

ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ СЕКСУАЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ СУПРУГОВ В БЕСПЛОДНОМ БРАКЕ ВСЛЕДСТВИЕ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА

В. О. ЛЕЩИНСКИЙ

PSYCHOTHERAPEUTIC CORRECTION OF SEXUAL DEADAPTATION OF THE SPOUSES IN INFERTILE MARRIAGE RESULTING FROM CHRONIC PROSTATITIS

V. O. LESCHINSKY

Поликлиника Государственной канцелярии Республики Молдова, Кишинев, Республика Молдова

Представлена разработанная автором система психотерапевтической коррекции сексуальной дезадаптации супругов при экскреторно-токсическом бесплодии у мужа, описаны принципы и методы коррекции. Показан высокий терапевтический эффект предлагаемой системы.

Ключевые слова: мужчины, экскреторно-токсическое бесплодие, сексуальная дезадаптация, система психотерапии, эффективность.

The original system of psychotherapeutic correction of sexual deadaptation at excretory-toxic infertility of the husband is presented. The principles and methods of correction are described. A high therapeutic effect of the suggested system is shown.

Key words: men, excretory-toxic infertility, sexual deadaptation, psychotherapy system, efficacy.

Хронический простатит, нередко приводящий к развитию экскреторно-токсического бесплодия, имеет, как известно, большой удельный вес в структуре урологической и сексологической патологии [1, 2]. По данным R. Roberts [3], это заболевание является третьим по значимости после рака и аденомы простаты. В результате хронического простатита, судя по литературным источникам, до 40–45% супружеских пар становятся бесплодными [4]. Очень часто при этом формируется сексуальная дисфункция у мужчин и, следовательно, сексуальная дезадаптация супругов, резко снижающая качество жизни и ослабляющая прочность брака. В то же время до сих пор не была предложена эффективная психотерапевтическая коррекция дезадаптации, развивающейся в данных условиях, основанная на патогенетических механизмах и клинических проявлениях нарушения сексуального здоровья супружеской пары.

Нами на основе изучения причин, механизмов развития и клинических форм сексуальной дезадаптации супружеской пары, в которой муж страдает экскреторно-токсическим бесплодием, была разработана система ее патогенетически направленной психотерапевтической коррекции, представленная в настоящей статье.

Система была апробирована у 100 дезадаптированных супружеских пар с указанной патологией у мужа.

Супруги были в возрасте от 21 года (подавляющее большинство — от 31 года) до 50 лет.

Среди них были выделены две группы: пер-

вая — 50 пар, в которых у мужчин имелась вторичная сексуальная дисфункция, обусловленная болевым синдромом при хроническом простатите; во вторую вошли 50 пар, в которых у мужей отмечалась первичная сексуальная дисфункция, обусловленная другими причинами, а затем усугубленная простатитом и бесплодием. Эта группа была разделена на две подгруппы: к 1-й отнесены 20 пар, в которых сексуальное расстройство у мужей и дезадаптация супругов возникли из-за несоответствия сексуальных культур (социокультурная форма дезадаптации), ко 2-й — 30 пар, в которых дезадаптация стала следствием несоответствия личностных особенностей супругов и нарушения их межличностных отношений (коммуникативная форма).

Предлагаемая система коррекции включает, с одной стороны, лечение основного заболевания мужчины — хронического простатита и экскреторно-токсического бесплодия, с другой — психотерапию сексуальной дезадаптации супругов. Она основывается на принятых в современной сексологии и медицинской психологии принципах дифференцированности, комплексности, этапности, последовательности и включает в себя три компонента, соответствующих трехкомпонентной структуре межличностного взаимодействия — информациональный (когнитивный), эмоциональный (аффективный) и поведенческий (конативный). Используемые методы и конкретное содержание проводимых психотерапевтических мероприятий определяются клинической формой дезадапта-

ции и индивидуальной ситуацией, наблюдаемой у каждой супружеской пары. С целью коррекции хронического простатита больным проводилось принятое в урологической клинике лечение, сопровождаемое опосредованной и потенцирующей психотерапией.

При проведении психотерапевтической коррекции сексуальной дезадаптации супружеской пары учитывали состояние каждого из компонентов сексуального здоровья, т. е. степень адаптации супругов на всех уровнях их взаимодействия. При этом задачами первого, когнитивного, компонента психотерапевтической коррекции были повышение уровня коммуникативных знаний, культуры межличностных отношений, восприятия супругами друг друга, способствующего росту их взаимопонимания; информирование супругов в вопросах психогигиены половой жизни. В задачи второго компонента входили дезактуализация переживаний, связанных с конфликтной ситуацией в семье; поиск путей и способов правильного разрешения конфликтов; снятие неадекватных эмоциональных реакций и преобразование негативного отношения супругов друг к другу. Третий компонент ставил своей задачей оптимизацию межличностных отношений супругов и их сексуально-поведенческих реакций. Все компоненты проводились поэтапно, и каждый из этапов служил отправной точкой для последующего.

Когнитивный компонент включал в себя три этапа психотерапевтической коррекции — оценочный, корригирующий и профилактический.

Целью оценочного этапа было повышение уровня информированности больного о своей болезни, ее причинах, характере, типах течения и тяжести. На этом этапе психотерапии проводились циклы бесед и лекций, индивидуальные и групповые занятия. Далее рассказывали о вредных факторах, вызывающих обострение и хронизацию заболевания, об экскреторно-токсическом бесплодии как следствии хронического простатита и о мероприятиях, способствующих его полному излечению. Параллельно проводили беседы с женами, которым разъясняли характер заболевания мужа и сопровождающих его расстройств. С целью ликвидации ипохондрической фиксации на заболевании и неадекватного отношения к нему проводили в основном индивидуальные психотерапевтические занятия, на которых вырабатывали правильное отношение больных к своему состоянию, лечению и мерам профилактики.

Второй — корригирующий — этап психотерапии состоял из индивидуальных и групповых занятий, посвященных таким вопросам, как понятие о сексуальном здоровье, парность половой функции, норма и физиологические колебания сексуальной функции, особенности сексуальности в разные возрастные периоды. На третьем — профилактическом — этапе больных знакомили с причинами рецидивирования воспалительного процесса в предстательной железе, причем подчеркивали,

что нарушение межличностных отношений и неправильное сексуальное поведение сами по себе могут в значительной мере отрицательно влиять на состояние сексуального здоровья.

Аффективный компонент психотерапевтического воздействия также реализовался в три этапа.

На первом — потенцирующем — этапе проводили косвенную рациональную психотерапию, опосредующую и потенцирующую действие лекарственных средств, диагностических и физиотерапевтических процедур и других лечебных мероприятий. Больным в общих чертах объясняли механизм их лечебного воздействия. Психотерапевтически опосредовали и процедуру получения секрета предстательной железы, его бактериологического исследования и определения чувствительности к антибиотикам. Рассказ о необходимости индивидуального подбора антибиотика благотворно действует на больных со значительным стажем болезни, ранее неоднократно лечившихся методом проб и ошибок.

На втором этапе данного компонента психотерапии — седативном — проводили симптоматическое лечение с целью снятия невротических реакций. Для этого использовали нейролептики, антидепрессанты, психостимуляторы и транквилизаторы. Кроме того, после соответствующих проб на внушаемость и предварительной беседы больным проводили 3–4 сеанса гипнотерапии. Третий, активирующий, этап психотерапии был направлен на выработку у больного уверенности в выздоровлении и восстановлении сексуальной функции, на нивелирование тревожной мнительности, активизацию волевых качеств и борьбу с вредными привычками. Для каждого больного была разработана индивидуальная система психофизического самовоздействия. Целью бесед, проводившихся с женами на этом этапе, была подготовка к привлечению их к дальнейшей психотерапии и сексуально-поведенческому тренингу.

Третий — конативный — компонент психотерапевтической коррекции мы разделили на шесть этапов.

Первый этап был направлен на восстановление успешной коммуникации супругов и ликвидацию неприятия одним из них черт характера другого. Сначала с каждым супругом проводили индивидуальную беседу, в ходе которой выявляли, как — позитивно или негативно — один из супругов воспринимает черты характера другого, затем выясняли, насколько субъективно воспринимаются позитивные и негативные черты собственного характера, которые, по мнению пациента, мешают семейному общению. После этого на основе объективной оценки проводили вербальную коррекцию названных черт.

На втором этапе — поведенческой коррекции — супругов обучали способам адекватного реагирования на различные ситуации, возникающие в семье, и принятию оптимальных семейных ролей.

На групповых занятиях вначале использовали приемы невербального общения (действия по кругу, передача чувств, преодоление трудностей, «Запретный плод», «Моя семья» и психорисунок). После 4–5 занятий переходили к вербальным формам взаимодействия в групповых дискуссиях на темы: «Трудный разговор», «Просьба», «Требование», «Примирение», «Обида», «Неудовлетворенность», «Семейная беседа», «Скульптор» и «Зеркало». Затем проводили ролевой поведенческий тренинг. В завершение данного этапа инсценировали конструктивную ссору по Кратохвилу [5].

Целью третьего этапа было выявление интересов, ценностных ориентаций, установок, направленности личности и мировоззренческих позиций супругов. Проанализировав личностные установки супругов, мы пытались найти точки соприкосновения последних в различных сферах деятельности. Психотерапия на этом этапе проводилась в форме индивидуальных бесед и бесед с обоими супругами. Четвертый этап — сексуально-поведенческой коррекции — состоял из двух частей: ролевого психосексуального тренинга, направленного на нормализацию полоролевого поведения в случаях его нарушения, и сексуально-эротического тренинга, направленного на достижение соответствия у супругов проведения предварительного и заключительного периодов и техники самого полового акта.

На пятом этапе — взаимодействия супругов — психотерапия охватывала различные уровни их отношений. При этом использовали эстетотерапию и библиотерапию, воздерживаясь от конкретных рекомендаций, а в психотерапевтических беседах поддерживали возникший эмпатический потенциал супругов. Шестой этап конативного компонента психотерапевтической коррекции заключался в закреплении достигнутых результатов, главным образом, в беседах с супругами.

Психотерапевтическая коррекция социокультурной формы сексуальной дезадаптации проводилась в основном методами информационной психотерапии и сексуально-эротического тренинга. В рамках информационной психотерапии супругам, помимо бесед и лекций, рекомендовали чтение соответствующей научно-популярной литературы, в частности книги В. В. Кришталь, Н. К. Агишева, А. К. Агишева. Культура секса (Харьков, 1994). Во многих случаях только прочтение подобной литературы помогло нормализовать супружеские взаимоотношения.

Для нивелирования неправильной оценки супругами своих сексуальных проявлений проводили рациональную психотерапию в форме индивидуальных, парных, групповых бесед и собеседований на такие темы, как психология и физиология половой жизни; причины и условия развития сексуальной дезадаптации; типы сексуальной культуры и роль их сочетания у супругов в адаптации или дезадаптации супружеской пары; инновационный конфликт и пути его урегулирования.

Сексуально-эротический тренинг состоял из двух частей: ролевого психосексуального тренинга, направленного на нормализацию полоролевого поведения супругов, и собственно сексуально-эротического тренинга, целью которого было добиться соответствия у супругов проведения предварительного периода полового акта, оптимизации его техники и проведения заключительного периода.

Проведению ролевого психосексуального тренинга предшествовал диагностический этап, целью которого было выяснение, на каком этапе, стадии и фазе психосексуального развития произошло его нарушение и какой фактор (соматогенный, психогенный или социогенный) вызвал это нарушение. При этом важными диагностическими критериями, позволяющими выявить структуру нарушения психосексуального развития и наметить поэтапную психотерапевтическую коррекцию, являлись состояние платонического, эротического и сексуального либидо, а также сексуальная установка и мотивация.

Ролевой психосексуальный тренинг проводился в пять этапов. Первый — информационно-разъяснительный — этап имел целью информирование больных о правильном полоролевом поведении и психосексуальной ориентации. Он проводился в форме индивидуальных и групповых бесед с помощью рациональной психотерапии. Задачей второго этапа — психологической аверсии — была выработка у больного негативного отношения к нарушению своего полоролевого поведения. На данном этапе проводилась индивидуальная и групповая психокоррекция с помощью методов рациональных бесед, разъяснения, убеждения, внушения и самовнушения.

На третьем — реконструктивном этапе — у пациентов формировались новые полоролевые установки. Он проводился в форме индивидуальных и групповых рациональных бесед. Четвертый этап представлял собой полоролевой тренинг, научение нормативному полоролевому поведению, проводившийся в форме индивидуальной и парной (супружеской) психотерапии с помощью поведенческого тренинга. Пятый — поддерживающий — этап имел целью закрепление выработанного нормативного полоролевого поведения, для чего использовались индивидуальные, парные, групповые собеседования и поведенческий тренинг.

Сексуально-эротическому тренингу, проводимому в четыре этапа, также предшествовал диагностический этап, на котором выявляли эрогенные зоны супругов, физиологические реакции при воздействии на них и выясняли психологическую приемлемость воздействия на ту или иную эрогенную зону.

Сексуально-эротический тренинг осуществлялся только после достижения достаточно высокого уровня социальной и психологической адаптации супругов, их осведомленности в вопросах психогигиены половой жизни.

Психотерапевтическая коррекция коммуникативной формы сексуальной дезадаптации была ориентирована на три подсистемы личности — интраиндивидуальную, интериндивидуальную и метаиндивидуальную — и проводилась в трех соответствующих направлениях: коррекция характерологических особенностей супругов; коррекция их межличностных отношений; нормализация процесса персонализации.

С целью нивелирования несовместимых характерологических особенностей и нормализации межличностных отношений супругов нами применялся метод групповой психотерапевтической коррекции в форме дискуссии, причем использовали следующие методики: биографическая ориентация; жизненные проблемы и способы их разрешения; библиотерапия; психорисунок; социометрия. Психотерапевтическая коррекция в некоторых случаях проводилась 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 у пациентов нарушениям.

В дальнейшем процесс психотерапии был направлен на коррекцию поведенческих реакций и выработку оптимальных форм сексуального поведения посредством поведенческого тренинга. В заключение с целью закрепления оптимального общения супругов проводили в основном рациональную психотерапию.

Для нормализации межличностных отношений супругов применяли коммуникационный тренинг, в основе которого лежит так называемая супружеская тактика, основанная на общих принципах и правилах коммуникации, разработанных Д. Карнеги [6]. Супружеская тактика является формой сознательного управления поведением партнера, планируемым в желательном направлении. Метод применим и в тех случаях, когда партнер отказывается сотрудничать. Мы включали в коммуникационный тренинг также упомянутую выше конструктивную ссору по С. Кратохвилу [5], которая дает возможность ослабить аффекты и способствует сближению супругов.

С целью нормализации процесса персонализации супругов в ряде случаев при коммуникативной форме супружеской дезадаптации применяли разработанную В. В. Кришталем [7] методику личностно-ориентированной психотерапии. Ее проводили в пять этапов после диагностического периода, на котором определяли уровень развития и степень зрелости личности, состояние ее подсистем (интраиндивидуальной, интериндивидуальной и метаиндивидуальной), а также изучали микросоциальную среду пациентов и роль указанных характеристик в формировании супружеской дезадаптации.

Целью первого — структурного — этапа персоналистической психотерапии являлось установление причин и условий нарушения процесса

персонализации больного, возникновения конфликтных ситуаций и выявление их связи с имеющейся патологией. Вторым этапом — психологической подготовки — был направлен на повышение уровня знаний супругов в области общения, формирования личности и культуры межличностных отношений. Третьим этапом — психогигиенической подготовки — был посвящен повышению уровня осведомленности больного о своем заболевании и роли личности в генезе имеющихся у него сексуальных расстройств. Четвертым — реконструктивным — этапом состоял в формировании новых установок, типа реагирования, перспективы адекватного разрешения противоречий между больным и обществом путем перестройки направленности его личности, самосознания, уровня притязаний в соответствии с реальными обстоятельствами жизни. Иными словами, целью этого этапа было содействие максимальной персонализации больного. На пятом этапе проводилась поддерживающая психотерапия с целью закрепления достигнутого уровня персонализации больного.

Личностно-ориентированная психотерапия проводилась нами в форме индивидуальных бесед с помощью рациональной психотерапии — разъяснения, убеждения, внушения, и одновременно с симптоматической и групповой психотерапией.

Поскольку вследствие нарушения межличностного общения супругов у них была нарушена и сексуально-эротическая адаптация, в систему психотерапевтической коррекции коммуникативной формы дезадаптации включали также и описанный выше сексуально-эротический тренинг.

Эффективность проведения разработанной системы психотерапевтической коррекции дезадаптации находившимся под нашим наблюдением супружеским парам оценивалась по результатам обследования при повторных посещениях супругов. Были установлены сроки контрольных посещений — через 3, 6 и 12 мес; у всех обследованных, за исключением 9 супружеских пар, удалось выявить и отдаленные результаты лечения — через 2 года. Полученные данные обобщены в приводимой таблице.

Непосредственные результаты, т. е. эффективность лечения сразу после окончания курса психотерапии, как видно из таблицы, были наиболее высокими при социокультурной форме дезадаптации супругов. Среди них не было выявлено и рецидивов при двухлетнем катамнезе. Значительно меньшей была эффективность коррекции при коммуникативной форме, в этой группе супругов было и наибольшее число рецидивов дезадаптации, связанных в основном с нежеланием одного из супругов участвовать в проводимых корригирующих мероприятиях и выполнять рекомендации врача.

Успех психотерапевтической коррекции супружеской дезадаптации не зависел от тяжести течения хронического простатита у мужа. Рецидивы

Результаты психотерапевтической коррекции супружеской дезадаптации при экскреторно-токсическом бесплодии у мужчин (данные в %)

Группа обследованных	Полная коррекция дезадаптации	Значительное улучшение	Частичная коррекция дезадаптации	Рецидив через	
				1 год	2 года
Первая, <i>n</i> = 50	78±6	22±6	—	4±3	2±2
Вторая, <i>n</i> = 50, подгруппы	84±5	12±5	4±3	6±3	4±3
1-я, <i>n</i> = 20	90±7	10±7	—	—	—
2-я, <i>n</i> = 30	80±7	13±6	7±5	10±6	7±5

чаще возникали у супружеских пар с неустойчивой психологической (социально-психологической) адаптацией, вследствие которой возобновлялась и сексуально-эротическая дезадаптация.

Самой трудной для коррекции оказалась 2-я подгруппа второй группы, в которой супружеская дезадаптация была обусловлена межличностным конфликтом супругов; в этой подгруппе отмечались и наибольшее число случаев неполной коррекции дезадаптации, и наибольший процент рецидивов, возникших в течение одного-двух лет после лечения и связанных с ухудшением межличностных отношений супругов. В первой группе рецидивы были вызваны обострением хронического простатита.

Полное восстановление сексуальной адаптации в результате комплексного воздействия (лечения

простатита и экскреторно-токсического бесплодия, а также психотерапевтической коррекции супружеской дезадаптации) было достигнуто у 81±5% супружеских пар, значительное улучшение, практически обеспечивающее достаточно гармоничные сексуальные контакты, — у 17±5% супругов.

Нормализация спермограммы и, следовательно, излечение экскреторно-токсического бесплодия были достигнуты у 94±3% мужчин первой и у всех пациентов второй группы.

Таким образом, проведение описанной системы психокоррекции обеспечило получение весьма высокого терапевтического эффекта, что позволяет рекомендовать ее для применения в клинической практике при сексуальной дезадаптации супружеской пары, в которой муж страдает экскреторно-токсическим бесплодием.

Л и т е р а т у р а

1. Юнда И. Ф. Простатиты.— Киев: Здоров'я, 1987.— 186 с.
2. Арнольди Э. К. Простатит: опыт, проблемы, перспективы.— Харьков: Каравелла, 1997.— 112 с.
3. Natural history of prostatism: Impaired health states in men with lower urinary tract symptoms / R. O. Roberts, S. J. Jacobsen, T. H. Rhodes et al. // J. Urol.— 1997.— Vol. 157.— P. 1711–1717.
4. Бесплодие в супружестве / Под ред. И. Ф. Юнды.— Киев: Здоров'я, 1990.— 463 с.
5. Кратохвил С. Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний: Пер. с чешск.— М.: Медицина, 1991.— 336 с.
6. Карнеги Д. Как завоевывать друзей и оказывать влияние на людей.— М.: Вече, 2003.— 650 с.
7. Кришталъ В. В., Григорян С. Р. Сексология.— М.: Пер Се, 2002.— 879 с.

Поступила 24.05.2007.