

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ДИСФУНКЦИИ У МУЖЧИН БЕЗ ПАРТНЕРШИ

Г.С. СМОЛИН

Украинская медицинская стоматологическая академия МЗ Украины, Полтава

Обосновывается актуальность проблемы оказания помощи мужчинам с эректильной дисфункцией, не имеющим сексуальной партнерши. Описаны предложенные автором подходы к коррекции нарушения сексуального здоровья мужчин и лечебные тактики.

Лечение нарушения эректильной функции у мужчин без партнерши представляет собой весьма сложную и пока мало исследованную проблему. Во многом это связано с установившейся в сексологии точкой зрения, что мужчина нуждается в помощи только если у него есть сексуальная связь, т. е. лечение должно проводиться в паре [1]. При этом не принимается во внимание существование порочного круга: расстройство эрекции не дает возможности пациенту вступить в сексуальную связь, а отсутствие половой жизни в свою очередь препятствует восстановлению эректильной функции. В результате до настоящего времени не разработана программа лечения одинокого мужчины, страдающего эректильной дисфункцией.

Под нашим наблюдением были 97 мужчин в возрасте от 22 до 65 лет с этой патологией, не имеющих сексуальной партнерши. Подробное обследование их с помощью метода системно-структурного анализа сексуального здоровья [2] позволило установить причины наблюдающейся у них анэрекции и невозможности вступить в сексуальный контакт. Оказалось, что причиной этого у 67 человек (у 35 молодых людей 22–35 лет, никогда не состоявших в браке, и у 32 разведенных мужчин в возрасте 35–45 лет) были психологические факторы, которые привели к коммуникативной сексуальной дезадаптации, а у 30 вдовцов в возрасте 49–65 лет — длительное половое воздержание, обусловившее угасание половых инстинктов, утрату стереотипа сексуального поведения и нарушение нейрогуморальной регуляции сексуальной функции.

В соответствии с выявленными причинами и патогенетическими механизмами развития эректильной дисфункции нами были разработаны направление и лечебная тактика в коррекции сексуального здоровья находившихся под наблюдением мужчин. Лечение больных с коммуникативной дезадаптацией проводилось методами психотерапии, направленной на преодоление личностных особенностей пациентов, препятствующих успешной, в том числе сексуальной, коммуникации, коррекция эректильной дисфункции у остальных мужчин проводилась биологическими методами в сочетании с психотерапией. Лечение осуществлялось в три основных этапа: информационный, выработки установки и научения — выработки навыков правильного сексуального поведения.

На информационном этапе пациенту следует предоставить достаточно полную и достоверную информацию, которая поможет ему адекватно оценить имеющееся у него сексуальное расстройство и убе-

дить в реальной возможности выздоровления. С этой целью используют рациональную (разъяснительную) психотерапию, индивидуальную и в группе [3], а также библиотерапию [4]. Молодые мужчины должны осознать, что секс не тождествен половому акту, который является частью, итогом сексуального общения. Пожилым людям следует разъяснять, что, хотя по мере старения их сексуальное влечение и скорость возникновения эрекции, естественно, снижаются, специфической границы, за которой исчезает способность получать удовольствие от полового акта, не существует и потенцию можно сохранить до глубокой старости. Но с возрастом мужчины нуждаются в более длительной тактильной стимуляции полового члена.

А. Грегуар [5] считает, что мастурбация при появлении возможности полового сношения помогает развитию более сильной эрекции, тогда как длительные промежутки между эякуляциями приводят к затуханию ответственных за сексуальное возбуждение нейрогормональных механизмов — «неиспользованные возможности пропадают».

На этапе выработки установки целесообразно использовать психотерапию и так называемые когнитивные методы. Целью когнитивной терапии является изменение самовосприятия и повышение самооценки пациента, нивелирование его неуверенности в себе. Полезен в этом отношении аутотренинг. Пациент должен убеждать себя, что не следует уклоняться от завязывания сексуальных отношений из-за страха быть отвергнутым или утратить эрекцию, и должен знать, что этот страх имеет место, даже если он не осознает его. В соответствии с когнитивным подходом пациенту рекомендуется задать себе вопрос: «А что, собственно, страшно, если я даже буду отвергнут?», разобраться в том, как он преувеличивает последствия отказа потенциальной партнерши, и представить себе, что будут и другие возможности. В случае утраты эрекции в процессе любовных игр или даже после пенетрации он также должен напомнить себе, что это отнюдь не является фатальным, что, возможно, ему не подходит данная партнерша, что такое случается со всеми и что при повторении попытки в следующий раз эрекция обязательно вернется.

С целью выработки правильного сексуального поведения используются методы поведенческой психотерапии. Такие методы, как известно, лежат в основе парной секс-терапии [6], но большинство из них не пригодны для лечения мужчин, не имеющих партнерши. Поэтому за рубежом применяют и счи-

тают весьма эффективным метод так называемой суррогатной терапии, т.е. предоставление пациенту заместительной партнерши, что дает возможность использовать методы парной терапии при лечении расстройств эрекции [7]. Этот подход имеет важное преимущество перед другими психотерапевтическими методиками, которое заключается в возможности приобретения сексуального опыта и снижения тревожности в реальных жизненных условиях. Суррогатная терапия представляет собой своеобразную тренировку в гетеросексуальном общении и способствует повышению уровня информированности в области секса и выработке сексуальных навыков.

У нас этот метод пока не применяется, хотя нельзя отрицать, что он может быть перспективным. Однако роль суррогатной партнерши сложна: она должна быть способна брать ответственность за пациента, уметь слушать, давать советы, внушать симпатию и, естественно, обеспечивать тактильную стимуляцию и сексуальное возбуждение. По поводу такой заместительной терапии высказывается и критика, которая сводится к тому, что из-за отсутствия «близких» взаимоотношений между суррогатной партнершей и пациентом этот метод лечения обречен на неудачу. Но, как ни парадоксально, суррогатная терапия часто оказывается действенной именно благодаря отсутствию тесных взаимоотношений. По-видимому, это объясняется тем, что суррогатные отношения меньше затрагивают личность пациента, элемент игры, установка на медицинский характер процедуры, оплата и ограниченность времени позволяют в определенной степени контролировать беспокойство. Кроме того, неудача в этих случаях не приводит к потере самоуважения, поскольку наличие проблемы недвусмысленно заявлено с самого начала. И наконец, общение пациента с суррогатной партнершей намного проще и легче, чем с подругой в реальной жизни.

Некоторые авторы рекомендуют для лечения эректильной дисфункции тренировку с мастурбацией. Мужчине рекомендуется стимулировать половой член до появления эрекции, затем прекращать стимуляцию до ее потери и снова возобновлять, что должно наглядно демонстрировать способность к восстановлению эрекции [5].

Мы на этапе выработки сексуальных навыков используем из поведенческих методов ролевые игры и считаем, что они помогают мужчинам без партнерши преодолевать тревогу, страх общения, дают возможность отрабатывать правильное поведение в вымышленной, но максимально приближенной к реальной жизни ситуации. Ролевые игры позволяют отработать приемы общения, особенно искусство разговора с женщиной, которая может играть роль и общительной, и сдержанной собеседницы. Игры должны содержать при этом не только поведенческий, но и информационный компонент.

Для наших пациентов с коммуникативной сексуальной дезадаптацией мы считаем наиболее эффективным методом научения правильному общению, в том числе сексуальному, коммуникационный тренинг [3]. Поскольку этот метод по своей сути является парным, для его проведения пациентам подбираются пары из

посторонних для них женщин, как правило, наших пациенток (независимо от имеющейся у них патологии), которые играют роль супруги (партнерши).

Цель тренинга — научить пациентов, как следует строить общение, находить выход из конфликтных ситуаций и вообще находить общий язык с партнершей независимо от той проблемы, с которой они обратились к психотерапевту.

Тренинг проводится в несколько этапов. До его начала следует определить нарушения в общении и уровень социально-психологической адаптации партнеров. Затем выясняется и фиксируется их собственная оценка коммуникации. После этого партнерам дают конкретные задания и инструкции, направленные на изменение их общения, и начинают непосредственное обучение правильной коммуникации.

Партнеров обучают так называемой супружеской тактике — позитивным формам поведения, предполагающим подавление агрессивных тенденций или их проявление. Супружеская тактика, основанная на общих принципах коммуникации, разработанных Д.Карнеги (1939), позволяет сознательно управлять поведением партнера. Десять ее основных правил: интерес к партнеру; умение слушать партнера; умение говорить о том, что его интересует; осторожное отношение к критике; избегание приказов; понимание и признание собственных ошибок; необходимость похвалы; умение войти в положение партнера; принцип «не ссориться» и необходимость улыбки. На этом этапе коррекции мы используем также «конструктивную ссору», методика которой разработана С.Кратохвилем [8].

В тех случаях, когда после проведенного курса психотерапевтической коррекции коммуникативной дезадаптации мужчины вступают в брак или завязывают сексуальные отношения, коммуникационный тренинг обязательно повторяется уже с женой или постоянной партнершей пациента.

Основным направлением лечения мужчин, у которых к коммуникативной сексуальной дезадаптации привело расстройство эрекции, обусловленное биологическими факторами, было медикаментозное лечение. Использовали хорошо зарекомендовавшие себя в клинической практике препараты виагры и пенигра (силденафила цитрат). Прием виагры приводит к расслаблению гладкой мускулатуры, вазодилатации и через 60 мин — к возникновению эрекции при наличии сексуальной стимуляции. Это позволяет при ее регулярном применении преодолеть последствия длительного полового воздержания и восстановить нарушенную эректильную функцию. Более быстрое действие (наступление эрекции через 18–19 мин) оказывает сублингвальный апоморфин — допаминный агонист, который усиливает проэрективные стимулы через гипоталамические нервные пути [9].

Но мы придаем особенно большое значение благотворному психологическому действию этих препаратов: зная, что эрекция обязательно возникнет, пациент приобретает уверенность в себе, перестает фиксироваться на возможности фиаско и в большинстве случаев вскоре может отказаться от медикаментозной стимуляции эрекции.

Для части наших пациентов (23,4%) указанные

препараты оказались неэффективными, а некоторым (5,8%) были не показаны из-за наличия сердечно-сосудистой патологии. В этих случаях мы назначаем нашим пациентам внутрикавернозные инъекции каверджекта. Этот препарат, хотя и менее удобный, чем пероральный прием виагры или пенигры, не имеет противопоказаний и обладает 95%-ной эффективностью.

При всех обстоятельствах медикаментозное лечение, как уже указывалось выше, сочеталось с психотерапией, направленной на ликвидацию коммуникативной сексуальной дезадаптации мужчин.

Проведение описанной системы помощи мужчинам с эректильной дисфункцией, не имеющим сек-

суальной партнерши, позволило получить следующие результаты.

Все молодые люди, никогда не состоявшие в браке, начали половую жизнь и 15% из них женились. Из разведенных мужчин снова вступили в брак 12 (37,5%), остальные установили сексуальную связь. Среди вдовцов снова женились 8 человек (26,7%), у остальных также появилась сексуальная связь.

Таким образом, разработанные подходы к коррекции сексуального здоровья одиноких мужчин, основанные на анализе причин и механизмов его нарушения, и использованные лечебные тактики открывают возможность эффективной помощи мужчинам с эректильной дисфункцией в решении их сексуальных проблем.

Литература

1. *Каплан С.* Основные принципы секс-терапии // Сексология: Хрестоматия.— С.Пб.: Питер, 2001.— С.368–378.
2. *Кришталь В.В., Григорян С.Р.* Сексология: Уч.пособие.— М.: Per Se, 2002.— 879 с.
3. *Kayata L., Szidlo D.* Sextherapy in groups // Sextherapy in Britain.— London: Open Univer.Press, 1988.
4. *Ellis A.* Does sex therapy really have a future? // Rational Living.— 1983.— V.18.— P.3–6.
5. *Gregoire A.* New treatment for erectile impotence // Brit.J. of Psychiatry.— 1992.— V.160.— P.315–326.
6. *Мастерс У., Джонсон В.* Концепция терапии // Сексология: Хрестоматия.— С.Пб.: Питер, 2001.— С.359–367.
7. *Zilbergeld B.* Men and sex.— Glasgow: Fontana/Collins, 1980.— 268 p.
8. *Кратохвил С.* Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний.— М.: Медицина, 1991.— 336 с.
9. Рекомендації Європейської асоціації урологів по еректильній дисфункції (імпотенції) // Медицина світу.— 2002.— Т.ХІІ, № 4.— С.185–189.

Поступила 26.03.2003

THE TACTICS OF ERECTILE DYSFUNCTION TREATMENT IN MEN WITHOUT A FEMALE PARTNER

G.S.Smolin

Summary

The importance of the issue of rendering the aid to the men with erectile dysfunction who do not have a female partner is substantiated. The author describes the original approaches to correction of the sexual health in the men and therapeutic tactics.