

## ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИЯ В СИСТЕМЕ ПСИХОКОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЯ КОММУНИКАЦИИ И ЭРЕКТИЛЬНОЙ ФУНКЦИИ У МУЖЧИН БЕЗ ПАРТНЕРШИ

Г.С. СМОЛИН

*Украинская медицинская стоматологическая академия, Полтава*

**Охарактеризованы причины и выделены клинические формы психогенной эректильной дисфункции у молодых людей без партнерши. Предложена система психотерапевтической коррекции данной патологии с использованием прогрессивных методов терапии. Показан полученный при ее проведении высокий терапевтический эффект.**

Эректильная дисфункция представляет собой одно из самых распространенных расстройств сексуальной сферы, и актуальность этой проблемы, особенно у мужчин молодого возраста, определяет интерес к ней исследователей и клиницистов. Об этом свидетельствуют многочисленные работы, посвященные этиологии, патогенезу, клинике и лечению данной патологии [1–3].

Однако почти все авторы рассматривают ситуации, в которых у мужчин с эректильной дисфункцией имеется сексуальная партнерша, что само собой учитывается при разработке терапевтической тактики. Между тем клинический опыт показывает, что до 1/3 молодых мужчин, обращающихся за помощью по поводу гипотили анэрекции, сексуальной партнерши не имеют, что делает невозможным применение имеющегося в сексологии опыта лечения данной патологии.

В большинстве случаев отсутствие партнерши является следствием затруднений в общении с представительницами противоположного пола. Описанная ситуация приводит к возникновению или развитию у мужчин внутрличностного конфликта, а дисгармоничность межличностных отношений, т. е. межличностный конфликт, делает невозможным создание семьи, что определяет не только медицинское и медико-психологическое, но и социальное значение проблемы.

В то же время рассматриваемый аспект нарушения сексуального здоровья людей молодого, наиболее активного возраста практически не исследован и не нашел должного отражения в литературе. Не разработана в связи с этим и программа психотерапевтической помощи при изучаемой патологии, а следовательно, столь значимая проблема остается далекой от своего решения.

Учитывая все сказанное, мы поставили перед собой задачу разработать систему психотерапевтической коррекции коммуникативных нарушений и эректильной дисфункции у молодых мужчин без партнерши. При этом в качестве одной из составляющих комплексной психотерапии нами был выбран гештальт-подход, поскольку это направление рассматривает человека в процессе его взаимодействия со средой, делая сам процесс взаимодействия фокусом приложения внимания, а теоретическая база и методологическая основа как нельзя лучше иллюстрируют механизмы образования внутри- и межличностных конфликтов и позволяют определить пути их разрешения [4, 5].

Под нашим наблюдением находились 100 мужчин в возрасте от 22 до 35 лет, обратившихся за сексологической и психологической помощью в Полтавский областной психоневрологический диспансер. Все они

никогда не состояли в браке и не имели сексуальных связей, у всех имела место эректильная дисфункция. В качестве контрольной группы были обследованы 30 мужчин соответствующего возраста, также не состоявших в браке, имевших лишь эпизодические, часто случайные сексуальные контакты, но не страдавших каким-либо сексуальным расстройством.

У большинства обследованных был достаточно высокий уровень образования, и подавляющее большинство из них были работниками умственного труда. Социальные связи мужчин, как и следовало ожидать, в основной группе были в большинстве случаев ниже средних, в контрольной — чаще всего широкие. Среди обследованных основной группы лишь 24±4% жили самостоятельно, остальные с родителями; в контрольной группе самостоятельно проживали почти все мужчины.

Обследование с позиций системного подхода с учетом многомерности обеспечения сексуальной функции (клиническое, клинико-психопатологическое, психодиагностическое, специальное сексологическое, системно-структурный анализ сексуального здоровья) позволило выделить разные типы и клинические формы нарушения сексуального здоровья мужчин, что имеет принципиальное значение для разработки и выбора методов коррекции. К I типу относится нарушение общения с женщинами в коммуникативной форме нарушения сексуальной функции (32±5%). II тип включает эректильную дисфункцию (64±5%), которая протекает в форме коитофобии — сексуально-фобический невроз — (24±4%); ожидания сексуальной неудачи (23±4%) и в паторефлекторной форме (17±4%). III выявленный тип нарушения сексуального здоровья — эгодистоническая сексуальная ориентация — отмечался у 4±2% пациентов.

Как видим, наиболее часто встречающимся типом сексуальных расстройств у обследованных мужчин была эректильная дисфункция, второй по частоте тип — нарушение общения с женщинами (коммуникативная его форма) и третий — эгодистоническая сексуальная ориентация, наблюдавшаяся в единичных случаях.

У 73,35% пациентов наблюдалась трансформация полоролевого поведения. У большинства мужчин наблюдался генитальный и шаблонно-регламентированный тип сексуальной мотивации, а мотивом полового акта служило самоутверждение. У всех пациентов отмечался недостаточный уровень информированности в вопросах психогигиены половой жизни.

Психодиагностические исследования позволили установить, что основными особенностями личности

мужчин без партнерши являются пессимизм, замкнутость, заниженная самооценка и неуверенность в себе; необщительность, зависимость и избегание борьбы; избегание как основная стратегия психологической защиты в общении; высокий уровень субъективного ощущения одиночества и низкий уровень потребности в ощущениях, а следовательно, и их поиска; фемининность на уровне Я-концепции.

Перечисленные особенности личности, особенно на фоне имеющегося расстройств эрекции, определяют поведение, препятствующее поиску партнерши и обуславливающее одиночество мужчин.

Выявленные причины и механизмы нарушения сексуального здоровья одиноких мужчин, его клинические проявления, характеристики личности и особенности межличностных отношений обследованных послужили основой для разработанной нами системы психотерапевтической коррекции.

Мы считаем системный характер психотерапии нарушения сексуального здоровья одним из важнейших условий ее эффективности. В соответствии с принятой нами четырехфакторной концепцией обеспечения сексуального здоровья [3] система коррекции учитывает состояние социального, психологического, социально-психологического, биологического его аспектов и состоит из четырех компонентов — информационного, эмоционального, поведенческого и личностного. Она отвечает структуре межличностного взаимодействия, адресуется к трем подсистемам личности — интраиндивидуальной, интериндивидуальной и метаиндивидуальной — и базируется на принципах комплексности, этапности, последовательности, дифференцированности и индивидуализации.

Каждый из компонентов психотерапии проводится в три основных этапа (информационный, выработки установки и научения), на которых используются методы, адекватные имеющимся типу и клинической форме нарушения сексуального здоровья и личностным особенностям пациента.

На информационном этапе мы использовали рациональную (разъяснительную) психотерапию, индивидуальную и в группе, когнитивную и библиотерапию. С целью снятия невротических реакций пациентов в ряде случаев применяли также ауто- и гетеросуггестию, для нивелирования неблагоприятных для общения черт характера проводили групповую психотерапию.

На этапе выработки установки использовали те же методы, а также проводили личностно ориентированную (персоналистическую) психотерапию. На этом этапе мы стремились к выполнению основных условий успешного лечения, каковыми являлись встреча наших пациентов с потенциальной партнершей, вступление с ней в сексуальную связь и создание у нее установки на участие в лечебном процессе. Психотерапевтическая помощь при этом была весьма разнообразной, но в основном направленной на расширение круга общения мужчин.

На этапе научения, посвященном выработке навыков правильного сексуального поведения, использовали поведенческие стратегии, в принципе рассчитанные на работу с партнерской парой, модифицированные нами для наших пациентов — одиноких мужчин с эректильной дисфункцией. Проводили ролевые

игры и разнообразные тренинги — ролевой психосексуальный, коммуникативный, сексуально-эротический, использовали также аутогенную тренировку. Придавая большое значение благотворному действию современных препаратов виагры и пенигры, обеспечивающих эрекцию, в ряде случаев их рекомендовали в дополнение к сексуально-эротическому тренингу.

На разных этапах лечебного процесса мы применяли помимо указанных выше методов хорошо зарекомендовавший себя в мировой психотерапевтической практике, но пока мало используемый в нашей стране метод гештальт-терапии. Метод применяли как в индивидуальной, так и в групповой форме.

В работе с пациентами, у которых имела место эгодистоническая ориентация, проводили рациональную психотерапию, гипносуггестию и внушение наяву, индивидуальную психотерапию с элементами психоанализа, уделяя особое внимание психологической защите пациента, а на более поздних этапах лечения — групповую психокоррекцию.

Согласно парадоксальной теории изменений А. Бейсера [6], являющейся одним из основных положений гештальт-подхода, действительное изменение возможно лишь тогда, когда человек признает себя таким, каким он есть, а не таким, каким он хочет стать в результате изменения. Поэтому в начале терапевтического процесса большинство интервенций было направлено на осознание пациентами своего состояния и принятие личностной ответственности за него (в данном контексте понятие ответственности никоим образом не соотносится с понятием вины, поскольку для гештальта характерна безоценочность). Преобладал групповой формат терапии, в ходе которой мы использовали как классические техники осознания [7], так и проработку фигур, спонтанно возникающих в групповом процессе. Активно использовалась также атмосфера поддержки и принятия, характерная для стадии ориентации согласно теории Фрю [8].

В процессе дальнейшей психотерапевтической работы мы рассматривали сексуальные отношения, опираясь на теорию цикла контакта удовлетворения потребностей [9 — 11]. Соответственно в данном контексте на стадии преконтакта возникает и осознается сексуальная неудовлетворенность. На стадии контактинга происходит сканирование среды с целью выявления объектов, способных удовлетворить потребность. Далее идет выбор наиболее подходящего объекта и отказ от других с последующим приближением к выбранному объекту с определенной долей агрессии. Происходит встреча, возникает чувственный контакт. В стадии финального контакта эмоциональный фон нарастает, наступает телесная близость, а ее пик переживается как оргазм; на короткое время происходит растворение границ и слияние чувств, мыслей, движений. В стадии постконтакта возникает чувство удовлетворенности и благодарности партнеру, сексуальное желание уходит в фон. Происходит ассимиляция полученного опыта.

Мы предположили, что развитие эректильной дисфункции и отсутствие партнерши обусловлено периодически повторяющимися срывами цикла удовлетворения потребности, которые возникают в результате действия защитных механизмов, или так называемых сопротивлений [9, 10]. У всех больных этот

цикл прерывался или на стадии преконтакта, или в начале стадии контактинга. У каждого мужчины присутствовало одновременно несколько видов сопротивлений, образуя своеобразную иерархию, но в каждом случае можно было определить ведущий защитный механизм. Так, у больных с коммуникативной формой нарушения сексуального здоровья основным механизмом является интроекция, при коитофобии и неврозе ожидания неудачи — проекции различных типов.

Гештальт-терапия на этом этапе осуществлялась больше в индивидуальной форме. Использовались как супрессивные техники, направленные на конфронтацию старых, стереотипных дезадаптивных моделей защит, так и экспрессивные, способствующие спонтанному и творческому самовыражению пациентов и поддерживающие их осознанный выбор новых моделей реагирования [4]. В работе с интроективными системами возможными вариантами были как ассимиляция интроектов, так и введение альтернативных интроектов значимым лицом (терапевтом) для их столкновения с уже существующей системой, в результате которого у пациентов появлялась возможность осознанного выбора убеждений. В процессе столкновения с проективными механизмами проводилась работа с полярностями и использовался режим экзистенциального диалога. С ретрофлексией, возникающей при всех вариантах эректильной дисфункции как дополнительный механизм защиты, работали, создавая искусственные проекции ретрофлексированных частей. У пациентов с неврозом ожидания неудачи в анамнезе были попытки неудачной половой связи, которые служили травмирующим фактором. В этих случаях сначала проводилась работа с травмой, а затем использовался реэксиктинг для завершения данного гештальта. При всех обстоятельствах упор в терапии делался на «три кита» гештальт-терапии: актуальность (работа здесь и сейчас), осознанность и ответственность за свой выбор.

#### Л и т е р а т у р а

1. Вагнер Г., Грин Р. Импотенция (физиология, психология, хирургия, диагностика и лечение): Пер. с англ.— М.: Медицина, 1985.— 240 с.
2. Сексология и андрология / Под ред. А.Ф. Возианова, И.И. Горпинченко.— К.: Абрис, 1997.— 880 с.
3. Кристаль В.В., Григорян С.Р. Сексология: Учеб. пособие.— М.: Пер Се, 2002.— 879 с.
4. Наранхо К. Гештальт-терапия. Отношение и практика атеоретического эмпиризма: Пер. с англ.— Воронеж: МОДЭК, 1995.— 302 с.
5. Перлз Ф. Гештальт-подход и Свидетель терапии.— М.: Либрис, 1996.— С. 261.
6. Beisser A. The paradoxical theory of change // Gestalt Therapy now / Eds. J. Fagan & I. Shepherd.— Palo Alto, CA: Science and Behavior Books, 1970.— P.77 — 80.

Включение в комплекс лечения гештальт-терапии позволило достигнуть значительных результатов в коррекции социально-психологического и психологического компонентов сексуального здоровья.

Проведение описанной системы помощи одиноким мужчинам с эректильной дисфункцией позволило получить высокий и стойкий терапевтический эффект. Все прошедшие курс лечения молодые люди, никогда не состоявшие в браке и практически не имевшие сексуальных контактов, начали половую жизнь: 15±4% из них женились, у остальных установились более или менее постоянные сексуальные связи, в основном протекавшие вполне гармонично. Катамнестические наблюдения, проводившиеся в течение 2 лет, показали, что за этот период женились еще 27±4% пациентов, т.е. в общей сложности вступили в брак 42±5% мужчин. Среди остальных у 11±3%, а именно у тех пациентов, у кого ранее имел место невроз ожидания неудачи, на 3–4 успешных половых акта в одном эрекция была недостаточной.

Из 4 пациентов с эгодистонической сексуальной ориентацией один отказался закончить курс лечения, остальные вступили в связи, в основном гетеросексуальные, но двое из них проявляли и бисексуальную ориентацию.

В целом, таким образом, у 88±3% пациентов был достигнут полный успех и у 11±3% — значительное улучшение, что позволяет считать разработанную систему психотерапии нарушения сексуального здоровья одиноких мужчин достаточно эффективной. Кроме того, полученные результаты убеждают в том, что лишь комплексный подход к психотерапевтической коррекции эректильной дисфункции у мужчин без партнерши и интеграция в него таких современных высокоэффективных направлений психотерапии, как гештальт-подход, дает возможность получить высокий и стойкий терапевтический эффект.

7. Перлз Ф., Гудман П., Хефферлин Р. Практикум по гештальт-терапии: Пер. с англ.— М.: Ин-т психотерапии, 2001.— 108 с.
8. Фрю Дж. Применение теории гештальт-терапии при проведении групп: Пер. с англ. // Теория и практика гештальт-терапии на пороге XXI века.— Ростов н/Д.: Изд-во. Рост. гос. ун-та, 2001.— С. 85 — 105.
9. Лебедева Н.М., Иванова Е.А. Путешествие в гештальт: теория и практика.— С.Пб: Речь, 2004.— 560 с.
10. Перлз Ф., Гудман П. Теория гештальт-терапии: Пер. с англ.— М.: Ин-т общегуман. исслед., 2001.— 384 с.
11. Пищик В.И. Гештальт-подход в терапии сексуальных расстройств // Теория и практика гештальт-терапии на пороге XXI века.— Ростов н/Д.: Изд-во. Рост. гос. ун-та, 2001.— С. 106 — 114.

Поступила 23.02.2005

#### GESTALT-THERAPY IN THE SYSTEM OF PSYCHOCORRECTION OF COMMUNICATION DISORDERS AND ERECTILE DYSFUNCTION IN MEN WITHOUT A FEMALE PARTNER

G.S. Smolin

S u m m a r y

The causes of psychogenic erectile dysfunction in young men without a partner are characterized; the clinical formes were distinguished. The system for psychotherapeutic correction of this pathology with the use of progressive methods of therapy is suggested. Its high therapeutic effect is shown.