

Данный обзор подготовлен по материалам 22 Конгресса Европейской психиатрической ассоциации (март 2014 г., Мюнхен) участниками Образовательной программы ВПА «Восточноевропейская академия Всемирной психиатрической ассоциации и компании «Сервье» специально для медицинских журналов Восточно-Европейского региона Всемирной психиатрической ассоциации.

Психотерапевтические подходы в лечении сексуальных дисфункций

П.В.Краснова
Республиканский научно-практический центр психиатрии, психотерапии и наркологии МЗ РК, Алматы, Казахстан

В статье представлен обзор докладов по психотерапии, представленных на 22-м Европейском конгрессе психиатров. Рассмотрены психотерапевтические подходы в лечении различных форм сексуальных дисфункций. А также описаны такие подходы, как схематерапия и письмотерапия в индивидуальной психотерапии.

Ключевые слова: психотерапия сексуальных дисфункций, схематерапия, письмотерапия.

Psychotherapeutic Approaches to the Treatment of Sexual Dysfunction

P.V.Krasnova
Republican Science and Practical Center for Psychiatry, Psychotherapy and Narcology, Almaty, Kazakhstan

This article provides an overview of psychotherapy reports presented at the 22nd European Congress of Psychiatrists. Psychotherapeutic approaches to the treatment of various forms of sexual dysfunction were discussed. The paper describes so called schema therapy and therapeutic letters as a part of individual psychotherapy.

Keywords: psychotherapy, sexual dysfunction, schema therapy, therapeutic letters.

В данной статье предоставляются краткие описания нескольких докладов по психотерапии, представленных на 22-м Европейском конгрессе психиатров, проходившем с 1 по 4 марта в Мюнхене (Германия). Как всегда, данный раздел был не очень широко представлен среди большого количества докладов по психиатрии и наркологии. Чаше информация по психотерапевтическим подходам к лечению тех или иных заболеваний, включалась как один из подпунктов других более крупных работ по диагностике,

профилактике и медикаментозному лечению. Этот обзор включает доклады, посвященные исключительно психотерапевтическим подходам.

Одним из очень обсуждаемых докладов по психотерапии являлся доклад R.Balon «Является ли психотерапия актуальной, после того как стандартные способы лечения сексуальных дисфункций не помогли». Как уже отмечено, данный доклад вызвал бурю обсуждений и уже изначально был представлен, как «крайне спорный».

Самим автором предлагалась новая схема лечения различных форм эректильной дисфункции.

I. Линия лечения.

- Было предложено начинать с лечения у психотерапевтов и сексопатологов, так как этот метод является не инвазивным, подходит для более широкой диагностики причин, которые могли вызвать данную патологию, помогает, при необходимости подготовить пациента к другим формам лечения.
- Андрогенная терапия при гипогонадизме у мужчин.
- Таблетированные препараты.
- Вакуумные эректильные приспособления и кольца.

II. Линия лечения.

- Интеруретральные инъекции.
- Интракорпоральные препараты для инъекций.

III. Третья линия лечения предполагает хирургические вмешательства.

Далее автор выделил разные уровни в лечении сексуальных дисфункций:

- Простые подходы, которые не требуют большого количества вмешательств, могут быть применены при различных формах сексуальных дисфункций.
- Инъекции ботокса, которые могут применяться при вагинизме, вестибулодонии и различных тазовых болях.
- Хирургические вмешательства, которые могут применяться для увеличения точки G, уменьшения половых губ и т.д.

Предполагается, что все эти методики могут, а чаще должны применяться в комбинации с психотерапией, таким же образом, как психотерапия применяется в лечении депрессивных, тревожных и других расстройств. Кроме того возможна взаимосвязь вышеперечисленных расстройств с различными формами сексуальных дисфункций, или развитие их на фоне имеющейся сексуальной патологии.

В связи с вышеописанными возможными патогенетическими связями автор предлагает начинать консультацию любого пациента с сексуальными нарушениями с подробного сбора анамнеза, выявления возможных психологических причин возникновения и сопутствующих психологических симптомов. Автор рекомендует проводить консультацию в виде детального обсуждения, по возможности с обоими половыми партнерами.

Следующим этапом должно быть психо-сексуальное образование. Автор советует не брать в расчет возраст пациентов или их «заверения о наличии большого сексуального опыта», который, как показывает практика, не достаточен в отношении данной конкретной сексуальной дисфункции.

Кроме того в опросе нельзя обходить вопросы касающиеся стиля жизни: диеты, курения, принимаемого сопутствующего лечения и т.д.

Нужно отметить, что врачи уделяют все меньше и меньше внимания межличностным отношениям, а некоторые и вообще их не учитывают. Хотя, на практике выявляется, что взаимоотношения играют одну из наиболее важных ролей в развитии сексуальных нарушений.

Некоторые нарушения могут быть связаны с материальными трудностями.

Исходя из вышеописанных рекомендаций, можно говорить о частой необходимости присоединения психотерапии и сексуального образования к возможному медикаментозному и хирургическому лечению или являться следующим этапом.

Примерами такой комбинации лечения может быть:

- обучение (лучше обоих партнеров) при эректильной дисфункции технике мануального стимулирования, предшествующего коитусу, в комбинации с применением силденафила, рекомендация в использовании или смене различных позиций.
- можно также предложить образовательную методику при ранней эякуляции, выполнение различных тренировочных методик, которые могут помочь продлить эрекцию, применение техники «стоп-старт», во время полового акта. Необходимым является обучение применению анестезирующих средств с лидокаином, мезокаином и т.д.
- еще одним примером комбинативных методик терапии может являться применение бупропиона и обучение полового партнера при снижении либидо у женщин. Часто можно проследить связи данной проблемы с недостаточным количеством предварительных ласк, отсутствием нежности в действиях партнера, пассивной позицией в сексе самой партнерши.
- Возможно лечение вагинизма применением анестетика и вагинального дилататора в комбинации с психотерапией.

Почему основное медикаментозное лечение может потерпеть неудачу?

- Иногда, лечение просто не работает.
- Неправильный подбор биологического лечения, или отсутствие психотерапевтической поддержки. Можно отметить случаи исключительно психотерапевтического лечения при необходимости присоединения медикаментозных или хирургических форм лечения.
- Низкий уровень следования рекомендациям.
- Связь сексуальных нарушений с интерперсональными и межличностными проблемами.
- Злоупотребление алкоголем и наркотическими веществами.
- Культуральные и религиозные особенности.
- Сопутствующие проблемы со здоровьем или прием некоторых лекарственных средств.

Какие же способы психотерапии могут быть применены?

- Рациональная психотерапия.
- Психодинамическая психотерапия.
- Гипнотерапия.
- Различные формы тренингов.
- Сексотерапии.

Рациональная психотерапия включает активнотерапевтические подходы в решении проблем. Техника должна помогать пациенту в понимании и признании его/ее сексуальной проблемы, существовании психогенетических механизмов ее развития. Кроме того необходимы разъяснения и инструкции по сексуальному функционированию. Они включают в себя разъяснения механизмов развития утренней эрекции и возможности включения данного процесса в свою сексуальную жизнь. Необходимо улучшить отношение к сексу, включить и разъяснить возможности сексуальной стимуляции, обсудить возможности различных позиций. Часто необходимо рассказать пациенту о возможном усилении сексуального реагирования при

использовании слуховых, визуальных и тактильных стимуляторов.

Психодинамическая психотерапия может быть адресована к таким мужским проблемам, как перенос детско-материнских отношений на взаимоотношения сексуальных партнеров, низкая половая идентификация в родительских семьях, различное понимание в распределении полового функционирования в семье пациента, воздействие родительской семьи на видение сексуальности, наличие сексуальной травмы в детстве, сохранившаяся «вина» за мастурбацию. Также рассматриваются преимущественно женские проблемы, такие как: чопорное воспитание относительно сексуальных отношений, отношение к собственному телу, боязнь прикосновений, страх перед мастурбацией, модели мужского и женского поведения в родительской семье, частым бывает разочарование в сексуальных контактах во время прежнего сексуального опыта, работа с возможными травмами детства.

Гипнотерапия направлена на внушение возможности постгипнозного получения удовлетворения или успешности сексуальной активности, достижение уверенности в своих половых возможностях, суггестия релаксации вагины при вагинизме.

Различные формы тренингов, основными принципами которых являются обучение и повторение. Данные тренинги включают индивидуальную разработку и применение различных упражнений, использование специальных приспособлений: аутогенная тренировка и релаксация, маневр Семана, техника Мастера и Джонсона, упражнения Кегеля, аутостимуляция (с использованием зеркала, различных прикосновений, вибраторов, стимуляцией теплой водой, рекомендуемыми гелями), тренировки при вагинизме.

Сексотерапия включает систематическую партнерскую психотерапию сексуальных дисфункций. Регулярное выполнение семи основных упражнений во время сексуальных контактов, которые рекомендуют начинать сексуальную активность с прикосновений к телу партнера, исключая половые органы, с медленным их стимулированием и вовлечением в сексуальную активность. Использование различных позиций, в особенности «женщина сверху», ведение дневников.

Комбинированная терапия может и должна включать в себя различные формы психотерапии, использование медикаментозного лечения, любоврикантов, колец, помп, клиторостимулирующих приспособлений. Необходимым в терапии данных расстройств является креативность и решение вопросов взаимоотношений между партнерами.

Кроме того была представлена одна сессия, описывающая новые подходы в традиционной психотерапевтической работе, которые помогают выявить влияние детско-родительских взаимоотношений на формирование личности, отношений с партнерами и форм эмоционального реагирования.

Несколько докладов было посвящено лечению различных форм невротических и психических расстройств и подходам к методам схемотерапии (M. Slepecky, Slovakia, J. Vyskocilova, Чехия). Данная форма терапии помогает помочь пациенту и терапевту оценить различные формы эмоционального реагирования и поведения пациента с точки зрения ранее приобретенного, чаще негативного, опыта. Обычно, различные формы поведения наследуются из того или иного детского опыта, особенно при нарушении основных детских потребностей:

- безопасность (уверенность ребенка, что ничего плохого просто не может случиться);
- принятие (принятие ребенка окружающими таким какой он есть);
- аккредитация (я такой – я соответствующий);
- уважение (мои эмоции и нужды уважаются и учитываются).

Соответственно, при нарушении каких-либо из вышеперечисленных потребностей могут развиваться определенные формы поведения, ниже предлагаются наиболее часто встречающиеся модели определенных форм воспитания:

- **Уязвимая модель.** Данная форма поведения проявляется в необходимости быть печальным, тревожным жалким для достижения таких целей, как любовь, забота, безопасность.

У таких людей частыми являются такие симптомы, как депрессия, чувство безысходности, данные личности чувствуют себя нелюбимыми, потерянными; часто дети прилагают огромные усилия именно в тех областях, где их ждет заведомый отказ, обычно идеализируют любое мнение своих воспитателей.

- **Злобная и импульсивная.** Такие дети становятся злобными, задиристыми, выплескивают свои чувства в неуместной манере, ведут себя крайне раздражающе, добиваясь своих нужд. В данном случае основными симптомами будут: явно не мотивированные вспышки ярости, импульсивность, манипулятивные формы поведения, парасуицидальные действия.

- **Наказывающие, выскательные родители.** При данной форме воспитания, родители наказывают ребенка, создавая ощущение вынужденности данного действия, при любом, с их точки зрения, неправильном поведении, проявлении эмоций, ошибках в отношениях с другими людьми. Основными симптомами при данной форме воспитания являются: самобичевание, самокритика, самообвинения, самоуничужение, озлобленность на других.

- **Беспрестанная защита.** При таком воспитании все нужды и чувства ребенка урезаются, и он находится под постоянной протекцией взрослых. Основными симптомами таких людей являются: обезличивание, ощущение внутренней пустоты, скуки, склонность к транжирству, токсикомании, членовредительству, частые психосоматические заболевания.

- **«Здоровые взрослые».** В данной форме воспитания взрослые вникают в нужды ребенка, стремятся к его развитию, познанию чего-то нового, самостоятельному развитию коммуникативных навыков и автономности.

- **Толерантные родители.** В данном случае вырастают уязвимые, брошенные дети. В личностных чертах выявляется особая добросердечность, толерантность к своим действиям и действиям окружающих, склонность к оказанию помощи, особенно в формировании своей автономности и автономности других людей.

При рассмотрении данных форм воспитания, автор выделяет 10 основных схематических моделей возможного взрослого поведения, которые он объединил в 4 категории и представил в своем докладе:

1. Детская модель.
2. Дисфункциональная копирующая модель.
3. Родительская дисфункциональная модель.
4. Модель «здорового взрослого».

В психотерапевтической работе, знание и применение данной схематерапии позволяет не «копаться» в отдельных детских обидах, которые пациент предлагает как «повлиявшие на его жизнь и отноше-

ние к ней», а увидеть всю проблему в целом. Дает возможность показать причину того или иного реагирования пациента в какой-либо жизненной ситуации. Становятся понятными эмоции, испытываемые клиентом.

В данных формах психотерапевтической работы психотерапевт занимает позицию супервизора, а основную работу совершает клиент, он же оценивает форму полученного воспитания, особенности функционирования родительской семьи, свои собственные эмоции и выбранный стиль поведения. Такая психотерапевтическая тактика позволяет значительно уменьшить «сопротивления», со стороны психотерапевтируемого, не требует какого-либо давления со стороны терапевта и позволяет увидеть сразу «корень» проблемы.

После проведения данной одной или нескольких диагностических сессий, в ходе которых пациент выявил причины своего поведения, формирования эмоций, стал толерантнее к ним относиться, возникает вопрос: «как же с этим работать дальше?»

На данной конференции была представлена такая форма терапевтической работы как Письмотерапия (J.Pasko, Чехия).

Данная работа проводится в рамках домашнего задания и обрабатывается на последующих сессиях. Основными пунктами являются:

1. Письма к значимому человеку (матери, отцу и т.д.)
 - «Грязные» письма (без цензуры).
 - «Письма полные эмоций».
2. «Письма с другой стороны» (письма от лиц, «обидевших ребенка»).
3. К «ребенку-родителю», о важности «здорового родителя».
4. «Визитная карточка».

В докладе были приведены яркие примеры данных писем, которые, лучше чем любое объяснение помогают понять особенности данной работы.

Так, например, при письмотерапии «грязное» письмо может быть прочитано сначала самим пациентом, а затем для усиления эмоций и восприятия на слух, читается терапевтом, обсуждаются эмоции, вызываемые данным письмом. Следующей ступенью является домашнее задание, в котором клиент, в зависимости от задач терапии, пишет:

- письмо «взрослого к взрослому».
- «обмен ролями», который может включать создание компромисса, выражение сочувствия значимому родственнику.
- письма, такие как «я хороший и ты хороший».
- задачей данного письма должно быть чувство гордости, которое клиент будет испытывать, за написанное письмо, слова сказанные родственникам.

В других случаях, это могут быть письма поддержки и понимания своему родителю в том возрасте, когда он был ребенком, и у него были схожие детские проблемы. Выбор писем должен рассматриваться индивидуально и вытекать из задач, поставленных клиентом перед терапевтом.

Последним пунктом, после переработки писем должно быть создание визитной карточки, т.е. описание клиентом своих достижений, личного и карьерного роста, особенностей характера, которые были достигнуты благодаря или вопреки детскому опыту. Данная сессия является важной для подкрепления собственной значимости, повышения самооценки и веры в возможности изменения своей жизненной позиции.

Данные психотерапевтические подходы могут оказаться крайне важными в решении многих лич-

ностных и межличностных проблем, помочь решить сексуальные проблемы. Техника схемотерапии является крайне удобной, как в рамках сбора анамнеза, так и в терапии. Особую значимость письмотерапии можно отметить в работе, когда нельзя привлечь родителей и партнеров для семейной психотерапии, в случае когда они отказываются, находятся в пожилом возрасте или уже умерли. Надеемся, что представленный обзор найдет применение и будет полезен в работе с пациентами.

Сведения об авторе:

Краснова Полина Владимировна – психиатр, нарколог, ГККП на ПХВ РНПЦППН, г. Алматы, Казахстан

Литература

1. Balon R. Treatment in sexual medicine: What to do when a patient does not respond to the first line of treatment? USA.
2. Slepecky M., Kotianova A., Viscocilova J., Prasco J. Integration of schema therapy for cognitive behavioral therapist. Slovakia.
3. Vyskocilova J., Pasko J., Slepecky M., Kotianova A. Schema modes? Transference and countertransference. Czech Republic.
4. Prasco J., Vyskocilova J., Slepecky M., Kotianova A. Therapeutic letters using for emotional processing. Czech Republic.

Редакция журнала «Трудный пациент» приглашает к сотрудничеству авторов научных статей. Журнал является политематическим и публикует научные статьи, обзоры, лекции для врачей, практические рекомендации, описания клинических случаев и информационные сообщения по следующим основным направлениям: кардиология, пульмонология, ревматология, гастроэнтерология, аллергология, иммунология, эндокринология, неврология, хирургия, отоларингология, урология, проктология, акушерство и гинекология, венерология и дерматология, психиатрия, педиатрия.

Основные технические требования к статьям в журнал «Трудный пациент»

Рукопись в электронном варианте должна быть напечатана через 1,5–2 интервала в текстовом редакторе Word. Объем до 20 000 знаков (8–10 листов). В выходных данных статьи указываются: название, инициалы и фамилии авторов, их место работы (названия места работы писать полностью без сокращений, за исключением НИИ), город. Статья должна включать резюме, ключевые слова, сведения об авторах (Фамилия Имя Отчество полностью): ученая степень, ученое звание, должность и место работы, а также контактную информацию – почтовый адрес с индексом, телефон, адрес электронной почты, который указывается в напечатанной статье. Статья представляется в виде одного файла.

Оформление рукописи: название статьи, авторы, резюме (основное содержание статьи) и ключевые слова на русском и английском языках, текст, список литературы. Основной текст рекомендуется разбить на подразделы с заголовками.

Таблицы должны быть пронумерованы последовательно и напечатаны. Фотографии таблиц не принимаются. Каждая таблица должна иметь краткий заголовок, соответствующий содержанию, цифры в таблицах – цифрам в тексте. Пояснения к таблицам даются в сносках, в них следует также раскрыть все нестандартные сокращения, использованные в таблице. В тексте должны быть ссылки на все таблицы.

Иллюстрации должны быть выполнены профессионально или представлены в виде четких гляцевых черно-белых фотографий, размером 127×173 мм (не более 203×254 мм). Названия и объяснения деталей должны быть даны только в подписях к иллюстрациям, а не на самих иллюстрациях. В тексте статьи обязательны ссылки на рисунок. Таблицы и рисунки не должны дублировать друг друга. Подписи к рисункам делаются на отдельном листе с указанием номера рисунка. Для графиков и диаграмм отмечается, что дано по осям координат на приведенных кривых и т. п.

В **формулах** должны быть четко размечены все элементы: строчные (м) и прописные (М) буквы, синим отмечены латинские буквы, красным — греческие, четко выделяются подстрочные и надстрочные индексы; в случае цифр и букв, сходных по написанию (0 — цифра, O — буква), должны быть сделаны соответствующие пометки.

Сокращения и символы должны быть использованы только стандартные. Не использовать сокращения в заглавии и резюме статьи. Все сокращения (за исключением единиц измерения) могут быть использованы только после упоминания полного термина.

Цитируемые источники литературы во всех видах публикаций нумеруются в порядке их упоминания в тексте арабскими цифрами и заключаются в квадратные скобки. В библиографическом описании указываются фамилия, инициалы автора, название статьи, журнала, год, том, номер журнала, номера страниц «от» и «до»; в случае монографии — фамилия и инициалы автора (редактора), название, город, издательство, год, количество страниц. Текст на русском языке транслитерируем, используя сайт: <http://translit.ru> и вставляем после русского текста через слеш (/), в конце текста ставим в квадратных скобках in Russian – [in Russian] без точки в конце.

Материал не должен содержать более 3 таблиц или рисунков.

Во всех публикациях должны использоваться только **международные наименования ЛС**. Исключением являются: комбинированные, многокомпонентные ЛС, препараты на основе лекарственных растений или продуктов животного происхождения.

Статьи, ранее опубликованные или направленные в какой-либо другой журнал или сборник, не должны присылаться.