

СИСТЕМНАЯ КОРРЕКЦИЯ СЕКСУАЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ И СУПРУЖЕСКОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ ПРИ ПРОСТАТИТЕ У МУЖА

В.Е. БАБЕЛЮК

Санаторий «Молдова», Трускавец

Показаны причины развития дезадаптации супружеской пары, в которой муж страдает простатитом. Описана система комплексной ее коррекции, позволяющая достигнуть высокого психотерапевтического эффекта.

Заболевания предстательной железы занимают большое место в структуре урологической патологии — по разным данным, от 17 до 38% [1]. В то же время они имеют очень большой удельный вес и в сексологической патологии — до 53,4% [2]. С этим связана актуальность проблемы простатита в сексологии и ее социальное значение, поскольку возникающие у больных сексуальные расстройства влекут за собой развитие дисгармонии супружеской пары, подрывая прочность брака. Между тем причины и механизмы развития сексуальной и других вариантов дисгармонии супружеской пары при нарушении потенции у мужчин, вызванном разными формами простатита, и ее клинические проявления очень мало изучены, не разработаны и методы психотерапевтической коррекции дезадаптации супругов, в которых учитывалась бы специфика рассматриваемой патологии.

Это определяет цель данного исследования — разработать систему эффективной коррекции дезадаптации супружеской пары, в которой муж страдает простатитом.

Под нашим наблюдением находились 95 супружеских пар с сексуальной дисгармонией, в которых у мужа были диагностированы разные формы заболевания предстательной железы: хронический простатит — у 34 человек (35,2%), застойный простатит — у 28 (29,4%), молчаливый простатовезикулит — у 21 (22,4%) и атония простаты — у 12 (13,0%). Кроме того, под наблюдением были 25 супружеских пар, у которых, несмотря на наличие простатита у мужей, супружеская дисгармония не наблюдалась. Эти пары были обследованы в качестве контрольной группы.

Обследование показало, что у 44 супружеских пар, составивших первую клиническую группу, дисгармония была обусловлена сексуальной дисфункцией у мужа, которая являлась следствием простатита, сопровождающегося выраженным болевым синдромом. У 51 супружеской пары (вторая клиническая группа) сексуальная дисгармония развилась в результате сексуальной дисфункции у мужа, обусловленной другими причинами: неправильной интерпретацией своих сексуальных проявлений из-за недостаточной осведомленности в вопросах психогигиены половой жизни (дезинформационная форма дезадаптации) и нарушением межличностных отношений супругов (коммуникативная форма дезадаптации). При этом общей чертой сексуального поведения мужчин обеих клинических групп оказалось неумение контролировать эякуляцию и продлевать половой акт.

Практически у всех мужчин клинических групп (за исключением одного) и у 82,4% женщин определялись преморбидные черты, способствующие развитию сексуального расстройства и супружеской дезадаптации: у мужчин — тревожно-мнительные и инфантильные, у женщин — инфантильные и аффективные. Показательно, что в контрольной группе и у мужчин, и у женщин чаще всего был уравновешенный, спокойный характер. Кроме того, у всех обследованных основных групп были выявлены невротические синдромы: у мужчин — неврастенический, гипотимический, ипохондрический, ожидания неудачи; у женщин — истерический, гипотимический, неврастенический синдромы как реакция на сексуальную дисгармонию.

Клинически сексуальные нарушения у больных первой группы проявлялись в основном преждевременной эякуляцией, сочетающейся с притуплением оргазма и гипозрекцией; у больных второй группы отмечались гипозрекция, снижение сексуальной активности, психосексуальная неудовлетворенность. У женщин первой группы имела место аноргазмия, второй группы — гиполибидемия и гипооргазмия, причем все эти нарушения имели относительный характер.

В соответствии с выявленными причинами и особенностями проявлений дезадаптации у находившихся под наблюдением супружеских пар нами была разработана система ее коррекции, включающая лечение основного заболевания мужчины — простатита и его осложнений, в том числе обусловленной этим заболеванием сексуальной дисфункции, и психотерапевтическую коррекцию сексуальной дисгармонии супружеской пары по методу В.В. Криштала [3], модифицированному для нашего контингента супружеских пар.

Лечение больных было направлено на полную ликвидацию заболевания предстательной железы и его осложнений, прежде всего болевого синдрома. Учитывая значимость личностных реакций на урологическое заболевание и в особенности на связанную с ним сексуальную дисфункцию, все лечебные мероприятия потенцировались методами психотерапии. По показаниям больным назначали антибиотики и химиотерапевтические препараты (ампициллин, оксациллин, гентамицин, таревид, бисептол, фурагин, нитроксалин и др.), витамины (В₁, В₆, Е, поливитамины), биостимуляторы и рассасывающие препараты (алоэ, ФиБС, стекловидное тело), общеукрепляющие (фитин, глицерофосфат кальция, апилак), имму-

ностимуляторы (метилурацил), антигистаминные, седативные, анксиолитики и др.

Наряду с медикаментозным лечением применяли физиотерапию, которая включала лечебную гимнастику, электролечение (электрофорез, диадинамофорез, УЗВ-фонофорез), грязелечебные процедуры, пальцевой массаж предстательной железы, ЛД-терапию. При необходимости для снятия болевого синдрома проводили новокаиновую парапростатическую блокаду смесью следующего состава: 0,5% раствор новокаина, антибиотик согласно антибиотикограмме, кортизон или гидрокортизон, лидаза [4].

Проведенное лечение позволило добиться клинического выздоровления 91 пациента (96,2%). Однако у многих больных сохранялась сексуальная дисфункция, способствовавшая сексуальной дисгармонии супружеской пары. Кроме того, даже нормализация сексуальной функции в первой группе супружеских пар не всегда приводила, а во второй группе не привела к восстановлению сексуальной гармонии супружеской пары. Для достижения этой цели проводилась психотерапевтическая коррекция каждого из выявленных вариантов дезадаптации.

Ей предшествовала психотерапия, направленная на снятие имеющихся у супругов невротических реакций, в которую входили рациональная психотерапия, гипносуггестия, занятия по психической саморегуляции, а также по саморегуляции мышечного тонуса (по Шульцу). При необходимости назначали нейролептики, антидепрессанты, психостимуляторы или транквилизаторы.

Дальнейшая психотерапевтическая коррекция проводилась в соответствии с выделенными у супругов формами дезадаптации.

При дезинформационной форме супружеской дезадаптации с целью повышения уровня осведомленности супругов в вопросах психогигиены половой жизни проводилась когнитивная (информационная) психотерапевтическая коррекция, методика которой являлась самостоятельным способом воздействия. В ее задачу входила ликвидация дефицита уровня осведомленности и компетентности супругов в области межличностных отношений, их знаний о норме, физиологических колебаниях и патологии сексуальной функции. С этой целью супругам рекомендовалось чтение соответствующих научно-популярных изданий, в частности книги В.В. Кришталя, Г.П. Андруха «Сексуальная гармония супружеской пары. Сексуальная дисгармония супружеской пары» (Харьков, 1996). Во многих случаях при данной форме дезадаптации уже одно ознакомление с соответствующей литературой способствовало нормализации сексуальных отношений супругов.

С целью нивелировать неправильную оценку супругами своих сексуальных проявлений проводилась рациональная психотерапевтическая коррекция в форме индивидуальных, парных и групповых бесед, собеседований, лекций по следующей тематике: анатомо-физиологические особенности сексуальной функции; психология и физиология половой жизни; причины и условия развития сексуальной дисгармонии; гигиена и психогигиена половой жизни.

При коммуникативной форме супружеской дезадаптации психотерапевтическая коррекция проводилась в трех направлениях: коррекция характерологических особенностей супругов, коррекция их межличностных отношений, нормализация процесса персонализации супругов.

Для нивелирования несовместимых характерологических черт и нормализации межличностных отношений супругов мы применяли метод групповой психотерапии в форме дискуссии с использованием следующих методик: биографическая ориентация; жизненные проблемы и способы их разрешения; библиотерапия; психорисунок; социометрия. Иногда психотерапию проводили в закрытой группе, состоящей из 2–3 супружеских пар, конфликтная ситуация которых была известна каждой, но чаще всего супруги были в разных группах. Содержание групповых занятий соответствовало имеющимся нарушениям.

В дальнейшем при психотерапевтической коррекции главное внимание уделялось поведенческим реакциям и выработке оптимальных форм сексуального общения путем поведенческого тренинга.

В ряде случаев при данной форме супружеской дезадаптации с целью нормализации процесса персонализации супругов применяли методику персоналистической психотерапии [3]. Она осуществляется в 5 этапов, которым предшествует диагностический период, проводимый с целью определения уровня развития и степени зрелости личности, состояния ее подсистем (интраиндивидуальной, интериндивидуальной и метаиндивидуальной), а также изучение микросоциальной среды и роли указанных характеристик в дезадаптации супругов.

На первом — структурном — этапе устанавливаются причины и условия нарушения процесса персонализации больного, конфликтных ситуаций и выявляется связь последних с имеющейся патологией. Второй этап — психологическая подготовка — направлен на повышение уровня знаний супругов в области общения, формирования личности и культуры межличностных отношений. Задача третьего этапа — психогигиенической подготовки — повышение уровня осведомленности больного о своем заболевании и роли личности в генезе сексуальных расстройств. Четвертый — реконструктивный — этап посвящен формированию новых установок типа реагирования, перестройке активности, направленности личности больного, его самосознания, уровня притязаний в соответствии с реальными обстоятельствами жизни. Таким образом, цель этого этапа — способствовать максимальной персонализации. Пятый этап — поддерживающая психотерапия — имеет целью подкрепление достигнутого уровня персонализации.

Персоналистическая психотерапия проводилась нами в форме индивидуальных бесед с помощью разъяснения, убеждения, внушения. Курс лечения — 10–12 занятий продолжительностью от 30 мин до 1 ч.

Поскольку все формы дезадаптации сопровождались сексуально-эротической дисгармонией супругов, мы провели им сексуально-эротический тренинг, направленный на достижение соответствия проведения предварительного периода полового акта, его техники

и заключительного периода.

Этот тренинг проводился после достижения достаточно высокого уровня социальной и психологической адаптации супругов в четыре этапа. Первый этап — информационно-разъяснительный — направлен на расширение знаний супругов в области психогигиены половой жизни, в частности представлений о сексуальных физиологических реакциях при воздействии на эрогенные зоны, об их анатомо-физиологических особенностях, о психофизиологии половой жизни и технике полового акта. Проводился в форме индивидуальных и групповых бесед.

На втором этапе у супругов в индивидуальных беседах каждым из них вырабатывали новую установку на проведение полового акта.

Третий этап — тренинг сексуальных реакций супругов — имел целью научение супругов правильному воздействию на эрогенные зоны друг друга и соответствующей технике полового акта, в результате чего они находили оптимальную форму сексуального поведения.

Четвертый этап проводился для закрепления выработанного оптимального сексуального поведения супругов.

Весьма существенным фактором сексуальной дезадаптации супругов было неумение регулировать наступление эякуляции, характерное, как уже отмечалось, для всех наших пациентов. Учитывая это, мы проводили с мужчинами специальный тренинг, обучая их способам контроля эякуляции — методу сжимания и методу торможения.

При использовании метода сжимания женщина находится сверху и мужчина должен сказать ей о приближении момента сильного возбуждения. Женщина должна быстро реагировать на это, приподнявшись с пениса и зажимая пальцами головку пениса в области венечной кромки в течение 4 с. Мужчина может потерять при этом 10–30% эрекции. Женщина должна подождать 30 с, затем снова ввести пенис во влагалище и продолжать толчки. Эту процедуру можно повторить несколько раз в продолжение одного полового акта. Однако женщина должна знать, как ввести частично смягченный пенис.

Несколько проще древнекитайский метод сжимания. Его можно использовать почти во всех позициях. Мужчина, глубоко дыша, большим и средним пальцем левой руки нажимает в толчке между мошонкой и анусом в течение 4 с. Преимущество этого метода в том, что нет необходимости вынимать пенис, прерывать сношение и предупреждать женщину о приближении эякуляции.

Метод торможения заключается в следующем. Когда мужчина чувствует приближение эякуляции,

он должен быстрым движением вынуть пенис на 1 см или более и оставаться в этом положении, не двигаясь. Он должен глубоко дышать диафрагмой и одновременно сжимать нижнюю часть живота, как бы сдерживая позыв к мочеиспусканию, затем, глубоко дыша, снова возобновить толчки. Этот метод следует практиковать, когда мужчина чувствует сильное возбуждение, причем важно вовремя «отступить», пока не поздно предотвратить наступление эякуляции.

Китайские источники дао-любви утверждают, что когда мужчина научится контролировать эякуляцию, его пенис не будет терять возбужденного состояния до тех пор, пока не произведет по меньшей мере 5000 толчков.

Современная модификация метода торможения состоит в том, что когда мужчина чувствует приближение эякуляции, он выводит пенис на 30 с, оставляя головку во влагалище, а затем возобновляет толчки. Это можно повторять сколь угодно часто. С приобретением опыта мужчина обнаруживает, что выводить пенис ему приходится все реже и реже. Секрет успеха метода торможения заключается в определении момента, когда мужчина больше не в состоянии контролировать эякуляцию.

В результате проведенной системы комплексного корригирующего воздействия полное восстановление супружеской гармонии или значительное улучшение, практически обеспечивающее успешные сексуальные контакты супругов, было достигнуто у 89 супружеских пар (94,0%). При этом успех коррекции не зависел от тяжести течения простатита у мужчин.

Полученные результаты позволяют сделать вывод, что психотерапевтическая коррекция супружеской дисгармонии, связанной как с сексуальной дисфункцией у мужа, так и с дезинформационной и коммуникативной дезадаптацией, является высокоэффективной при условии, что она проводится в системе, последовательно и дифференцированно с учетом причин и проявлений дисгармонии.

Л и т е р а т у р а

1. Заболевания предстательной железы / Под ред. проф. А. В. Люлько. — К.: Здоров'я, 1984. — 280 с.
2. Васильченко Г. С. Расстройства эякуляторной составляющей при урологической патологии // Частная сексопатология / Под ред. Г. С. Васильченко. — М.: Медицина, 1983. — Т. 2. — С. 258–266.
3. Кристаль В. В., Григорян С. Р. Сексология: Уч. пособие. — М.: Per Se, 2002. — 879 с.
4. Сексология и андрология / Под ред. акад. А. Ф. Возианова, проф. И. И. Горпинченко. — К.: Абрис, 1997. — 880 с.

Поступила 25.03.2003

SYSTEMIC CORRECTION OF SEXUAL DYSFUNCTION AND SPOUSE DEADAPTATION AT PROSTATITIS IN THE HUSBAND

V. E. Babeliuk

Summary

The causes of spouse deadaptation in case of prostatitis in the husband are shown. The system of complex correction which allows to achieve a high therapeutic effect is described.