

УДК 616.89–008.442

ЛЕЧЕНИЕ ОБСЕССИВНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СЕКСУАЛЬНОГО СОДЕРЖАНИЯ

М. Л. Аркус, Н. Д. Кибрик, Ю. П. Прокопенко

ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России

Тревожно-фобические расстройства – одна из ведущих причин обращения пациентов к сексопатологу [14], составляют до 30% среди стержневых симптомов и почти 90% – среди сопутствующих [1, 9].

В сексологии выделяют специфический вариант тревожно-фобического расстройства – синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи (СТОСН) [7], который проявляется в ситуационных сомнениях в своей способности провести половой акт соответственно определенному образцу. В результате развития ситуационной тревожности половое возбуждение редуцируется, эрекция последовательно ухудшается. Таким образом, сношение оказывается невозможным из-за развития тех осложнений, которых боялся больной.

Другой вариант тревожно-фобических расстройств – коитофобия, которую относят к тревожно-фобическим (F40) и обсессивно-компульсивным (F420) расстройствам [11]. Коитофобия формируется самостоятельно, реже – как фаза развития СТОСН. Коитофобию относят к социальным фобиям [16], ее уникальность заключается в том, что социальная аудитория состоит всего из одного человека – сексуального партнера.

При СТОСН больные, как правило, считают себя полностью здоровыми и связывают свою неудачу (или череду неудач) с наличием неких отрицательных моментов (соматическое заболевание, ситуативная тревога, партнерская дисгармония и пр.), при устранении которых сексуальная функция нормализуется [12].

Больные коитофобией расценивают свое состояние как заболевание, мало поддающееся коррекции. Они не пытаются повторять ситуацию сношения снова и снова, а прекращают интимную жизнь, избегая ситуаций, в которых может появиться риск совершения сношения. В основе такого поведения имеет место страх самой ситуации коитуса, который воспринимается как тяжелый физический и/или психический стресс. Этот яркий, чувственный страх включает в себя факторы коитуса как физиологического и социального поведения: страх не иметь достаточной эрекции, осуждения со стороны партнерши и т.д.

При коитофобии больной понимает абсурдность страхов, но не может преодолеть их [13]. Достаточно быстро развивается обсессия: мысли о неизбежности сексуальной неудачи возникают в ситуациях, не относящихся к интимным, отвлекают от работы, приводят к постоянно сниженному настроению – вплоть до депрессии [6, 15]. Часто развиваются ритуалы, направленные на преодоление страха и улучшение сексуальных показателей.

Обсессивно-фобические расстройства сексуального содержания резко снижают качество жизни пациентов, в ряде случаев полностью прекращающих интимные отношения, что отражается на репродуктивном поведении, социальной и трудовой активности.

Терапия обсессивно-фобических расстройств сексуального содержания проводится по общепринятым рекомендациям и включает в себя психотерапию и психофармакотерапию. Однако парность сексуальной функции накладывает определенный отпечаток на психотерапевтический подход к лечению.

Психофармакотерапию проводят с учетом уровня воздействия препаратов – направленные на стабилизацию общего психического состояния и имеющие целью нормализацию настроения перед и во время стрессовой ситуации интимной близости.

При выраженных тревожных и тревожно-депрессивных состояниях рекомендовано применение антидепрессантов – паксил (20 мг 1 раз/сут), аурорикс (100–150 мг 2–3 раз/сут), кассадан (0,25 мг 2–3 раз/сут), amitриптилин (25 мг 2–3 раз/сут). При наличии беспокойства, тревожности в течение всего дня без выраженных колебаний – ксанакс (0,25 мг 2–3 раз/сут) или коаксил (12,5 мг 2–3 раз/сут). При наличии постоянной партнерши за 30–40 минут до полового акта могут быть назначены транквилизаторы (пассит, новопассит по 5–7 мл однократно и др.). Для повышения общего и психического тонуса пациентам рекомендованы адаптогены.

Одновременно с назначением психофармакотерапии начинают курс психотерапии, направленный на снятие тревожности по отношению к сексуальному контакту.

При выявлении СТОСН психотерапия играет основную роль в лечении, проводится в виде комплексных лечебных программ, построенных по определенным принципам.

Так, В.В.Кришталь [8] выделяет три элемента системы психотерапевтической коррекции: 1) когнитивный (информационный – формирование у пациента здоровых психологических установок); 2) аффективный (эмоциональный – преодоление невротических реакций на ситуацию); 3) конативный (поведенческий – активизация сексуальной функции пациента, научение правильному поведению путем супружеской психотерапии, секс-терапии). Лечебные воздействия проводятся непрерывно, последовательно и комплексно.

И.И.Горпинченко и соавт. [2] рекомендуют строить психотерапевтическую коррекцию личностных особенностей на рациональной психотерапии в форме сотрудничества с парой. Психотерапия направлена на снятие отрицательных психо-эмоциональных реакций, переключение внимания, активизацию личности пациента в нужном направлении, выбор цели и активной жизненной позиции.

По нашему мнению, наиболее эффективным методом терапии обсессивно-фобических расстройств сексуального содержания является супружеская секс-терапия. Она направлена на обучение интимной технике как выражению эмоционального отношения к партнеру, является выражением парности сексуальной функции и строится на помощи со стороны партнера.

Мы рассматриваем секс-терапию как вариант психотерапии сексуального расстройства с привлечением партнера в качестве со-терапевта, проходящей в виде тренинга для отработки различных аспектов взаимоотношений и поведения обоих партнеров. То есть имеет место интегрированная и систематическая лечебная программа. Секс-терапия дает возможность приспособления партнеров к индивидуальным запросам и возможностям, какими бы они ни были и с чем бы они не были связаны.

С учетом приведенных выше данных различных авторов, мы выделяем следующие этапы секс-терапии. 1. Сбор анамнеза. Первичное обследование пациента должно проводиться квалифицированным врачом-сексопатологом и завершиться постановкой компетентного трехуровневого синдромологического диагноза (согласно Приложению 3 Приказа МЗ СССР №110 от 15 марта 1990 года). 2. Анализ и коррекция полученных данных. Постановка структурного диагноза (отдельно для каждого партнера и для пары в целом). 3. Разработка комплекса и последовательности лечебных воздействий в зависимости от наличия или отсутствия психической патологии у обоих супругов, особенностей психологического профиля, типа супружеского взаимодействия, социальных особенностей пары и микросоциального окружения. 4. Применение

лечебного комплекса под постоянным контролем врача. Лечебный комплекс является ориентировочным и изменяется в соответствии с динамикой происходящих изменений.

В проведении секс-терапии прослеживаются три этапа лечебного процесса, совпадающие с содержанием этапов психо-сексуального развития.

1. Информационный этап. А – ознакомление пациентов с реальным содержанием сексуального расстройства; ознакомление с возможными вариантами решения проблемы; выбор оптимального варианта. Б – секс-просвещение, обсуждение существующего и желаемого диапазона приемлемости для каждого из партнеров и в данной паре. В – выработка у пациента (или у обоих партнеров) психологических здоровых установок на решение проблемы в рамках данной пары. Г – коррекция целей – смещение представлений пациента о «правильном» поведении во время близости (постановка недостижимых целей, как правило, является причиной дезадаптации супружеской пары).

2. Эмоциональный этап. Психотерапия, направленная на преодоление сомнений, невротических реакций на расстройство, семейно-сексуальной дисгармонии в целях свободного проявления собственных потребностей и возможностей в интимной жизни.

Для изменения эмоционального опосредования сексуального поведения проводят разъясняющую дискредитацию с целью коррекции его установок относительно причинных факторов расстройства, механизмов его развития и поддержания. Это интериоризирует «промежуточную установку» в сознании пациента, переводит его представления о структуре собственного расстройства с «организменного» уровня на «уровень отношений» путем понимания им зависимости «качества» сексуальной реакции от «качества и полноты» переживания удовольствия [4]. Разъясняющая дискредитация является продолжением коррекции целей.

3. Поведенческий этап: осуществление секс-терапевтических установок, активизация сексуальных функций пациентов. Проводится под регулярным контролем врача.

Психотерапевтическая часть секс-терапии подбирается адекватно выявленным нарушениям, а также личностным особенностям пациентов.

При любом нарушении сексуальной функции происходит смещение: начинает преобладать ориентированность на достижение конечной цели – достижение оргазма у партнера или у себя (при СТОСН) или проведение некоего «удачного» сношения (при коитофобии). Сам процесс близости перестает приносить удовольствие, поскольку протекает на фоне тревоги за конечный результат. Это подавляет гедонистический компонент секса, не позволяет получать удовольствие в процессе общения. Поэтому, в конечном счете, секс-терапия направлена на восстановление гедонистического компонента секса.

При проведении психотерапии до и во время курса секс-терапии врач особое внимание обращает на следующие факторы:

- наличие скрытых форм избегания сексуальной активности;
- присутствие фантазий и мыслей, снижающих возбуждение;
- отказ от совершения адекватных и эффективных действий, вызывающих возбуждение у самого пациента и его партнера;
- подавление сексуальных фантазий во время петтинга и коитуса.

В связи с выявленными подобными тенденциями врач в рамках психотерапии проводит ряд действий:

- психотерапию, направленную на разрешение тревожности и ожидания неудачи;
- стимулирует вербальный и невербальный контакт с партнером и обмен с ним происходящими эротическими переживаниями;
- выдает «разрешение» на осознание и демонстрацию сексуального удовольствия;
- рекомендует ауто-суггестивные методы повышения уверенности в себе перед началом интимной близости.

В процессе поведенческого этапа секс-терапии пациенты используют определенные приемы – инструменты секс-терапии: 1 – краткий вербальный и невербальный контакт во время ласк и близости; 2 – техника «стоп-старт» и ее варианты; 3 – техника «рука-на-руке»; 4 – мануальное моделирование; 5 – «мост» при проявлении коитальной гипооргазмии у женщины (при наличии подобного расстройства): 6 – чувственное фокусирование (ЧФ) [17] или услаждение [18] – регулярное и структурированное петтинговое поведение на фоне длительного запрета коитуса в рамках секс-терапии. ЧФ заключается в услаждении партнерами друг друга в начале в пределах платонического-эротического компонента либидо (чувственное фокусирование-I), а затем – эротико-сексуального компонента (чувственное фокусирование-II).

Таким образом, в идеальном случае достигается прохождение последних этапов психо-сексуального развития и построение зрелой сексуальности с участием партнера, что создает предпосылки для реализации эффективного сексуального взаимодействия.

В рамках ЧФ восприятие эротической стимуляции трактуют как совокупность слуховых, зрительных, обонятельных, тактильных факторов.

При назначении ЧФ-I в течение нескольких недель супруги практикуют чувственные ласки всего тела, а также невыраженных эрогенных зон (как правило, кроме гениталий и области груди у женщины) на фоне запрета полового акта. Общий смысл ЧФ-I – пробуждение способности получать удовольствие от самого процесса ласки, без ориентировки на достижение некой конечной цели. При этом удовольствие возникает как при получении, так и при отдаче ласк.

Переход к ЧФ-II осуществляется после достижения партнерами определенных сдвигов в общих и сексуальных отношениях: улучшения общих отношений, выработки достаточно эффективной эротической техники, преодоления невротических наслонений и т.д.

Стимуляция основных эрогенных зон в рамках ЧФ-II проводится в игровой манере, практикуется для выражения нежности и ласки, любви и расположенности к партнеру, но не для обязательного достижения оргазма. Общий смысл ЧФ-II заключается в расширении понимания супругами смысла интимного общения, как способа коммуникации, а не только (а в ряде случаев – и не столько) сексуального удовлетворения.

В процессе секс-терапии планируется достижение следующих задач: 1 – контролируемое смещение акцентов при интимном контакте; 2 – изменение приоритетов; 3 – усиление эротизации; 4 – повышение сенсорного контакта; 5 – преодоление невротического ожидания акта с обеих сторон; 6 – усиление нагрузки на сильную сторону и снятие нагрузки со слабой стороны; 7 – полное снятие невротизирующих обязательств со слабой стороны; 8 – преодоление несоответствия запросов и возможностей обоих партнеров; 9 – восстановление гедонистического компонента интимной близости; 10 – гармонизация эротической и сексуальной стимуляции.

В супружеских парах, где мужчина страдает СТОСН, нередко выявляется семейно-сексуальная дисгармония, что проявляется явным или скрытым сопротивлением женщины проведению секс-терапии. Это требует дополнительных психотерапевтических мероприятий по отношению к партнерше [10].

В случаях, когда мужчина не имеет партнерши (большинство случаев коитофобии и около 40% случаев СТОСН), психотерапия [3] проводилась по следующим этапам.

1. Формирование адекватных представлений об интимных отношениях, межличностных связях, различиях и последовательности общих, дружеских, эротических, сексуальных отношений.

2. Формирование у пациента образа объекта сближения – как в психологическом, так и в физическом планах.

3. Выработка оптимальной модели поведения пациента на всех этапах сближения – от знакомства до полового акта.

4. Проигрывание обсужденных сцен и последовательностей в состоянии самогипноза, обучение которому проводилось параллельно первым этапам психотерапии, причем с учетом изменений в соответствии с внутренней комфортностью данной тактики [5].

5. Обсуждение и коррекция поведения в процессе выполнения первых этапов выработанной тактики – по мере появления затруднений или неожиданных результатов.

6. Выработка и тренировка вербальных и невербальных способов общения с партнершей на всех этапах сексуальной близости.

7. Способы психологической защиты при получении неудовлетворительного результата на любом этапе терапевтического процесса.

При проведении указанных мероприятий 69,4% мужчин, страдающих СПЦД (как одиноких, так и состоящих в браке), возобновили или начали половую жизнь в рамках терапевтического про-

цесса (3–4 мес. от начала терапии). Еще 16,2% мужчин вступили в сексуальные отношения с новыми партнерами в течение 6 месяцев от начала терапии.

Среди пациентов, страдающих коитофобией, эти цифры составили 61,6% и 13,7%.

Таким образом, терапия тревожно-фобических расстройств сексуального содержания, включающая в себя фармакотерапию и психотерапию, является эффективной для большинства пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильченко Г.С. и соавт. Частная сексопатология. М.: Медицина, 1983. Т. 1. 351 с.
2. Горпинченко И.И. и соавт. Сексуальное здоровье и неврозы // Всеукраинский научно-практический журнал «Здоровье мужчины». Киев, 2005. № 3. С. 53–56.
3. Дворкин Э.М. Методики психотерапии сексуальных расстройств у мужчин в амбулаторных условиях: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. СПб., 1992.
4. Жарков Ю.Н. Секс-терапевтическая практика. М.: Фиреро, 1993. 51 с.
5. Иванов Н.В. Вопросы психотерапии функциональных сексуальных расстройств. М.: Медицина, 1966. 187 с.
6. Карандашева Э.А. Фобический синдром при неврозах: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 1974.
7. Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и его лечение. Харьков: Основа, 1995. 277 с.
8. Кришталь В.В. Психотерапевтическая коррекция супружеской пары при сексуальной дисгармонии // Исследование механизмов и эффективности психотерапии при нервно-психических заболеваниях. Л., 1992. С. 47–51.

9. Кришталь В.В., Григорян С.Р. Сексология. М.: Per Se, 2002. 627 с.
10. Руснак А.Н. Сексуальная дисгармония супружеской пары при неврозе навязчивых состояний у мужа и ее психотерапевтическая коррекция: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. Харьков, 1991. 29 с.
11. Чуркин А.А., Мартошов А.Н. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. М.: Триада-Х, 1999. 232 с.
12. Agmo A. Functional and dysfunctional sexual behavior: a synthesis of neuroscience and comparative psychology. Amsterdam, Boston: Academic, 2007.
13. Bourne E.J. The anxiety, phobia workbook. 3rd ed. New Harbinger Publications, 2000.
14. Fagan P.J. Sexual disorders: perspectives on diagnosis and treatment. Johns Hopkins University Press, 2004.
15. Goodman W.K., Rudorfer M.V., Maser J.D. (Eds.). Obsessive-compulsive disorder: contemporary issues in treatment. Mahwah, N.J.: L. Erlbaum Associates, Publishers, 2000.
16. Kaplan H.S. Disorders of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy. New York: Brunner, Mazel, 1987.
17. Masters W.H., Johnson V.E. Human sexual inadequacy. Toronto, New York: Bantam Books, 1970. 463 p.

ЛЕЧЕНИЕ ОБСЕССИВНО-ФОБИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ СЕКСУАЛЬНОГО СОДЕРЖАНИЯ

М. Л. Аркус, Н. Д. Кибрик, Ю. П. Прокопенко

Тревожно-фобические расстройства – одна из ведущих причин обращения пациентов к сексопатологу. В рамках указанной нозологии выделяют синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи, который проявляется в ситуационных сомнениях в своей способности провести половой акт соответственно определенному образцу; а также коитофобию, которую относят к тревожно-фобическим и обсессивно-компульсивным расстройствам. Обсессивно-фобические расстройства сексуального содержания резко снижают качество жизни пациента, отражаются на репродуктивном поведении, социальной и трудовой активности. Терапия обсессивно-фобических расстройств сексуально-

го содержания включает в себя психофармакотерапию (антидепрессанты и транквилизаторы) и психотерапию, с учетом парности сексуальной функции. Патогенетически оправданной является супружеская секс-терапия, проводимая по определенным этапам. В результате конструктивно корригируемой секс-терапии восстановление интимной жизни отмечено у 2/3 пациентов. Для одиноких пациентов разработана индивидуальная психотерапия, формирующая образ партнерши, тактику поведения с ней, технику интимного общения.

Ключевые слова: обсессивно-фобические расстройства сексуального содержания, терапия.

TREATMENT OF OBSESSIVE-PHOBIC SEXUAL DISORDERS

M. L. Arkus, N. D. Kibrik, Yu. P. Prokopenko

Anxious-phobic disturbances are a common reason for seeking sexological help. Within framework of this nosology, the authors distinguish the anxious expectation of sexual failure syndrome, which shows itself in situational doubts in one's capacity to have a sexual intercourse in accordance to some standard, and also coitophobia, which seems to belong to anxious-phobic and obsessive-compulsive disorders. Obsessive-phobic sexual problems have a pronounced negative effect on the person's quality of life, and also influence his reproductive behavior and social and labor activities. Treatment of obsessi-

ve-phobic sexual disorders includes medication (antidepressants and tranquilizers) and psychotherapy with involvement of the partner. Spouse sexual therapy seems to be pathogenetically justified, and it should follow a certain succession of stages. As a result, recovery of sexual life is found in 2/3 of patients. For single patients, individual therapy has been developed that forms the image of a female partner, and teaches the ways to approach her as well as the technique of intimate contacts.

Key words: obsessive-phobic sexual disorders, treatment.

Аркус Максим Леонидович – младший научный сотрудник отделения сексопатологии ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: arkusmaxim@mail.ru

Кибрик Николай Давидович – профессор, доктор медицинских наук, руководитель отделения сексопатологии ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: dok-kibrik@mail.ru

Прокопенко Юрий Петрович – кандидат медицинских наук, научный сотрудник отделения сексопатологии ФГУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития России; e-mail: lalalama@mail.ru