

Психодиагностика и психотерапия у мужчин с сексуальными расстройствами

И.И. Горпинченко, М.Н. Соколова

Украинский институт сексологии и андрологии, г. Киев

В помощь практическому врачу-сексологу рассмотрены основные вопросы психодиагностики и психотерапии сексуальных расстройств у мужчин. Обращается внимание на необходимость их использования в практической деятельности.

Ключевые слова: психодиагностика, психотерапия, сексуальные расстройства.

В связи с тем, что сексуальная дисфункция сопровождается различными психоэмоциональными расстройствами, являющимися ее причиной, следствием или ей сопутствующими, ранее считалось, что в большинстве случаев она имеет психогенное происхождение. Возможности психотерапии снижать выраженность или устранять симптомы нарушений эмоциональной сферы определили ее роль и значение в лечении сексуальных расстройств психогенного генеза. Появление новых современных диагностических методов оценки эректильной дисфункции (ЭД), в том числе объективной диагностики показателей гемодинамики полового члена, позволили по-новому определить роль тех или иных факторов в развитии ЭД [1, 2].

В результате исследований раскрыты новые тонкие механизмы биохимического обеспечения эрекции на уровне кавернозной ткани; выделены факторы недостаточности кровообращения, характерные для сосудистой ЭД; определена роль оксида азота как ключевого медиатора эрекции. Расширены представления о влиянии гормональных нарушений, состояния тонуса спинальных половых центров, урогенитальной сферы. Открытие и широкое применение в сексологической практике виагры (силденафила цитрата) явилось наиболее эффективным у пациентов с психогенной ЭД (84%) [1, 2].

Однако, несмотря на все эти новые существенные достижения современной сексологии, психотерапия сегодня по-прежнему занимает ведущее место в лечении психогенных расстройств эрекции, а при ЭД артериального, эндокринного, а также смешанного генеза сочетается с другими лечебными воздействиями. Ее значение возрастает в связи с увеличением частоты встречаемости психогенной ЭД, а также психогенного компонента в других формах сексуальной дисфункции, обусловленных усилением влияния новых социально-психологических и экономических факторов, среди которых основное место занимает личностный фактор.

Уделяется внимание на изменение социального и сексуального статуса современной женщины, межличностных и сексуальных отношений, функций семьи и многих других, не безразличных для сексуального здоровья мужчины психотравмирующих воздействий. Для выявления и оценки влияния всех этих факторов, для правильной постановки диагноза, выбора индивидуальных программ психотерапии и прогнозирования ее результатов возрастает значение психодиагностики, которая особенно важна на начальных этапах психотерапевтического консультирования и психотерапии. Ее результат является определяю-

щим не только для выбора того или иного метода психотерапии, но и ее эффективности [12, 13].

С учетом всех требований, предъявляемых к правильной диагностике, в клинике института разработан диагностический алгоритм [2], который помогает выявлять и оценивать влияние особенностей личности и психики пациента на возникновение и клиническое течение не только психогенной, но и других форм сексуальной дисфункции [1, 13].

С этой целью важно получить от пациента информацию: жалобы, сексологический анамнез, анамнез жизни, психоанамнез. Необходимо правильно оценить преморбидные особенности его личности. Немаловажное значение имеют данные анкетирования. В нашей клинике анкеты разработаны с учетом парности сексуальной функции, то есть содержат оценку самим пациентом/пациенткой особенностей личности, психики, эмоциональной сферы и сексуальности супруги/супруга, сексуальной партнерши/партнера, что повышает информативность исследования. В связи с влиянием социально-психологических факторов, способствующих изменениям и в социальном функционировании пациента, связанным с возникновением и клиническим течением сексуального расстройства и сексуальной дисгармонии в паре у многих пациентов, необходимы знания относительно этих значимых аспектов.

Различные расстройства эмоционального состояния, вплоть до развития неврозов, во многих случаях являются причиной или следствием межличностных конфликтов, в основе которых часто лежит психологическая и/или сексуальная дезадаптация супружеской пары, связанная с особенностями личности и характера каждого из супругов/партнеров. В связи с этим сексуальному партнеру (супругу или супруге) обязательно следует пройти все психодиагностические исследования. Необходимую информацию и сведения, особенно ценные для последующей психотерапевтической коррекции, часто удается получить из данных анкетирования и в процессе психотерапевтической беседы с обоими супругами и с каждым из них в отдельности.

Проведение психодиагностических исследований у женщины (супруги или сексуальной партнерши) необходимо еще и потому, что у нее могут быть не только психологические расстройства, а и сексуальные дисфункции, развившиеся под влиянием эмоциональных расстройств у мужчины (супруга или сексуального партнера) или же возникшие ранее самостоятельно. Мы наблюдали такие сочетания у 13,7% из 80 супружеских пар с психогенной и смешанной формами сексуальной дисфункции [2, 5]. В литературе также существуют данные о том, что у женщин со снижением полового влечения, аноргазмией, диспареунией и вагинизмом наблюдается повышение показателей депрессии по соответствующим шкалам СМИЛ [3, 5].

В диагностический комплекс обязательно включаются специальные психодиагностические методы и тесты. Они многочисленны и, как показывают наши исследования, на-

иболее информативными для практического врача-сексопатолога являются те из них, которые позволяют выявить наиболее часто встречающиеся у пациентов с сексуальной дисфункцией симптомы различных психоэмоциональных, невротических и личностных расстройств, особенно депрессии и тревоги, оценить их выраженность, и что особенно важно – состояние половой сферы и поведения.

Психодиагностические методы и тесты:

1. Стандартизированный метод исследования личности (СМИЛ – модификация метода ММР!) [12].
2. Госпитальная шкала Тревоги и Депрессии (НАДС).
3. Анкета PHQ-9.
4. Тестирование по опроснику GAD-7.
5. Шкала Гамильтона (НДРС).

В психодиагностике выделяют четыре основных направления:

- диагностика особенностей личности;
- диагностика характера межличностных взаимоотношений;
- диагностика изменений в процессе лечения;
- дифференциальная диагностика.

Особо следует остановиться на значении дифференциальной диагностики, особенно таких симптомов, как депрессия и тревога, поскольку она позволяет установить их принадлежность к невротическим или психотическим состояниям. Это помогает избежать ошибок как в диагностике, так и в лечении и психотерапией, и медикаментозными препаратами. Кроме того, это важно для выяснения причин межличностной и сексуальной дисгармонии супружеской или партнерской пары и ее устранения путем изменения поведения каждого из супругов или сексуальных партнеров [3].

Также следует обратить внимание на выявленное в отдельных случаях негативное отношение пациентов к необходимости психодиагностики. Так, среди некоторых пациентов, особенно с сосудистой ЭД, и даже иногда и психогенной, обращающиеся за сексологической помощью пациенты с соматогенной концепцией своего сексуального расстройства. При этом они недооценивают или не придают значения имеющимся у них нарушениям психоэмоционального состояния и не считают необходимыми психодиагностические исследования. Такая же установка наблюдалась и по отношению к психотерапии. В таких случаях следует объяснить пациенту их влияние на эффективность любого из предполагаемых методов лечения,

В зависимости от особенностей личности пациента [13] и возможного влияния на нее многих ситуационных воздействий и жизненных условий, в процессе психотерапевтического лечения может возникнуть необходимость включить в диагностический комплекс и другие дополнительные методы, тесты психологических исследований. Полученная новая информация также может потребовать аналогичных действий и со стороны психотерапии в целях повышения ее эффективности.

Результаты психодиагностических исследований влияют на выбор того или иного метода психотерапии, который подбирается с учетом формы сексуальной дисфункции, ее клинического течения, индивидуальных особенностей личности и психики пациента и пары. Кроме того, пристальное внимание следует уделять наличию в клинической картине сексуального расстройства таких симптомов, как депрессия и тревога, поскольку они, как было отмечено выше, наиболее часто встречаются у пациентов с сексуальной дисфункцией, их появление в основном определяется преморбидными тревожно-мнительными чертами личности пациента, сформировавшимися вследствие психотравмирующих влияний в детском возрасте.

По данным предыдущих исследований, проведенных в нашей клинике [2, 5], депрессия занимает второе место (24–26% случаев) среди факторов риска ЭД. Депрессивные проявления у 65% мужчин предшествуют сексуальной дисфункции, а у 35% являются ее следствием. Также отмечают некоторые особенности ее проявления в зависимости от формы сексуальной дисфункции. Так, у большинства пациентов с психогенной сексуальной дисфункцией чаще возникает реактивная (ситуационная) депрессия как реакция на психотравму у лиц с преморбидной личностной предрасположенностью. Реже встречается депрессия невротическая. Последняя, по данным литературы, может быть результатом хронического течения невротизации или невроза тревоги [7]. В зависимости от продолжительности и характера симптоматики, невротическая депрессия по МКБ-10 чаще классифицируется как «смешанное тревожно-депрессивное» или «ипохондрическое» и «расстройство адаптации» [11].

Свои особенности имеет развитие депрессивных симптомов при сосудистой форме сексуальной дисфункции, чаще наблюдающейся у мужчин среднего или пожилого возраста с тревожно-мнительными чертами характера, с ипохондрической фиксацией мыслей на своем сексуальном расстройстве, с предшествующими соматическими заболеваниями [1, 2]. У таких пациентов чаще диагностируют ипохондрическую или невротическую депрессию, которая усиливает сосудистые нарушения эрекции.

При смешанной форме сексуальной дисфункции, в основе которой лежит повреждение психической составляющей копулятивного цикла, также наблюдается связь депрессивных проявлений с личностными особенностями пациентов, в частности с тревожно-мнительными личностными чертами [2]. В клинической картине их сексуального расстройства присутствуют депрессивный фон настроения, тревожность, мнительность, эмоциональная лабильность. При выраженном преморбиде, длительной межличностной и сексуальной дисгармонии в супружестве у некоторых пациентов с течением времени формируется депрессивный синдром в сочетании с тревогой, астенией, ипохондрией и фобиями. Это нередко наблюдается также и при других формах сексуальной дисфункции, особенно при психогенной, при которой формируется синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи [8].

Необходимо обратить внимание на нередко присутствующие в клинической картине сексуального расстройства навязчивости и фобии, поскольку их число в последнее время возрастает. Известна их связь с тревожно-депрессивным расстройством настроения [6, 9]. При сексуальной дисфункции, согласно наблюдениям, они существуют постоянно и длительно и сильно ограничивают не только сексуальную, но и социальную активность пациента. Некоторые пациенты совершают различные приемы защиты, проявляющиеся в ритуальных действиях. Страх ожидания сексуальной неудачи даже после проведенного медикаментозного лечения присутствующего невроза навязчивых состояний в некоторых случаях полностью не устраняется. Мы наблюдали такого пациента с психогенной ЭД, у которого коитофобия периодически возобновлялась, несмотря на возможность совершения нормальных половых актов.

Методы психотерапии тревожно-депрессивных состояний, а также других эмоциональных расстройств при различных формах сексуальной дисфункции, используемые нами в наших предыдущих исследованиях, подробно рассмотрены и представлены в нашей статье, посвященной депрессии [5] а также в монографии «Лечение эректильной дисфункции» [4, 14], поэтому мы на них не останавливаемся.

Однако следует акцентировать внимание на том, что основными из них, используемыми в комплексе с другими методами, являются рациональная и когнитивная психотерапии. Когнитивная психотерапия преследует цели выявления и разрушения, приводящие к тревожно-депрессивным проявлениям, ошибочным умозаключениям, установкам и представлениям пациента, устраняет состояние дезадаптации и проблем поведения, а также профилактики рецидивов [10].

Для оценки результатов психотерапевтического лечения, после его завершения психодиагностические исследования повторяются. Результаты психотерапии оцениваются также парой (обоими супругами или сексуальными партнерами) посредством соответствующей записи в тех анкетах, которые они заполняли при первичном обращении к психотерапевту, а также в беседе с ними, которая носит рекомендательный характер. Очень важно нацелить пару на сохранение межличностной и сексуальной гармонии в их супружеских или партнерских отношениях для профилактики нарушений сексуального здоровья у одного или обоих супругов или сексуальных партнеров.

Следует обратить особое внимание на роль и возможности консультативной психотерапевтической помощи [5]. К сожалению, ее значение недооценивается большинством практикующих сексологов и андрологов, а между тем консультативная психотерапия является обязательной для всех пациентов с ЭД, независимо от ее формы, а

также для пациентов с другими видами сексуальной дисфункции и с семейно-сексуальными дисгармониями. Она направлена на выявление, снижение и профилактику сопутствующих ЭД расстройств личности, психики, межличностной и сексуальной дисгармонии пары.

С помощью психотерапевтического консультирования выявляются факторы риска, особенно те из них, которые способствуют декомпенсации патохарактерологического развития личности, повышают готовность к возникновению психосоматических заболеваний. Своевременное применение консультативной психотерапии облегчает работу сексопатолога, позволяет прогнозировать результаты как медикаментозного, так и других видов лечебного воздействия в зависимости от особенностей личности, психики и эмоциональной сферы пациента и пары, которые также оцениваются с использованием всего комплекса психодиагностических исследований.

Таким образом, важным моментом является привлечение внимания практикующих врачей, занимающихся оказанием лечебной помощи мужчинам с сексуальными расстройствами, к необходимости проведения психодиагностических исследований на этапе первичного обращения пациентов и последующей психотерапии с целью повышения эффективности лечебных мероприятий и профилактики семейно-сексуальных дисгармоний супружеской или партнерской пары.

Психодіагностика та психотерапія у чоловіків із сексуальними розладами

I.I. Горпинченко, М.М. Соколова

Для допомоги практичному лікарю-сексопатологу розглянути основні питання психодіагностики та психотерапії сексуальних розладів у чоловіків. Звертається увага на необхідність їхнього застосування у практиці.

Ключові слова: психодіагностика, психотерапія, сексуальні розлади.

Psychodiagnostic and psychotherapy for men with sexual disorders

I.I. Gorpynchenko, M.M. Sokolova

In a help to the practical doctor the basic questions of psychodiagnostic and psychotherapy of sexual disorders are considered a sexual health specialist for men. Attention applies on the necessity of their use for practice.

Key words: psychodiagnostic, psychotherapy, sexual disorders.

Сведения об авторах

Горпинченко Игорь Иванович – Украинский институт сексологии и андрологии, 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9а.
E-mail: sexology@sexology.com.ua

Соколова Мария Николаевна – Украинский институт сексологии и андрологии, 04053, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9а

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Горпинченко И.И. Особенности половых функций и сексуальных расстройств у мужчин среднего и старшего возраста: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – К., 1986. – С. 41.
2. Горпинченко И.И., Мирошников Я.О. Эректильная дисфункция. – Львів: Медицина світу, 2003. – С. 31–44.
3. Горпинченко И.И., Соколова М.Н. Сексуальное здоровье и неврозы // Здоровье мужчины. – 2005. – № 3 (14). – С. 53–56.
4. Горпинченко И.И., Соколова М.Н. Психотерапевтическое консультирование и лечение сексуальных расстройств // Здоровье мужчины. – 2004. – № 4. – С. 17–21.
5. Горпинченко И.И., Соколова М.Н. Депрессия при различных формах сексуальной дисфункции мужчины (диагностика, клиника, психотерапия) // Здоровье мужчины. – 2013. – № 3 (46). – С. 91–97.
6. Жмуров В.А. Навязчивости. Определения, анализ критериев навязчивостей // Клиническая психиатрия. – Элиста: ЗАОр НПП «Джангар», 2010. – С. 329–357.
7. Карвасарский Б.Д. Синдром невротической депрессии. Неврозы. – М., 1990. – С. 87–92.
8. Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и его лечение. – Харьков: Основа, 1995. – 279 с.
9. Кочарян Г.С. К вопросу о навязчивостях при неврозах // Український вісник психоневролога 11. – Харків, 1995. – Т. 3, вип. 1. – С. 275–276.
10. Кочарян Г.С. Когнитивные приемы в коррекции масштаба переживаний пациентов с сексуальными дисфункциями // Мир сексологии. – 2012. – № 3, часть 1 (Электронный научный журнал).
11. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств.
12. Соколова М.Н. Психотерапия эректильной дисфункции. Монография: Лечение эректильной дисфункции /под. ред. проф. И.И. Горпинченко. – К., 2008. – С. 26–36.
13. Соколова М.Н. Оценка личности сексологического больного // Сексология и андрология. – К., 1997. – С. 88–95.
14. Собчик Л.Н. Стандартизированный многопрофильный метод исследования личности СММЛ. – СПб: Речь; 2000, 219.

Статья поступила в редакцию 20.12.17

ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ

(один или несколько правильных ответов на каждый вопрос)

1. Психодиагностика проводится:

- При психогенной половой дисфункции
- При снижении либидо
- При ускоренной эякуляции
- При всех формах сексуальных расстройств
- При эректильной дисфункции.

2. Психодиагностика сопровождается:

- Исследованием уровня половых гормонов
- Определением скорости кровотока в половом члене
- Определением АД и частоты пульса
- Обследованием супружеской пары
- Определением липидов крови.

3. Чаще всего при сексуальных расстройствах выявляют:

- Астенический синдром
- Депрессивный синдром
- Биполярное аффективное расстройство
- Параноидный синдром
- Синдром навязчивых состояний.

4. Наиболее информативными для практического врача являются следующие психодиагностические методы:

- Стандартизированный метод исследования личности (СМИЛ)

- Госпитальная шкала Тревоги и Депрессии (НАДС)
- Анкета PHQ-9
- Тестирование по опроснику ГАД-7
- Шкала Гамильтона (НДРС).

5. Виды психотерапии, чаще всего используемые у пациентов с сексуальными расстройствами:

- Гипноз
- Рациональная психотерапия
- Когнитивная психотерапия
- Нейролингвистическое программирование (НЛП)
- Секс-терапия по Мастерсу и Джонсон
- Секс-терапия по методу Каплан.

6. Психотерапию у мужчин с сексуальными расстройствами целесообразно проводить:

- Индивидуально
- В группе
- Совместно с супругой (сексуальной партнершей) медикаментозной терапией
- Совместно с супругой (сексуальной партнершей) физиотерапией
- В сочетании с психотропными препаратами
- В комплексе с медикаментозной терапией.

Ответы на вопросы следует присылать в редакцию по почте или на электронный адрес.

Эл. адрес: alexandra@professional-event.com

Почтовый адрес: 03039, г. Киев, а/я 4.

Необходимый минимум – 90% правильных ответов.

Врачам, приславшим 90% и более правильных ответов, будут высланы сертификаты Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика