

К вопросу о воздействии психосоматических заболеваний на сексуальное здоровье.

Психологическая помощь

Ю.В. Кукурекин, Е.Ю. Тарапура, Е.Ю. Кукурекина

Луганская областная клиническая психоневрологическая больница

Установлено, что хотя соматическое и психическое у человека являются качественно разными явлениями, но реально представляют лишь разные стороны единой конкретной личности. Следовательно, подход к оказанию специализированной медицинской помощи, особенно при нарушениях сексуального здоровья, должен охватывать различные стороны соматического и психического состояния личности. В этой связи необходимо проводить психокоррекционную работу на фоне терапии имеющейся соматической патологии, используя различные методы и подходы психологической коррекции и консультирования. Это позволяет добиться положительных результатов у пациентов, имеющих психосоматические заболевания с расстройствами сексуального здоровья.

Ключевые слова: психосоматика, психосоматические нарушения, сексуальное здоровье, стресс, психодинамика.

Психосоматика (*psyche* – душа + греч. *soma, somatos* – тело) – это направление в медицине, изучающее функциональную и органическую патологию внутренних органов, в этиологии и патогенезе которой основная роль принадлежит психогенным, в первую очередь стрессовым воздействиям [2].

Соматическое и психическое, хотя и являются качественно различными явлениями, но реально представляют лишь различные стороны единого живого конкретного человека. Отрывать эти стороны друг от друга в исследованиях проблемы болезни представляется принципиально неверным. Представители как психиатрии, так и соматической медицины, единодушно разделяют мнение о том, что при некоторых расстройствах имеет место сочетание как психоэмоциональных, так и соматических нарушений. Соматические сдвиги, возникновение которых изначально более связано с психоэмоциональными сдвигами, впервые назвал «психосоматическими» в 1818 году немецкий врач R. Heinroth (Johann Christian August Heinroth).

Существует несколько теорий, объясняющих происхождение психосоматических заболеваний.

1. Психосоматические заболевания являются следствием стресса, обусловленного длительно действующими и непреодолимыми психотравмами.

2. Возникновение психосоматических заболеваний связано с внутренним конфликтом между одинаковыми по интенсивности, но разнонаправленными мотивами индивида. Предполагается, что некоторые типы мотивационных конфликтов специфичны для отдельных форм психосоматических заболеваний.

3. Неразрешимый конфликт мотивов (как и неустрашимый стресс) порождает в конечном счете реакцию капитуляции, отказ от поискового поведения, что создает наиболее общую предпосылку к развитию психосоматических заболеваний. Это проявляется в виде явной или маскированной депрессии. Поражение же тех или иных органов и систем обус-

ловлено генетическими факторами или особенностями онтогенетического развития, определяющими и недостаточность механизмов психологической защиты [8, 9].

Для таких отношений, как сексуальные, психосоматический подход имеет огромное значение. Внешне одинаковые проявления нарушений половой функции имеют различные причины. Причем, это может быть не одна причина, а их совокупность. И для эффективного лечения надо четко представлять структуру сексуального нарушения. Выделяют группу органических причин (сосудистые, неврологические, эндокринные) и группу психогенных причин сексуальных дисфункций. В молодом и среднем возрасте преобладают психогенные формы нарушений, а в пожилом – органические. Таким образом, уже признана многофакторность половых расстройств, которые могут возникать при разнообразных формах психической, неврологической, урологической, гинекологической, эндокринной патологии [3–5].

На данный момент существуют критерии, благодаря которым возможно разграничение органических и психогенных причин сексуальной дисфункции. Так, нарушения органического характера возникают постепенно, ночные спонтанные эрекции отсутствуют, либидо и эякуляция в пределах нормы, при этом, проблемы возникают при любых обстоятельствах. Психогенные сексуальные дисфункции характеризуются внезапным началом, ночные спонтанные эрекции сохранены, имеются проблемы во взаимоотношениях, которые возникают при определенных обстоятельствах [3, 4].

Необходимо обратить особое внимание на сексуальные нарушения, обусловленные хроническим психологическим стрессом. Так как это настоящий бич современного общества. Дело в том, что человек эволюционно не рассчитан на длительные стрессы. Если на нашего предка напал хищник, то стресс не длился долго. Или наш предок убежал, или побеждал хищника, или погибал. В любом случае стресс прекращался. Причем, если человек спасался (убежал или побеждал), то он оказывался в ситуации победителя, испытывал эмоцию радости и ликования. Если стресс это отрицательная эмоция (тревога, страх, агрессия и т.д.), то выход из стресса означает переход в положительную эмоцию победителя. Реакции мобилизации при стрессе сопровождаются повышением уровня адреналина, уровня глюкозы, активацией симпатического отдела нервной системы и увеличением уровня надпочечниковых гормонов. Соответственно снижается уровень половых гормонов: чем больше надпочечниковых гормонов, тем меньше половых и наоборот. И в момент стресса сексуальность тормозится как по гормональным, так и по психологическим механизмам (надо спастись, и тут не до секса). А положительная эмоция при выходе из стресса сопровождается повышением уровня «гормонов удовольствия». Эти гормоны удовольствия снижают механизмы мобилизации, все в организме приятно расслабляется, человек выходит из стресса. Сексуальность при этом возрастает

прежде всего по гормональным механизмам: раз снижаются надпочечниковые гормоны, то возрастают половые. А с точки зрения эволюции, раз ты успешен и побеждаешь стрессы, ты должен размножаться и передавать успешные гены победителя потомству.

Этот механизм подстегивания сексуальности за счет короткого и успешно преодоленного стресса, что дает радость победы, используется достаточно широко. Но поскольку у современного человека преобладают долгие и, обычно, тяжело разрешимые психологические стрессы, то приходится прибегать к коротким, основанным на физической нагрузке. Прыжки с парашютом и другие экстремальные виды спорта и все то, что позволяет «пощекотать нервы» и «подстегнуть адреналин», все это дает короткую реакцию мобилизации, эмоцию победы и активизацию сексуальности.

В ситуациях, когда стресс длится долго, не приводя к успеху и не вызывая эмоции победителя (что более характерно для современной жизни), стрессы приобретают уже не физический характер, при которых адреналин и глюкоза крови «сжигаются», а психологический характер, т.е. не решаются за счет физической активности. Такие стрессы переходят в стадию истощения (в дистресс) и снижают сексуальность. При таких затяжных стрессах сексуальность будет страдать, а реакции мобилизации будут выходить за естественные физиологические пределы и могут становиться патологическими [5].

Хронический стресс сильнее всего влияет на человеческую психику вплоть до самых глубоких, подсознательных ее слоев, порождая такие «черные» состояния, как подавленность, гнев, тревожность или чувство вины. Все эти переживания неизбежно ослабляют сексуальное влечение. Кроме того, назойливые мысли и беспокойство, связанное с работой, домашними делами, состоянием здоровья или нехваткой денег, могут целиком завладеть людьми как раз тогда, когда вам хотелось бы хоть немного расслабиться и порадовать себя близостью с любимым человеком.

Практически любая из психологических причин может привести к снижению сексуального влечения, повлиять на возбуждение и привести к нарушению эрекции. Почти 90% всех мужчин, испытывающих тяжелую депрессию, в той или иной степени переживают дисфункцию, связанную с эрекцией.

Психосоматические состояния не лечат лекарственными средствами, применяемыми при психических заболеваниях, если только нет сопутствующих сильно выраженных тяжелой депрессии, генерализованного тревожного расстройства, обсессивно-компульсивного или панического расстройства. При необходимости медикаментозно облегчают конкретные физические симптомы. Обычный подход – психотерапия и психокоррекция, если пациент осознает связь между испытываемыми эмоциями и физическими жалобами [1–3].

При сексуальных психосоматических нарушениях имеет смысл использовать различные психологические способы воздействия как в чистом виде, так и их комбинации.

Так, одним из зарекомендовавших себя с лучшей стороны является психодинамический подход.

Термин «психодинамика» был введен в 1918 г. Р. Вудвортсем. Согласно определению в центре психодинамического подхода находятся вопросы, связанные с динамическими аспектами психики, т.е. мотивами, влечениями, побуждениями, внутренними конфликтами (противоречиями), существование и развитие которых обеспечивают функционирование и развитие личностного «Я». Центральным понятием в представлении всех сторонников психодинамического подхода о причинах нарушения в поведении и эмоциональной

жизни клиента является понятие конфликта. Конфликты – причины этих нарушений. Таким образом, все коррекционные и психотерапевтические методы направлены на разрешение этих конфликтов. А главной задачей является доведение до сознания клиента конфликтной ситуации, связанной с неприемлемостью для него бессознательных влечений. При этом полагается, что именно осознание наличия бессознательных импульсов и самой конфликтной ситуации – путь решения этих конфликтов [10, 12].

Другим продуктивным направлением является клиент – центрированный подход К. Роджерса.

Американский психолог К. Роджерс в книге «Клиент – центрированная терапия: современная практика, смысл и теория» обосновал принципиально новый недирективный подход к работе с клиентом. Согласно взглядам К. Роджерса индивид взаимодействует с реальностью, руководствуясь врожденной тенденцией организма к развитию своих возможностей, обеспечивающих его усложнение и сохранение. Человек обладает всей необходимой компетентностью, чтобы решать возникающие перед ним проблемы и направлять свое поведение должным образом. Однако эта способность может развиваться только в контексте социальных ценностей, в котором человек получает возможность устанавливать положительные связи [11].

Патогенетический подход

На внедрение этого метода в нашей стране существенное влияние оказала концепция патогенетической психотерапии. Основные положения ее как системы личностно-ориентированной психотерапии были сформулированы на основе «психологии отношений» В.Н. Мясищева (1893–1973) еще в 30–40-х годах. Одним из фундаментальных положений последней явилось понимание личности как системы отношений индивида с окружающей социальной средой. Начало исследования личности как системы отношений связано с именами основателей русской медицинской психологии В.М. Бехтерева и А.Ф. Лазурского. В дальнейшем эти исследования были продолжены и развиты их учеником В.Н. Мясищевым, которому и принадлежит более детальная разработка указанной концепции личности как в общепсихологическом плане, так и применительно к теории и практике медицины, и в особенности – к учению о неврозах и психотерапии.

Главная характеристика личности, по В.Н. Мясищеву (1960), – система ее отношений, прежде всего отношений с людьми, формирующихся в онтогенезе в определенных социально-исторических, экономических и бытовых условиях на базе физиологической деятельности мозга. Эти отношения представляют преимущественно сознательную, основанную на опыте, избирательную психологическую связь человека с различными сторонами жизни, которая выражается в его действиях, реакциях и переживаниях. Отношения характеризуют степень интереса, интенсивность эмоций, желания и потребности, поэтому они и являются движущей силой личности. Выступающим в качестве важнейшего структурообразующего компонента во взаимосвязи с другими психическими явлениями – психическими процессами, свойствами и состояниями – отношениям личности присущи следующие особенности: уровень активности, соотношение рационального и иррационального, адекватного и неадекватного, сознательного и бессознательного, устойчивости или неустойчивости, широта или узость, рациональная или эмоциональная обусловленность и др. Личность проявляется в разных областях и прежде всего в социальных отношениях и взаимоотношениях, отношениях в семье, на производстве, к труду и др. В структуре отношений особенно важным явля-

ется отношение человека к самому себе. Значимость последнего определяется тем, что отношение к себе – это один из компонентов самосознания (самосознание: самопонимание, самооценка, саморегуляция). Именно отношение к себе, будучи наиболее поздним и зависимым от всех остальных, завершает становление системы отношений личности и обеспечивает ее целостность [6].

Экзистенциальное направление

К экзистенциальному направлению относят теории и системы личностной коррекции, основанные на теории экзистенциализма, подчеркивающей важность проблем человеческого становления и ответственности человека за свое личностное становление, когда упор делается на «свободную волю», осознание ответственности человека за формирование собственного внутреннего мира и выбор жизненного пути. При таком подходе целью коррекции становится доведение до понимания человека смысла, который он хочет придать своей жизни [8, 10].

Аутогенная тренировка

Аутогенная тренировка (от греч. *autos* – сам и англ. *training* – тренировка, специальный тренировочный режим) – метод самовнушения, разработанный немецким психотерапевтом И. Шульцем в 1932 г. Этот метод предполагает обучение людей мышечной релаксации (расслаблению) и самовнушению в целях последующего самостоятельного использования для воздействия на свое психическое и физическое состояние. Первоначально путем самовнушения достигается расслабление мышц (релаксация), а затем в этом состоянии проводят самовнушение, направленное на те или иные органы и функции организма. Терапевтический эффект основан на релаксации, целенаправленном самовнушении и их комбинации [7].

До питання про вплив психосоматичних захворювань на сексуальне здоров'я. Психологічна допомога Ю.В. Кукурекін, Є.Ю. Тарапура, Є.Ю. Кукурекін

Встановлено, що хоча соматичне і психічне у людини є якісно різними явищами, але реально представляють лише різні сторони єдиної конкретної особи. Отже, підхід до надання спеціалізованої медичної допомоги, особливо при порушеннях сексуального здоров'я, повинен охоплювати різні сторони соматичного і психічного стану особи. У зв'язку з цим необхідно проводити психокорек-

тивальну роботу на тлі терапії наявної соматичної патології, використовуючи різні методи і підходи психологічної корекції і консультування. Що дозволяє добитися позитивних результатів у пацієнтів, що мають психосоматичні захворювання з розладами сексуального здоров'я.

Ключові слова: психосоматика, психосоматичні порушення, сексуальне здоров'я, стрес, психодинаміка.

To a question on the impact of psychosomatic diseases to sexual health. Psychological help Y. Kukurekin, E. Y. Tarapur, E. Y. Kukurekina

It is certain that although somatic and psychical for a man are qualitatively the different phenomena, but really different parties present only to single concrete personality. Consequently, going near providing of the specialized medicare, especially at violations of sexual health, must embrace different parties of the somatic and psychical state of personality. It is in this connection necessary to conduct psikhokorrekcionnyu work on a background therapy of present somatic pathology, using different methods and approaches of psychological correction and advising. That allows to put up a good show for patients having psychosomatic diseases with disorders sexual.

Key words: psychosomatic, psychosomatic disorders, sexual health, stress, and psychodynamics.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айзенштат С. /Лечение психосоматических расстройств/ Расстройства психики / Все о женском здоровье: гарвардская энциклопедия, 2008.
2. Александров Ю.А. Пограничные психические расстройства: Руководство для врачей. – М.: Медицина, 1993. – С. 225–237.
3. Горпинченко И.И. Лечение эректильной дисфункции. – К., 2008.
4. Доморацкий В.А. Медицинская сексология и психотерапия сексуальных расстройств. – М.: Академический проект, 2009. – 470 с.
5. Екимов М.В. Психосоматические сексуальные нарушения у мужчин и женщин // Сексология и сексопатология, № 6. – 2003. – С. 14–21.
6. Кочюнас Р. Основы психологического консультирования. – М.: Академический проект, 1999. – 240 с.
7. Лобзик В.С., Решетников М.М. Аутогенная тренировка /Справочное пособие для врачей. – Л., 1980.
8. Малкина-Пых И.Г. Психосоматика. – М.: Эскимо, 2008. – 1024 с.
9. Мастерс У., Джонсон В., Колодин Р. Основы сексологии. – М.: Мир, 1998.
10. Осипова А.А. Общая психокоррекция / Учебное пособие. – М.: Сфера, 2002. – 510 с.
11. Роджерс К.Р. / Консультирование и психотерапия. Новейшие подходы в области практической работы / Пер. с англ. О. Кондрашовой, Р. Кучаровой. – М.: Эскимо Пресс, 2000. – 464 с.
12. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / Под. ред. Циркина С.Ю. – СПб.: Питер, 2000. – 752 с.