

НАРУШЕНИЕ ОБЩЕЙ И СЕКСУАЛЬНОЙ КОММУНИКАЦИИ РАЗВЕДЕННЫХ МУЖЧИН БЕЗ ПАРТНЕРШИ И ЕГО ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ

С.М. ГИБНЕР

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Рассмотрены психологические и сексуальные проблемы разведенных мужчин, не имеющих сексуальной партнерши. Описаны рекомендуемые методы коррекции, направленные на создание этими пациентами новой семьи.

Среди разведенных мужчин, находящихся еще в активном возрасте, существенную часть составляют лица, не имеющие не только постоянной сексуальной связи, но даже эпизодических сексуальных контактов. Каких-либо статистических данных в этом отношении не существует, однако сексологическая практика, в том числе наш собственный клинический опыт, свидетельствует о том, что в таком положении находится каждый пятый из разведенных мужчин.

В то же время оказание им помощи затруднено в связи с общим подходом к коррекции сексуальных расстройств, подразумевающим наличие супружеской (партнерской) пары как само собой разумеющееся условие [1, 2]. У разведенных мужчин без партнерши, как правило, имеется сексуальная, в подавляющем большинстве случаев эректильная дисфункция и преждевременная эякуляция. Эти нарушения не дают им возможности установить сексуальную связь, которая, разумеется, совершенно необходима для нормализации сексуального здоровья, и, таким образом, возникает порочный круг.

Это достаточно актуальная проблема очень мало исследована: и отечественные, и зарубежные исследователи касались ее лишь в единичных работах, причем речь шла в основном о молодых, неженатых мужчинах без сексуальной партнерши [3, 4]. При этом остаются без внимания трудности в общении таких лиц с женщинами, особенно с целью знакомства.

В связи со сказанным в настоящее время сложилось такое положение, что лечение эректильной дисфункции и преждевременной эякуляции считается возможным только в паре, хотя приводит пациента к врачу именно невозможность установить сексуальную связь.

Конечно, нельзя отрицать справедливости и обоснованности коррекции любых нарушений сексуального здоровья с позиций парного подхода, однако это отнюдь не исключает необходимости системы помощи одиноким разведенным мужчинам, которая должна быть разработана исходя из этиологических и патогенетических факторов имеющегося у них сексуального расстройства и, главное, роли этого расстройства в отсутствии пары. Следует учитывать, что оно может быть и причиной невозможности для пациента вступить в сексуальный контакт, и, напротив, следствием невозможности такого контакта, обусловленной какой-либо другой причиной.

Не вызывает сомнения, что причины отсутствия у разведенных мужчин сексуальной партнерши чрез-

вычайно многообразны, причем, как правило, в каждом случае сочетаются несколько причин: это может быть и расстройство эрекции, и преждевременная эякуляция, и явления абстиненции. Сама сексуальная дисфункция также может иметь разные причины и обуславливаться как соматогенными, так и психогенными факторами, в частности такими чертами личности, как тревожная мнительность, низкая самооценка, неуверенность в себе; нарушения эрекции могут быть следствием и негативных социально-психологических факторов, а именно неспособности к продуктивной, в частности сексуальной, коммуникации, и обуславливаться социальными причинами, прежде всего воспитанным с детства неправильным отношением к сексуальной жизни и недостаточной информированностью в области секса.

Под нашим наблюдением были 100 разведенных одиноких мужчин в возрасте 35–50 лет, страдающих эректильной дисфункцией и преждевременной эякуляцией. Как показало проведенное обследование, развод у них произошел из-за нарушения межличностных и сексуальных отношений с женой, нередко приводившего к супружеским изменам женщин, связанным с их психосексуальной неудовлетворенностью. Причинами отсутствия у мужчин новой сексуальной связи были неуверенность в себе, затруднения в общении с женщинами и имевшие место неудачи при совершении полового акта.

Сексуальное расстройство у мужчин, таким образом, было обусловлено их психологическими особенностями, что не исключало и патогенной роли негативных социально-психологических и социальных факторов.

В таких случаях основным методом коррекции, как доказано современными сексологическими и психопсихологическими исследованиями, является психотерапия [5]. При всех обстоятельствах, прежде чем определить лечебную тактику, необходимо выяснить не только объективные причины, которые привели к возникновению у пациента сексуальной дисфункции, но и мотивацию его обращения за помощью в установлении сексуальных взаимоотношений. Например, потребность снова жениться может быть вызвана стремлением избавиться от одиночества, необходимостью, по мнению пациента, соответствовать социальным нормам, новым увлечением или любовью и т. д., и без учета любого из этих мотивов проводимая психотерапевтическая коррекция

не может быть эффективной. При этом очень важно также ориентировать пациента на правильное отношение к половой жизни, привести его к осознанию того, что сексуальное общение не сводится только к половому акту.

Полноценное сексуальное общение, как известно, возможно только при адаптации партнеров — психологической, коммуникативной, сексуально-поведенческой, — требующей регулярной половой жизни в течение более или менее продолжительного времени [2].

Установление длительных сексуальных отношений, т.е. образование партнерской (супружеской) пары, по мнению А. Грегуара [4], состоит из двух этапов: знакомства с партнершей и формирования связи. Для разведенных автор рекомендует разрешение проблемы знакомства начать с составления своего рода стратегического плана, рассчитанного на срок от 6 мес до года, и предлагает ряд полезных для этого практических советов. Такой план, по мнению автора, хотя внешне и кажется искусственным, аккумулирует в себе надежды и стремления человека, желающего вступить в сексуальную связь.

Первым пунктом и условием предлагаемого плана является необходимость работать. У неработающего мужчины, как правило, низкая самооценка, ему значительно труднее завязать знакомство с возможной партнершей и в большинстве случаев недостаточно материальных средств. Кроме того, рабочая обстановка представляет собой социальную зону, где человек встречается с людьми сходного круга.

Желательно также, чтобы мужчина жил не с родственниками, а самостоятельно. Это дает независимость, большую свободу для проявления своей индивидуальности и увеличивает привлекательность мужчины в качестве потенциального партнера. Немаловажен и тот факт, что испытываемое в таких случаях одиночество может послужить толчком к повышению самоуважения и усилить мотивацию поиска партнерши.

Следует обозначить, кроме работы, и другие места, где легко завязать знакомство: это могут быть клубы, спортивные залы, вечеринки и дискотеки, различные социальные мероприятия, вечерние курсы и т.п. В большинстве даже небольших городов публикуются сведения о местных клубах и обществах, расписание социальных и спортивных мероприятий, рекламируются различные вечерние курсы, где представляются возможности для знакомств, особенно на курсах обучения иностранным языкам, на занятиях различными видами искусств и ремесел, в которых возможны знакомства с помощью друзей, через агентства и объяснения, не исключены и различные случайные события и встречи, которыми следует воспользоваться. При этом познакомиться легче в присутствии приятелей или друзей, поскольку женщины нередко настороженно относятся к одиноким мужчинам; кроме того, если встреча заканчивается безрезультатно, с друзьями легче переносится неудача. Не следует пренебрегать и восстановлением старых знакомств. Целесообразно поддерживать отношения даже с необщительными людьми: при любой встрече есть вероятность знакомства с новыми людьми. При всем этом необходим разумный выбор зоны поиска.

Возможности завязывания отношений при встрече с предполагаемой партнершей нередко могут быть упущены из-за медлительности и нерешительности, порождаемых тревожностью, часто характерной для одиноких людей. Необходимо при любом возникновении шанса перспективного знакомства, каким бы трудным ни казалось его осуществление, проявлять целеустремленность. Даже при отрицательном результате противодействии страху и приобретение опыта облегчат следующую попытку и позволят избежать ошибок в будущем.

Одно из важных условий приобретения партнерши — отказ, независимо от обстоятельств, от низкой самооценки. Нельзя допускать мысли о том, что ты слишком стар, некрасив или беден, слишком застенчив или несмел для того, чтобы обзавестись подругой. В этом пациенту должен помочь врач: поскольку собственное мнение о себе редко бывает справедливым, он должен дать возможность пациенту при объективной оценке своих качеств увидеть себя с положительной стороны.

Следует уделять внимание и своему внешнему виду, используя для этого, в частности, советы, касающиеся манеры одеваться, хотя людям нередко сложно изменить свой стиль. Существенное значение имеет при этом чистота одежды и тела, полезно и определенное приближение к моде. Иногда замена очков контактными линзами, визит к дантисту или косметологу позволяют резко повысить привлекательность человека.

Отношения между людьми противоположного пола имеют не только разный характер, но и много уровней интенсивности с различной выраженностью сексуального элемента, вплоть до его отсутствия. Учитывая это, тренировку искусства общения полезно начинать с платонических взаимоотношений. Отсутствие немедленного эротического влечения не должно быть основанием для прекращения перспективного знакомства. Более того, свои преимущества могут иметь доверительные отношения, при которых сексуальная неудача не будет восприниматься как катастрофа. Как известно, дружеские отношения являются сильным связующим звеном. Проводя вместе много времени, люди часто отмечают, что между ними возникает симпатия, которая иначе бы не появилась. Созревание взаимоотношений обычно требует времени: любовь с первого взгляда, во-первых, редкое, а во-вторых, часто кратковременное явление.

Однако не следует и переоценивать новые связи, поскольку у одинокого и не уверенного в себе человека, боящегося быть отвергнутым, почти неизбежны попытки произвести впечатление на потенциальную партнершу и проявить свою потребность в любви и сопереживании, прибегая к действиям, которые превышают его возможности. Такое поведение, с одной стороны, увеличивает риск отпугнуть новую знакомую, с другой — усугубляет ощущение потери и отверженности при разрыве.

Установление и поддержание сексуальной связи также требует и умения, и определенных усилий. Важное значение имеют при этом практические советы врача, который должен учитывать психологическую

приемлемость их для пациента. Например, если не уверенный в себе разведенный мужчина с проблематичной эрекцией сомневается в возможности ее возникновения при первом сексуальном контакте с партнершей, разумно посоветовать ему поделиться с ней своими опасениями до начала попытки. Это может уменьшить или даже снять боязнь неудачи у мужчины, а партнерше даст возможность заранее спланировать свое поведение так, чтобы в наибольшей степени способствовать удачному проведению близости. В то же время не следует и оттягивать совершение полового акта, ибо чем дольше выжидать, нагнетая неопределенность, тем больше будут нарастать тревога и страх неудачи.

Существует фундаментальная поведенческая закономерность, которая заключается в том, что каждое уклонение от внушающего неуверенность действия (от приглашения женщины на свидание до совершения полового акта) приводит к усилению неуверенности и избегания, делая каждую следующую попытку все более сложной и трудной. И врач должен убедить пациента в справедливости этого положения, как и в том, что если его постигнет неудача, ее ни в коем случае нельзя считать фатальной, поскольку существует много способов ее преодоления. Пациент должен знать, что для мужчины с расстройством эрекции возможность найти партнершу, готовую понять его трудности и помогать справиться с ними, вполне реальна и встречается достаточно часто.

Однако мужчины, не способные завязывать и поддерживать сексуальные отношения, нуждаются, в зависимости от причин этой несостоятельности, в медикаментозном лечении и/или психотерапевтической помощи, причем современный арсенал медикаментозных средств и методов психотерапии дает возможность достичь высокого эффекта в восстановлении сексуальной функции мужчин.

В то же время задачи, которые приходится решать врачу при оказании помощи одиноким больным с сексуальными расстройствами, неизбежно выходят за пределы лечебных мероприятий и затрагивают определенный круг социальных вопросов, прежде всего это необходимость создания семьи и выбор брачной партнерши. Содержание мероприятий, осуществляемых в процессе реабилитации таких больных, позволяет выделить три основных этапа: сексуальной реализации, восстановительной терапии и сексуальной реадaptации.

Сексуальная ресоциализация имеет целью создание необходимых условий для успешного лечения. На данном этапе первостепенными задачами являются создание семьи, что позволит начать восстановительное лечение; вовлечение партнерши в процесс лечения (как минимум создание обстановки непротиводействия половой активности больного); устранение «технических» помех (объединение супружеских постелей, подбор адекватной контрацепции, ликвидация или ограничение бытовых психотравмирующих ситуаций, освобождение от командировок, в ряде случаев смещение рабочих смен и т.п.). До нахождения брачной партнерши должны решаться задачи расширения круга общения через клубы и вечера для

несемейных, бюро знакомств при консультациях брака и семьи.

Психотерапевтическая помощь на этапе сексуальной ресоциализации должна быть разнообразной, включая тренинговые формы общения в разнополой группе и рациональную разъяснительную работу в области психологии пола, межличностного и сексуального общения.

Продолжительность этого этапа реабилитации может составить несколько месяцев, но сотрудничество врача и больного должно быть построено таким образом, чтобы не только сохранить, но и расширить психотерапевтический контакт. Наиболее ответственным моментом является встреча врача с партнершей больного, установление особенностей ее сексуального поведения и создание у нее установки на участие в лечебном процессе.

Основными задачами второго этапа реабилитационной программы — восстановительного лечения — являются ликвидация у пациента невротической симптоматики, восстановление его сексуальной активности, нормализация параметров копулятивного цикла. В отдельных случаях при этом может быть показана краткосрочная госпитализация больного в дневной стационар. Основной метод лечения — психотерапия, комбинируемая при необходимости с санацией урологической сферы, с рефлекторной, общеукрепляющей и симптоматической терапией. Психотерапевтическое воздействие предусматривает ликвидацию предрасположек и заблуждений, в частности мысли об исключительности болезненного состояния пациента, разъяснение механизма сексуального расстройства, коррекцию масштаба переживаний, указание путей выхода из болезненного состояния и создание благоприятной лечебной и психологической перспективы.

Мужчинам со слабой половой конституцией и лицам пожилого возраста следует с осторожностью применять препараты с выраженным седативным действием и антидепрессанты. Их нужно назначать на первую половину дня и после полового акта, сочетая с приемом общеукрепляющих средств (витамины, адаптогены, ноотропные средства, биостимуляторы).

Наибольшие трудности вызывает восстановление сексуальных отношений у больных с резким ослаблением адекватных эрекции, препятствующим иммиссии полового члена. В этих случаях с успехом могут быть применены следующие приемы: плацеботерапия и психотерапевтическое опосредование рефлекторных процедур, включая метод «пневмомассажа» (локальной декомпрессии — ЛД); таблетки виагры, пенигры, конегры; ауто- и гетеросуггестия в различных вариантах; тактика мнимого запрета, иногда усиленная «парадоксальной интенцией»; мануально моделированная иммиссия; тренинг сексуальных реакций на основе использования начальных упражнений по методу Мастерса и Джонсон; эректоротерапия.

В качестве плацебо можно, например, использовать метиленовый синий в виде специально приготовленных пилюль: появление окрашенной мочи, заранее опосредованное врачом, должно служить для больного сигналом, что затруднения с эрекцией устранены. Могут быть использованы также никотиновая кисло-

та в дозах, вызывающих легкую вегетативную реакцию, или индифферентные средства, отличающиеся необычностью вида, определенные ритуалы их приема и т.д. Назначаемые физиотерапевтические процедуры («гальванические тусы», фарадизация мышц промежности, ректальный ионофорез), иглорефлексотерапия, точечный массаж, массаж предстательной железы, ЛД также подлежат обязательному психотерапевтическому опосредованию. При этом необходимо подчеркивать, что лечение призвано облегчить и ускорить наступление достаточной эрекции только в процессе близости. Одновременно следует ликвидировать установку пациента на достижение интенсивной эрекции, указывая, что при регулярной половой жизни эрекция при интроитусе не должна быть полной, а некоторая вялость головки полового члена представляет собой естественное явление, предупреждающее травматизацию половых путей женщины. На схемах объясняется, что неполная эрекция обеспечивает лучший контакт с наиболее чувствительными эрогенными зонами женщины; предлагается позиция, облегчающая иммиссию и способствующая удержанию полового члена во влагалище при фрикциях.

Один из основных приемов при затруднении иммиссии в связи с ослаблением эрекции — тактика мнимого запрета, при которой пациенту дается инструкция при регулярных интимных ласках воздерживаться от половой жизни, а его жене — провоцировать супруга на близость. В ряде случаев хороший результат достигается, когда больному предлагается волевым усилием подавлять возникающую при ласках эрекцию («парадоксальная интенция»). Эффективно также мануальное моделирование иммиссии, когда партнерша, проинструктированная соответствующим образом, сама вводит половой член, для чего необходима лишь малейшая степень его напряжения. При фрикциях, как правило, происходит усиление эрекции, достигающее максимума к моменту эякуляции. При достаточном культурном уровне партнеров с успехом используются начальные упражнения по методу Мастерса и Джонсон.

Рекомендации, касающиеся частоты интимной близости, оптимальной продолжительности и формы предварительных ласк, позиций партнеров, интенсивности проведения фрикционного периода и завершающих ласк, должны быть индивидуальными для каждой пары. Этот комплекс рекомендаций сексуального поведения в отличие от обычного стереотипа адаптированной супружеской пары характеризуется избыточной сексуальной коммуникацией, призванной обеспечить компенсацию имеющейся неудовлетворенности. В процессе адаптации пары стереотип избыточности постепенно упрощается.

В процессе психотерапевтической работы с парой должна быть создана установка на выполнение рекомендаций врача, а при проведении рациональной парной психотерапии партнерша получает информацию о структуре переживаний больного, его опасениях и заблуждениях в понимании имеющихся сексуальных проблем. Затруднения в реализации врачебных рекомендаций должны быть предметом специального обсуждения. На занятиях подробно анализируются причины и субъ-

ективные мотивы этих затруднений. Так достигается кооперирование с партнершей в решении сексуальных проблем. По мере накопления у партнеров опыта врачебные рекомендации имеют все менее директивный характер, все более поощряется инициатива пары. При высокой терапевтической резистентности, связанной с характерологическими особенностями мужчин, целесообразно привлекать их к групповой психотерапии.

Задачами последнего этапа реабилитационной программы — сексуальной реадaptации супружеской пары — являются достижение гармонии сексуальных отношений и научение партнеров умению конструктивно разрешать проблемные ситуации в своем сексуальном общении. Основной акцент в работе с парой переносится на данном этапе в область межличностных отношений, для чего используются приемы из арсенала методик групповой психотерапии (обмен ролями, проигрывание конфликтных ситуаций, приемы невербальной коммуникации и т.д.). Изменение сексуального стереотипа ориентировано на сексуальные особенности партнерши и реализацию ее сексуальных потребностей.

При двукратных еженедельных встречах выполнение всей реабилитационной программы обычно занимает 2–3 мес, после чего в течение года проводится поддерживающая психотерапия при встречах с врачом один раз в 2–3 мес.

Коррекция сексуально-поведенческой дезадаптации разведенных мужчин без партнерши должна включать также коррекцию нарушения полоролевого поведения, которое проявляется у них в форме феминного поведения, а у женщин возможно гиперфеминное или маскулинное поведение. С этой целью используется ролевой психосексуальный тренинг. Он состоит из пяти этапов.

На 1-м этапе — информационно-разъяснительном — партнеров в индивидуальных и групповых беседах информируют о правильном полоролевом поведении. На 2-м этапе — психологической аверсии — у пациентов вырабатывается негативное отношение к имеющемуся у них нарушению полоролевого поведения. С этой целью используется индивидуальная или групповая рациональная психотерапия с помощью разъяснения, убеждения, внушения и самовнушения. 3-й этап — реконструктивный — имеет своей задачей формирование новых полоролевых установок, он проводится также в форме индивидуальных и групповых рациональных бесед. Содержанием 4-го этапа является полоролевой тренинг — научение нормативному полоролевому поведению, проводимое в индивидуальной и групповой форме. На 5-м этапе — поддерживающем — выработанное правильное полоролевое поведение закрепляется.

В целом проведенное исследование показало, что у разведенных мужчин без партнерши имеются две проблемы: первая из них — психологическая, нарушение межличностного общения и неправильное отношение к женщинам; вторая — сексуальная. Для преодоления этих проблем одинокие разведенные мужчины нуждаются в психотерапевтической помощи, которая в конечном счете должна привести к созданию новой семьи.

Литература

1. Сексология: Хрестоматия.— С.Пб.: Питер, 2001.— 512 с.
2. Кришталь В.В., Григорян С.Р. Сексология.— М.: Per Se, 2002.— 879 с.
3. Смолін Г.С. Причини, механізми формування та психотерапевтична корекція еректильної дисфункції у молодих чоловіків без партнерки (медико-психологічні аспекти): Автореф. дис. ... канд. мед. наук.— Харків, 2005.— 15 с.
4. Импотенция: интегрированный подход к клинической практике: Пер. с англ. / Под ред. А. Грегуара, Дж. Прайора.— М: Медицина, 2000.— 240 с.
5. Altman J., Gahan P., Jehu D. Psychoeducational treatment of impotence // Brit. J. of Sex. Med.— 1985.— Vol. 12.— P. 55–57.

Поступила 26.08.2005

DISTURBANCE OF GENERAL AND SEXUAL COMMUNICATION IN DIVORCED MEN WITHOUT
A PARTNER AND ITS PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION

S.M. Gibner

S u m m a r y

Mental and sexual problems in divorced men without a partner are discussed. The recommended correction methods aimed at creation of a new family are described.