мужчины, его психологическое состояние и качество партнёрского взаимодействия. Исследовались следующие характеристики: 1) выраженность либидо); 2) качество эрекции; 3) продолжительность коитуса; 4) острота фрикционных ощущений; 5) яркость оргазма; 6) сексуальная активность (предприимчивость); 7) степень психологического комфорта; 8) интерперсональные отношения с партнёршей; 9) сексуальные отношения с партнёршей; 10) оценка собственных сексуальных возможностей; 11) оценка партнёршей качества половых контактов; 12) мнение партнёрши о характере взаимоотношений в целом. По каждому из пунктов проводилась динамическая оценка субъектостояния пациентов (до, во время и после завершения психотерапии), выраженная в баллах (0-неудовл.; 1-удовл.; 2-хор.; 3-отл.). Максимально возможное суммарное количество баллов – 36. Первые десять пунктов шкалы заполнялись совместно врачом и пациентом, а 11 и 12 – на основании беседы с его партнёршей или, при невозможности личной встречи, со слов мужчины.

Совместная работа по заполнению шкалы позволяет прояснить и уточнить критерии оценки того или иного параметра самим мужчиной, а также содержит элементы психотерапевтического воздействия. Она позволяет врачу расставить нужные акценты, нагляднее продемонстрировать пациенту достигнутые результаты и имеющиеся резервы для их улучшения.

Результаты и их обсуждение

У 59 пациентов по критериям МКБ-10 выявлена недостаточность генитальных реакций (F52.2), а у 16 человек – преждевременная эякуляция (F52.4). Прослежено системное взаимодействие ряда негативных факторов, участвующих в формировании сексуальных дисфункций. В их числе: повторные сексуальные срывы, первоначально обусловленные ситуационно; особенности личностного преморбида, в том числе чрезмерная субъективная значимость интимных отношений для мужчины, воспринимающего любой неуспех в сексуальной жизни, как катастрофу; проблемы интерперсонального и партнерского взаимодействия; невысокие параметры половой конституции. Среди ситуационных факторов наиболее часто выступали неблагоприятные условия для проведения полового акта в связи с невозможностью полного уединения или опасениями быть застигнутыми врасплох приходом других лиц, страх перед нежелательной беременностью партнёрши, физическая усталость и психическое переутомление, алкогольное опьянение. У этих мужчин в переживаниях, сопутствующих коитусу, преобладали болезненные воспоминания о предшествующих сексуальных неудачах, тревожные опасения по поводу своей способности удовлетворить женщину, страх перед возможной неудачей при половой близости из-за потери эрекции либо ускоренной эякуляции, тревожные переживания в связи с профессиональной деятельностью, финансовыми затруднениями. Наиболее типичными партнёрскими проблемами были: нарушения межличностной коммуникации и конфликтные отношения в паре, нарастающие негативные эмоции друг к другу и взаимное недоверие, неадекватное поведение женщины, которая открыто проявляет недовольство сексуальным партнёром либо ведет себя подчёркнуто холодно. В числе наиболее характерных личностных особенностей пациентов отмечались черты тревожной мнительности, заниженная самооценка, повышенная склонность к самоанализу, чрезмерная ответственность за успешное осуществление полового акта для поддержания собственного престижа или из-за желания максимально удовлетворить женщину, нереалистичные убеждения и установки в отношении половой жизни и собственных сексуальных возможностей. Причём у мужчин в исследуемой группе прослеживалась патогенная роль сразу нескольких из указанных факторов.

Невротическая симптоматика у 49 пациентов (65, 3%) ограничивалась сферой интимных отношений, проявляясь дезавтоматизацией генитальных реакций с ослаблением либо отсутствием эрекции при интроитусе и/или ускоренной эякуляцией, тревожным ожиданием новых неудач при коитусе и возможных упреков партнёрши в сексуальной несостоятельности, ипохондрическими идеями и снижением самооценки.

У 26 пациентов (34,7%) невротические нарушения уже не ограничивались ситуациями, связанными с сексуальным функционированием. Они были

квалифицированы как расстройства адаптации, поскольку имеющаяся у больных психопатологическая симптоматика была тесно связана с хроническим стрессовым фактором, которым являются для большинства мужчин сексуальные затруднения. Наблюдалась временная взаимосвязь между развитием на фоне половых нарушений симптомов расстройства адаптации (депрессивного настроения, тревоги, беспокойства, чувства неспособности справиться с ситуацией, снижения продуктивности в повседневных делах, склонности к драматическому поведению, вспышек агрессивности) и непосредственно предшествующих им (в сроки от 2 недель до 3 месяцев) учащением неудачных попыток коитуса и серьезных партнерских конфликтов на грани разрыва отношений, а у 5 пациентов травматических событий несексуального характера (потеря работы, отчисление из института, смерть близких родственников), причем даже у них наряду с тревожно-депрессивной симптоматикой отчетливо звучала сексологическая проблематика. Среди 26 пациентов с расстройствами адаптации у 4 отмечались кратковременные депрессивные реакции (F43.20); у 7 - пролонгированные депрессивные реакции (F43.21); у 10 - смешанные тревожные и депрессивные реакции (F43.22); у 5 - смешанные расстройства эмоций поведения (F43.25). К особенностям расстройств адаптации у исследуемых следует отнести сочетание собственно тревожной и/или депрессивной симптоматики, реже - поведенческих расстройств и навязчивых опасений сексуальной неудачи, страхов перед интимной близостью, а также ипохондрических проявлений, адресованных половой сфере. Корреляционный анализ позволил установить взаимосвязь между наличием у них нарушений адаптации и более выраженной, полиморфной сексологической симптоматикой представленной эрекционными дисфункциями ($r=0,68$), ускоренной эякуляцией ($r=0,62$), снижением либидо ($r=0,64$) и стёртыми оргастическими ощущениями ($r=0,41$) при $p<0,01$. Таким образом, возникновение у пациентов с психогенными сексуальными нарушениями расстройств адаптации усугубляет клинические половые дисфункции, что необходимо учитывать при их коррекции.

Основной акцент в лечении сексуальных расстройств психогенного генеза был сделан на психотерапевтическом воздействии. В зависимости от характера проводимой психотерапии все пациенты разделены на две группы - основную (50 человек) и контрольную (25 человек). Группы достоверно не различались по возрасту пациентов, длительности половых дисфункций и их клиническим проявлениям, имеющейся психопатологической симптоматике, характеру партнёрской ситуации ($p<0,05$). В основной группе психотерапия проводилась в интегративном ключе. Предложенный нами интегративный подход отличают активность, динамизм и краткосрочность психотерапии; технический эклектизм; сфокусированность на решении психологических проблем, стоящих за симптомами полового расстройства пациента; структурированность психотерапевтического процесса (2). Терапевтическим прагматизмом данной модели обусловлено комбинированное использование техник эриксоновского гипноза, нейролингвистического программирования (НЛП), десенсибилизации и переработки движениями глаз (ДПДГ), приёмов когнитивно-бихевиоральной, мультимодальной, семейной и супружеской терапии, а также элементов других психотерапевтических подходов. Выбор конкретных форм и методов

воздействия проводился с учётом психогенных механизмов развития сексуальных дисфункций, выявляемых у пациентов. Психотерапия была направлена на решение следующих задач: достижение пациентами приемлемого уровня психологического комфорта, восстановление удовлетворяющей их половой активности и улучшение партнёрских отношений.

Рассмотрим шесть последовательных этапов психотерапевтической работы в основной группе:

1. Создание устойчивых доброжелательных отношений с пациентом как основы терапевтического контакта. С этой целью используется подстройка (присоединение) к пациенту через уподобление ему в позе, движениях, дыхании, особенностях речи. К приемам, облегчающим терапевтический контакт, относят употребление врачом ключевых слов, которыми больной описывает свои сексуальные затруднения, эмпатическое слушание, выражение искренней заинтересованности проблемами пациента и готовности помочь в их разрешении.

2. Изложение пациентом жалоб и собственной точки зрения на существующие проблемы в половой жизни, включая его «субъективную теорию болезни». На этом этапе важно выявить личностную значимость сексуальной дисфункции и представления пациента о возможных причинах ее возникновения, уровень мотивации и готовности к психотерапевтическому лечению.

3. Анализ возможных психологических причин сексуальных нарушений с учетом анамнеза жизни и полового расстройства, личностных особенностей и психосексуального развития индивида, предшествующего сексуального опыта, характера партнерских отношений либо отсутствие таковых.

4. Определение основных психологических факторов, приводящих к возникновению у пациента сексуальных проблем, («мишеней» для психотерапевтического воздействия) и планирование курса психотерапии. Для прицельного и наиболее эффективного использования психотерапевтических техник целесообразно выделять следующие негативные психологические факторы:

1) нарушения психосексуального развития (нарушения его темпов и сроков, стереотипа полоролевого поведения и/или психосексуальных ориентаций);

2) фобические факторы, проявляющиеся в форме тревожных опасений возможной сексуальной неудачи или страха перед коитусом (считаются наиболее частой непосредственной причиной сексуальных срывов у мужчин и закрепления дисфункционального стереотипа половой близости);

3) убеждения пациента (когнитивные конструкты), связанные со способом восприятия, неадекватными попытками решения и фиксацией имеющихся сексуальных проблем;

4) интрапсихические конфликты;

5) нарушения межличностных отношений с партнером;

6) проблемы сексуального взаимодействия в паре (несоответствие сексуальных сценариев).

Указанные факторы нередко сочетаются друг с другом, поэтому необходим дифференцированный подход к выбору психотерапевтической стратегии в каждом конкретном случае. На четвертом этапе важно сформулировать у

пациента «лечебную перспективу» через разъяснение ему обратимого характера имеющихся нарушений половой функции и путей восстановления прежних сексуальных возможностей.

5. Проведение психотерапевтических интервенций. На данном этапе используются методики психотерапии наиболее подходящие для устранения конкретных психологических механизмов сексуальной дезадаптации пациента и имеющейся у него невротической симптоматики. Например, для ликвидации тревожного ожидания неудачи при коитусе наиболее широко использовались техники эриксоновского гипноза и метод ДПДГ, коррекция когнитивных ошибок и неадекватных установок проводилась с использованием техник когнитивной терапии, а проблемы в межличностном и сексуально-поведенческом взаимодействии партнеров разрешались при помощи методов супружеской терапии и сексотерапевтической практики. Очевидно, что это - основной, наиболее трудоемкий и длительный этап психотерапии. Он заканчивается, когда пациент приобретает способность переносить результаты психотерапевтических вмешательств и приобретенные навыки в реальную жизненную ситуацию, что проявляется устойчивым улучшением душевного состояния, сексуального функционирования и партнерского взаимодействия.

6. Завершение психотерапии. Сфокусированность психотерапии на сексуальной проблематике и ее краткосрочный характер предполагают проведение ограниченного количества терапевтических сессий (от 2-3 до 12) с частотой 1-2 раза в неделю. При устранении коммуникативных затруднений, восстановлении психологического равновесия и параметров сексуальной активности, удовлетворяющих пациента, основная задача психотерапии может считаться выполненной.

Рассматриваемый подход, может быть отнесен, к инструментально-технической модели интегративной психотерапии, где наряду с высокой активностью врача и структурированностью многофакторного психотерапевтического процесса особое значение придается технической стороне работы (4). Причем выбор конкретных приемов и методик воздействия определяется их терапевтическими возможностями, т. е. способностью эффективно корректировать те или иные дезадаптивные психологические механизмы, препятствующие полноценным сексуальным отношениям.

У 25 пациентов контрольной группы применялись традиционные для отечественных сексопатологов методы рациональной, поведенческой и гипносуггестивной терапии. В обеих группах сеансы психотерапии проводились с частотой 1-2 раза в неделю. Продолжительность одного сеанса от 45 до 60 минут.

С целью изучения эффективности психотерапии проведено сравнение показателей СФМ в основной и контрольной группах до и после окончания курса лечения.

Типовые профили СФМ в основной группе и контрольной группах до лечения достоверно не различались: 3,1; 1,2; 1,3/1,5; 1,4; 2,0/1,5; 1,0; 0,5/1 – 5,6/4,9/3,0/1 – 13,5

и 3,1; 1,4; 1,2/1,4; 1,5; 1,9/1,5; 1,1; 0,6/1 – 5,7/4,8/3,2/1 – 13,7 соответственно ($p > 0,05$).

В обеих группах наиболее значительно были снижены VIII и IX показатели, отражающие оценку успешности половой жизни самими обследуемыми и их партнерами.

После лечения обобщенные показатели СФМ пациентов выглядели следующим образом:

СФМ (основная группа) – 3,3; 3,1; 3,2/3,4; 3,3;3,8/3,0; 3,1;3,2/2,9 – 9,6/10,5/9,3/2,9 - 32,3

СФМ (контрольная группа) – 3,1; 2,6; 2,9/2,8; 3,0;3,4/2,8; 2,8;2,7/3 – 8,6/9,2/8,3/2,8 - 28,9.

При сравнении полученных результатов в двух группах показатели СФМ у пациентов основной группы были выше, что свидетельствует о более полном восстановлении их сексуальной активности. Причем, обращают внимание наиболее высокие показатели второй триады, отражающие объективные параметры реализации коитуса.

Ниже представлены сравнительные данные о средней продолжительности лечения, количестве терапевтических сессий и их обобщенных результатах в основной и контрольной группах (табл.1).

Таблица

1

Эффективность психотерапии в основной и контрольной группах

Группы	Средняя длительность терапии в днях (M±m)	Среднее количество сеансов (M±m)	Суммарная оценка эффективности в баллах (M±m)		Позитивные результаты терапии	
			До лечения	после лечения	абс. (n)	%
Основная n = 50	30,4±2,6	7,1±1,4	12,8±0,9	28,4±1,1	45	90
Контроль. n = 25	53,6±2,8	12,5±1,7	12,9±0,7	22,6±1,0	23	92
P	<0,01	<0,01	>0,05	<0,01	>0,05	

Проведенный анализ выявил, что для достижения положительных результатов, в основной группе потребовалось существенно меньшее число сеансов психотерапии (в среднем около семи) при значительном сокращении сроков лечения по сравнению с контрольной группой (см. табл.1). Хотя количество исследуемых в обеих группах, расценивших результаты терапии, как положительные, было сопоставимым, их оценка в баллах, отражающая качественные сдвиги в сексуальном функционировании и партнёрском взаимодействии, свидетельствовала о преимуществах интегративного подхода. Суммарный показатель удовлетворенности половой жизнью в баллах в основной группе существенно превышал таковой в контрольной: 28,4±1,1 и 22,6±1,0 соответственно (<0,01).

Отсутствие эффекта психотерапии как в основной, так и в контрольной группах, было связано с усугубляющимися партнёрскими конфликтами, которые существенно ограничивали интимные контакты в паре, а также нежеланием

продолжать дальнейшее лечение в случаях полного разрыва отношений либо при возникновении серьезных жизненных неурядиц.

Катамнестическое исследование проведено у 42 пациентов основной и 20 пациентов контрольной групп через 12 месяцев после окончания курса терапии. Устойчивые позитивные результаты терапии сохранялись у 40 мужчин из основной группы и у 14 из контрольной (соответственно 95 % и 70% от числа охваченных исследованием). В основной группе причиной новых сексуальных затруднений у двух мужчин послужили повторные неудачные попытки совершить коитус на фоне алкогольного опьянения и при сильном переутомлении. В контрольной группе ухудшение сексуальной функции у части пациентов было связано с целым рядом факторов: негативным отношением женщины (по различным мотивам) к сексуальным контактам, участвовавшим супружескими конфликтами и нарастающей взаимной неприязнью в паре, возникновением навязчивых мыслей о возможном ухудшении потенции. Результаты катамнестического исследования позволили подтвердить преимущества комплексного интегративного подхода к коррекции психогенных нарушений половой сферы у мужчин в плане стабильности достигнутого эффекта.

Таким образом, разработанная нами модель интегративной психотерапии позволяет с относительно небольшими временными затратами достичь устойчивого восстановления сексуальной активности и улучшения партнёрских отношений у абсолютного большинства пациентов с половыми дисфункциями психогенного генеза.

Литература

1. Журавель А. П., Доморацкий В. А. Оценка эффективности терапии сексуальных дисфункций у мужчин. // Тез. докл. XIII съезда психиатров России. М.: МЕДПРАКТИКА, 2000. С 328.
2. Доморацкий В. А. Сексуальные расстройства и методы их коррекции у мужчин: Учеб. пособие. Мн.: БГУ, 2002. 192 с.
3. Имелинский К. Сексология и сексопатология: Пер. с польск. М.: Медицина, 1986. 423 с.
4. Карвасарский Б. Д. (общая редакция). Психотерапевтическая энциклопедия. СПб.: ПитерКом, 1999. 752 с.
5. Келли Г. Основы современной сексологии: Пер. с англ. СПб.: Изд. «Питер», 2000. 896 с.
6. Кибрик Н. Д. Возрастные особенности развития сексуальных дисфункций у мужчин. Дисс... д-ра мед. наук. в виде научн. докл. М., 1999. 55 с.
7. Кочарян Г. С., Кочарян А. С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. М.: Медицина, 1994. 224 с.
8. Кротовский Г.С. Лечение сосудистой импотенции. М.; СПб.: ЗАО «Изд-во БИНОМ» - «Невский диалект», 1998. 160 с.
9. Eardley P. Imaging for erectile dysfunction. // Current Opinion in Urology. 2002. Vol. 12. P. 143 – 147.
10. Kaplan H. S. The sexual desire disorders: Dysfunctional regulation of sexual motivation. New York: Brunner/Mazel. 1995. 278 p.