

УДК 616.69-008.14+616.89-008.442.4]-085

*Г.С. Кочарян***ПСИХОТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ЭЯКУЛЯЦИИ: КОГНИТИВНЫЕ ПРИЕМЫ**

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Ключевые слова: расстройства эякуляции, психотерапия, когнитивные приемы

Несмотря на огромную значимость расстройств эрекции и большую частоту обращений за сексологической помощью в связи с этими расстройствами, современные исследования свидетельствуют о большей распространенности у мужчин нарушений эякуляции. Чаще всего речь идет о преждевременном семяизвержении. Отмечается, что это самая частая сексуальная жалоба [5] и самая распространенная сексуальная дисфункция у мужчин до 40 лет [8], а также, что она имеет место почти у каждого третьего мужчины во всем мире в возрасте между 18 и 59 годами [3]. М. Metz [4], ссылаясь на литературные данные (Lauman, Paik, Rosen, 1999), информирует, что преждевременная эякуляция имеет место приблизительно у 29% всех мужчин. Более того, отмечается, что она встречается чаще, чем эректильная дисфункция [7], что соответствует приведенному выше мнению. При этом отмечается, что при такой частоте только от 1 до 12% лиц с данной патологией обращаются за медицинской помощью [2]. Существуют значительные трудности в диагностировании преждевременной эякуляции, что связано с неоднозначными подходами к ее определению.

Ретардированная эякуляция в качестве жалобы встречается крайне редко. Ее распространенность меньше 3% [6]. Одной из причин этого является, по-видимому, то обстоятельство, что обыденное представление о потентном мужчине предполагает возможность проведения им длительного полового акта. Однако в ряде случаев большая его продолжительность может восприниматься весьма негативно. Так, один наш пациент при обращении за лечебной помощью жаловался на то, что половой акт продолжается 40 мин. При его проведении он и его жена в поту с нетерпением ждут когда же, наконец, наступит семяизвержение. Очень редко можно встретиться с жалобами на отсутствие при коитусе эякуляции. Если в одних случаях речь идет об отсутствии семяизвержения при половом акте,

мастурбации, ночных эротических сновидениях, то в других – только при половом акте.

Пациенты, которых беспокоит продолжительность их полового акта, нуждаются в проведении психотерапии, направленной на коррекцию масштаба переживаний. Для этого нами используются различные когнитивные приемы [1]. Эти приемы базируются на объяснении причин возникновения расстройств эякуляции, а их целью является изменение отношения к ним пациентов. Далеко не всегда изменения длительности полового акта являются проявлением патологии. Так, например, преждевременное семяизвержение часто может быть следствием длительных перерывов в половой жизни. В этих случаях целесообразно объяснить пациенту связь между длительностью полового акта и частотой сексуальных контактов. Мы обычно проводим аналогию между существующей ситуацией и ситуацией с проголодавшимся человеком: просим мужчину ответить на вопрос, быстро ли он будет есть, если в течение нескольких дней его не будут кормить. Этот прием весьма эффективен. При быстро протекающем половом акте также следует осуществлять работу по усилению самоуважения пациента, проводя аналогию с другими поведенческими актами, быстрое выполнение которых свидетельствует о высокой компетентности и хороших способностях человека [1]. Так, если поставленную на работе руководством задачу человек решает быстро, то это положительно свидетельствует о нем. В этом же ключе можно проводить сопоставление с быстрым решением математических задач. Также самооценку мужчины можно повысить, рассказывая о том, что гипогонадизма (лица, у которых по разным причинам снижена продукция мужского полового гормона) характеризуются низкой сексуальной реактивностью, в основе которой лежит резкое ослабление полового влечения, что, в частности, может выражаться в очень длительных, подчас не завершающихся семяизвер-

жением половых актов. Могут приводиться и примеры с людьми пожилого возраста, у которых в силу влияния факторов, обусловленных старением, не каждый половой акт завершается эякуляцией [1].

У лиц с увеличением продолжительности полового акта меры, направленные на повышение их самооценки, имеют свои особенности. Обратившийся к нам за лечебной помощью мужчина жаловался на то, что у него очень большая длительность полового акта, который он, более того, может завершить только интенсифицировав фрикции и настроившись на его окончание. Мы сообщили этому пациенту, что очень часто за лечебной помощью обращаются люди с преждевременным семяизвержением, и он – человек способный длительно проводить половой акт и заканчивать его по собственному желанию – должен гордиться этим. В процессе такой работы самооценка пациента значительно улучшилась. Это, однако, не исключало необходимость медикаментозной терапии, направленной на уменьшение продолжительности коитуса. В случаях анэякуляции при сохранной эрекции можно указать мужчине на существующий позитив. Так, например, одному нашему пациенту с данной патологией, который заявил, что он «не мо-

жет кончить», мы сказали, что это гораздо лучше, чем если бы он «не мог начать» (имелось в виду расстройство эрекции), и намного лучше преждевременной эякуляции, так как он способен удовлетворить любую женщину. Беседа, проведенная в таком ключе, оказала на него выраженное позитивное воздействие, что вовсе не отменяло потребность в биологически ориентированной терапии [1].

В связи с вышеизложенным необходимо напомнить, что одно и то же явление можно воспринимать по-разному. Многое зависит именно от точки зрения. В этом плане интересен следующий анекдот. Речь идет о человеке, который лечился у психолога в связи с ночным недержанием мочи и остался этим очень доволен. Когда его спросили, избавился ли он от этого расстройства, то последовал отрицательный ответ. Однако он заявил, что стал уважать себя за его наличие.

Приведенные выше когнитивные приемы, конечно же, не отменяют необходимости устранения расстройств эякуляции, тем более что они, когда речь идет о патологии, искажают или приукрашивают действительное положение вещей. В данном случае, однако, эти приемы выполняют позитивную психопротективную функцию [1].

*Г.С. Кочарян*

## **ПСИХОТЕРАПІЯ ПАЦІЄНТІВ З РОЗЛАДАМИ ЕЯКУЛЯЦІЇ: КОГНІТИВНІ ПРИЙОМИ**

Харківська медична академія післядипломної освіти

Представлені різні ефективні когнітивні прийоми, які можна використовувати для корекції внутрішньої картини хвороби у пацієнтів з передчасною і ретардованою еякуляцією, а також анэякуляцією. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2012. — № 1 (28). — С. 98-99).

*G.S. Kocharyan*

## **PSYCHOTHERAPY PATIENTS WITH EJACULATORY DISORDERS: COGNITIVE WAYS**

Kharkov Medical Academy of Post-Graduate Education

Different effective cognitive ways are presented for correction of “internal picture of disease” in patients with premature, delayed ejaculation, and anejaculation. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2012. — № 1 (28). — P. 98-99).

*Литература*

1. Кочарян Г. С. Расстройства эякуляции и их лечение. – Х.: Вид-во Віровець А. П. «Апостроф», 2012. – 328 с.
2. Ученые измерили преждевременную эякуляцию. Сексopatология. 04.06.2005 // <http://www.health.am/rus/site/more/1889/>
3. Broderick G. A. Premature ejaculation: on defining and quantifying a common male sexual dysfunction // J Sex Med. – 2006. – 3, Suppl. 4. – P. 295–302.
4. Metz M. Premature Ejaculation: What is its Etiology? An Integrative, Biopsychosocial, Multidimensional Approach // <http://abstracts.co.allenpress.com/pweb/sexo2005/document/?ID=47350>

5. Palmer N. R., Stuckey B. G. Premature ejaculation: a clinical update // Med J Aust. – 2008. – 188 (11). – P. 662–666.
6. Perelman M. A., Rowland D. L. Retarded ejaculation // World J Urol. – 2006 – 24 (6). – P. 645–652.
7. Powell J. A., Wyllie M. G. “Up and coming” treatments for premature ejaculation: progress towards an approved therapy // Int J Impot Res. – 2009. – 21 (2). – P. 107–115.
8. Vardi Y., McMahon C. G., Waldinger M. D., Rubio-Aurioles E., Rabinowitz D. Are premature ejaculation symptoms curable? // J Sex Med. – 2008. – 5 (7). – P. 1546–1551.

Поступила в редакцию 09.03.2012