



Мягков Ю.А. (*andro-myagkov@mail.ru*), **Дыбов М.В.**, **Карабач И.В.**, **Мягкова А.Ю.** — Психологическое сопровождение раненых и больных с органической формой эректильной дисфункции до и после фаллоэндопротезирования в условиях реабилитационного центра.

Сексуальные расстройства являются важной и сложной медико-социальной проблемой, которая особенно актуальна для военнослужащих, спецконтингента, т. к. они постоянно находятся в экстремальных условиях деятельности. Наш опыт показывает, что среди сексуальных расстройств преобладает эректильная дисфункция различного генеза. Наиболее эффективным методом лечения органической формы эректильной дисфункции является имплантационная хирургия полового члена.

В нашем реабилитационном центре с июня 1996 г. по настоящее время проведено 178 операций по имплантации пластических и надутых протезов: Acu-form, Alpha-I фирмы Mentor (США), Genenis, Titan ORT фирмы Coloplast (США), Malleabl, Spectra, AMS 700 Ultrex, AMS 700 CX, AMS 700 CXR IZ — производства фирмы AMS (США) пациентам в возрасте от 21 до 66 лет. Средний возраст составил 43,5 года. Перед оперативным лечением выполнялся большой объем исследований, включающий медико-психологическое обследование пациентов и их партнерш. Эффективность проведения оперативного лечения во многом зависела от уровня его психологической поддержки. Поэтому в реабилитационном центре разработана и внедрена система психологического сопровождения семейных пар, которая включает три основных мероприятия.

1. Комплексная психологическая диагностика больного и его супруги (партнерши) до операции, через 6 мес после проведения операции и через год после операции.

2. Индивидуальное и семейное психологическое консультирование и психокоррекция партнеров.

3. Организация работы клуба пациентов, перенесших операцию по фаллопротезированию.

Комплексная психологическая диагностика ставила своей задачей изучить все стороны личности больного — как сознательную, так и подсознательную. Программа комплексного психологического обследования сознательной части психики

включала использование следующих тестовых методик: большой тест ММРІ, 16-факторный опросник Кеттелла, тест Айзенка, тест Лири, опросник Леонгарда-Шмишека, тест УСК (уровень субъективного контроля), тест «Потребность в достижении», опросник САН, опросник Спилбергера, тест Лоби (отношение к болезни). Для обследования подсознательной части психики использовались следующие методики: восьмицветовой тест Люшера, компьютерный анализ психики больного по методике профессора Смирнова (использование семантического дифференциала в режиме 25-го кадра), проективные тестовые методики (рисунки) «Дерево», «Дом — дерево — человек», «Несуществующее животное», «Рисунок семьи».

Как правило, психическая травма, переживаемая как комплекс мужской неполноценности, сопоставима лишь с горечью потерь от утраты близких людей. Такое масштабное исследование занимало до 6 дней. Полученный психологический портрет больного являлся составной частью проводимого с ним общего исследования. По итогам работы все участвующие в обследовании и лечении больного врачи обсуждали полученные результаты на консилиуме и принимали решение о необходимости оперативного вмешательства. По возможности такое же обследование проходила и супруга (партнерша) пациента.

Психологический портрет больного, готовящегося к операции, сложно типизировать, но анализ обследования пациентов показал, что, как правило, у них выражена заниженная самооценка, неуверенность в себе и высок уровень ситуативной и личностной тревоги (>40% по шкале Спилбергера), в социальном поведении преобладают робость, уступчивость, нерешительность, покорность, пассивность, подчиненность (что подтверждается результатами 16-факторного теста Кеттелла и теста Лири), общее состояние, как правило, неустойчивое. На этапе обследования перед операцией 32% ($n=57$) больных находились в состоянии «на грани срыва» (в анамнезе у 6 — 3,3% пациентов



отмечены суицидальные попытки), 15,7% ($n=28$) — в стадии психогенной дезорганизации поведения, 10,1% ($n=18$) — прикладывали «героические усилия», чтобы вытеснить беспокоящую их проблему из сознания, 25,8% ($n=46$) больных в неблагоприятных ситуациях могли потерять контроль за своими поступками (по результатам данных теста Спилбергера).

Отмечался низкий уровень потребности достижения (3–5 баллов при нормативных 6–7 по шкале теста «Потребность в достижении»). В эмоциональной сфере, как правило, отмечалось (по тесту Люшера) богатое воображение, яркость чувств, потребность во всем волнующем, красочном и необычном. По данным теста Лоби, у 86,5% ($n=154$) больных ведущими типами отношения к болезни являлись апатический, тревожный, ипохондрический, эгоцентрический, неврастенический. Волнение и тревога перед предстоящей операцией сказывались на интеллектуальных способностях больного (так, по данным теста Кеттелла, средний интеллектуальный показатель у больных на 15–20% ниже нормативного).

Комплексная программа психологического обследования больного и его супруги (партнерши), перед операцией позволяла дать полную картину личности и ее взаимоотношений с внешним миром, что необходимо для построения стратегии и тактики программы психологического сопровождения, лечения и реабилитации больного, основным мероприятием в которой является психологическое консультирование, которое может проходить как в индивидуальном порядке (работа с больным или с его супругой), так и в форме семейного психологического консультирования (работа с супругами одновременно).

Основываясь на результатах комплексного психологического тестирования каждого из партнеров, психоаналитик использовал применительно к ним следующие индивидуальные техники: психоанализ, рациональную психотерапию, гипносуггестию и групповые техники: психодраму, транзактный анализ, музыкотерапию.

На базе урологического отделения госпиталя был создан клуб пациентов, перенесших оперативное лечение — фаллопротезирование, основными направлениями работы которого являются:

— медицинское и психологическое информирование по вопросам, связанным с адаптацией к новому статусу;

— организация встреч прооперированных членов клуба с пациентами, готовящимися к операции;

— встречи членов клуба со специалистами госпиталя (урологом, сексопатологом, психологом и другими).

Система психологического сопровождения позволяет значительно повысить эффективность лечения и восстановления эректильной функции больного, создает положительную мотивацию самого пациента не только на скорейшее выздоровление, но и на социальную и психологическую адаптацию к новому статусу «полноценного мужчины». Комплексное психологическое обследование, проводимое через полгода и год после операции, показало, как разительно в лучшую сторону меняется портрет личности больного и его супруги (партнерши). Подобная динамика отмечается у 87,6% ($n=156$) обследуемых больных.

В подсознании больного происходили разительные перемены. Диагностика подсознания личности, выполняемая при помощи графических тестов, показала, как «нарастает» количественное подтверждение признаков мужественности, как «рушится» защита и растет ощущение свободы и независимости. В результатах теста Спилбергера — уровень личной и ситуативной тревожности снижается ниже 40 баллов.

Динамика изменения ведущего типа отношения к болезни у пациентов на различных этапах психологического сопровождения, по данным теста Лоби, свидетельствовала о том, что ведущими типами отношения к болезни становятся анозогнозический, гармонический, эргопатический. Проведение указанной комплексной терапии позволило достигнуть показателя эффективности сексуальной терапии до 90% у мужчин, а по отзывам женщин — половых партнеров — сексуальная гармония восстанавливается в 80% случаев.

Таким образом, имплантационная хирургия полового члена и психологическое сопровождение в совокупности как комплексная программа сексуальной реабилитации позволяет успешно решить проблему медико-психологической реабилитации эректильной дисфункции органического характера у пациентов, вернуть радость и счастье в их семьи.