

# Продолжительность полового акта у мужчин: критерии оценки

**Г. С. Кочарян**

Харьковская медицинская академия последипломного образования

**Представлены рекомендации по оценке продолжительности полового акта у мужчин, а также опросники, используемые при обследовании пациентов, страдающих преждевременной эякуляцией.**

**Ключевые слова:** мужчины, половой акт, оценка продолжительности.

По данным современных исследований, преждевременная эякуляция (ПЭ) является лидером среди всех сексуальных дисфункций [3], опережая по своей частоте даже эректильную дисфункцию (ЭД). Такие утверждения могут вызвать определенные вопросы у клинических сексологов, так как они, напротив, констатируют, что обращающиеся за сексологической помощью пациенты чаще жалуются на ЭД. Мы в своей работе среди обращающихся за лечебной помощью пациентов также фиксируем большую частоту жалоб на ЭД по сравнению с ПЭ.

Чем же можно объяснить такие различия в оценках частоты названных сексуальных дисфункций? Вероятно, это связано с тем, что, с одной стороны, лица с ЭД, по-видимому, обращаются за лечебной помощью чаще, так как при ее умеренной степени проведение полового акта вызывает значительные затруднения, а при выраженной – его осуществление вообще невозможно. Кроме того, известно, что только от 1% до 12% лиц с ПЭ обращаются за медицинской помощью [14].

С другой же стороны, в связи с сексуальным раскрепощением женщин требования к продолжительности коитуса значительно возросли как у них, так и у мужчин. Это нашло свое отражение в установлении новых, более высоких нормативов его продолжительности. Если ранее в своей работе многие отечественные врачи ориентировались на минимальную нормальную длительность полового акта, равную 1 мин, то в настоящее время нередко говорят о других нормах и, кроме того, требуют, чтобы мужчина был способен контролировать продолжительность полового акта. Естественно, что если раньше специалист мог ориентироваться на оценку продолжительности полового акта, проводимого без пролонгации, а в настоящее время ориентируется на его длительность с ее учетом, то эти два подхода абсолютно неоднозначны.

Тем не менее следует отметить, что в августе 2007 г. эксперты (21 человек) Международного общества сексуальной медицины (the International Society for Sexual Medicine; ISSM), которые вошли в специально созданный Комитет для определения ПЭ (Committee for the Definition of Premature Ejaculation), предложили определять существующую с начала половой жизни (lifelong) ПЭ как мужскую сексуальную дисфункцию, характеризующуюся эякуляцией, которая всегда или почти всегда происходит до или в течение приблизительно одной минуты после vaginal penetration (влагалищного проникновения – ВП), неспособностью задерживать семяизвержение при всех или почти всех ВП и отрицательными последствиями для личности (personal consequences), такими, как дистресс, беспокойство, фрустрация и/или избегание сексуальной близости. Отмечается, что это определение касается мужчин с ПЭ, существующей с начала половой жизни (life-

long), и применимо только для влагалищного (интравагинального) коитуса. Эта группа экспертов также пришла к заключению, что не существуют достаточного числа опубликованных объективных данных, которые позволили бы предложить дефиницию приобретенной ПЭ, базирующуюся на доказательствах [18]. Вместе с этим данные эксперты полагают, что предложенные ими критерии определения существующей с начала половой жизни (первичной) ПЭ также могут быть применены и по отношению к приобретенной (acquired) ПЭ.

Из приведенных выше данных нетрудно заметить, что нормативы продолжительности полового акта лишь немного отличаются от тех, на которые ранее ориентировались отечественные сексологи (нижняя граница продолжительности полового акта соответствовала одной минуте [12]).

В связи с обсуждаемой проблемой небезынтересно сообщить, что в 2011 г. в России Н.К. Ахвледиани была защищена докторская диссертация, посвященная ПЭ, в которой автор сообщает, что им была создана оригинальная анкета под названием «Критерии преждевременного семяизвержения» (КриПС), которая определяла соответствие 5 установленным признакам ПЭ и в которой было сформулировано ее определение. Согласно последнему, преждевременной является эякуляция, возникающая постоянно или периодически без должного контроля над ней до введения полового члена во влагалище (ejaculatio ante portas) или менее чем через 2 мин после интроекции (ejaculatio praesox), что сопровождается беспокойством мужчины состоянием эякуляторной функции, сексуальной неудовлетворенностью партнерши и межличностными конфликтами в паре» [1]. Таким образом, минимальная нормальная продолжительность полового акта, указанная автором, отличается от приведенной Комитетом ISSM в 2007 г.

Для клинициста оценка продолжительности полового акта имеет большое значение. Ее следует проводиться с учетом следующих моментов:

1. Нельзя полагаться только на жалобы больного. Это связано с тем, что, как правило, время проведения полового акта не фиксируется с помощью часов или секундомера, а восприятие течения этого времени весьма субъективно и зависит от многих обстоятельств (как внешних, так и внутренних). Целесообразно несколько объективизировать длительность полового акта, задавая вопрос о том, сколько фрикций совершает пациент во время его проведения. Иногда с помощью такого уточнения можно убедиться, что сообщаемые больными сведения очень далеки от истины. Так, например, один из наших пациентов сказал, что длительность его полового акта составляет 2 или 3 мин, в течение которых он совершает 4 или 6 фрикций соответственно.

Иногда можно встретиться с тем, что мужчина сообщает о длительности полового акта, которая, по сути, является суммарной продолжительностью нескольких коитусов, совершаемых без перерыва. Так, один наш пациент жаловался на резкое уменьшение продолжительности полового акта. Если ранее она составляла 30 мин, то теперь только 1,5 мин. При активном опросе выяснилось, что за эти 30 мин он раньше совершал без перерыва 4 коитуса, которые заканчивались семяизвержением,

а теперь возможность проведения повторных половых актов утратилась. На вопрос, какая же ранее была продолжительность первого полового акта, пациент ответил, что 1,5 мин. Длительность каждого последующего коитуса была больше, чем предыдущего. Следовательно, ни о каком укорочении полового акта в данном случае говорить не приходится, и речь идет о том, что рефрактерный период, который наступает у мужчин после семяизвержения, в данном случае чрезвычайно короток, почти незаметен, что нехарактерно для мужчин.

Как известно, в течение этого периода мужчина вначале вообще не способен к проведению полового акта, который заканчивается семяизвержением (абсолютная рефрактерность), а спустя некоторый промежуток времени такая способность восстанавливается, но только при использовании какой-то более сильной стимуляции (относительная рефрактерность) [12]. Это был не единственный случай в нашей практике, когда мужчина был способен к повторному проведению ряда половых актов без какого-либо перерыва.

В связи с этим целесообразно обсудить вопрос о рефрактерном периоде мужчин. Так, Р. Крукс, К. Баур [9, с. 142] сообщают:

*«Одним из самых значительных различий в сексуальной реакции полов является наличие рефрактерного периода в мужском цикле реагирования. Мужчинам обычно нужен какой-то минимум времени после оргазма, прежде чем они почувствуют еще один пик. Большинство женщин не испытывают такой физиологически обусловленной «фазы остановки».*

*В литературе описано много дискуссий о том, почему только у мужчин есть рефрактерный период. Кажется правдоподобным существование какого-то кратковременного неврологического сдерживающего механизма, который приводится в действие в результате эякуляции. Трое британских ученых провели интересное исследование, которое показало правильность такого мнения (Varfield et al., 1975). Эти исследования доказывают, что некоторые последовательности химических реакций между средней частью мозга и гипоталамусом, участвующие, как было выявлено ранее, в регуляции сна, связаны и с тормозящим эффектом после оргазма у мужчин. Чтобы проверить эту гипотезу, ученые провели опыты на крысах и уничтожили у них участок вентральной медиальной петли (ventral medial lemniscus) в их химической цепи. Для сравнения ученые хирургически удалили три другие области в гипоталамусе и в средней части мозга у разных крыс. Последующие наблюдения за сексуальным поведением испытуемых крыс показали, что удаление вентральной медиальной петли оказывает очень сильное влияние на рефрактерный период, сокращая его продолжительность в два раза.*

*Еще одно исследование на крысах предоставило более детальные данные о том, что мозг участвует в формировании рефрактерного периода у мужчин. В двух исследованиях у крыс были уничтожены большие области под гипоталамусом, что привело к учащению эякуляций у испытуемых животных (Heimer & Larsson, 1964; Lisk, 1966). Еще одно исследование показало, что электрическая стимуляция задней части гипоталамуса может резко уменьшить у крыс интервалы между копуляциями (Caggiola, 1970).*

*Некоторые специалисты полагают, что ответ на загадку рефрактерного периода кроется в потере семенной жидкости во время оргазма. Но большинство исследователей скептически отнеслись к этой идее, потому что неизвестно, какая субстанция в выделяемом семени может свидетельствовать об утечке энергии или заметном снижении гормонального уровня либо каких-либо других биохимических сдвигах, которые могли бы объяснить эту загадку.*

*Еще одно исследование предполагает, что рефрактерный период у мужчин объясняется эволюцией и ее целями, поскольку ночная цель выявления видов наиболее эффективно достигает-*

*ся, если мужчины испытывают «остановку» после оргазма, а женщины нет. В соответствии с этой теорией женщины получают преимущество и могут продолжать совокупляться ни с одним мужчиной. Такая практика увеличивает количество спермы в репродуктивном тракте женщины, и вероятность беременности повышается. Дополнительное количество спермы также ведет к тому, что активно происходит естественный отбор на более приспособленных особей (наиболее быстрых пловцов, долгожителей и т. д.). Доказательства в пользу этой теории слабы, однако сам тезис, тем не менее, провокационный. Какие бы ни были причины, рефрактерный период распространен не только у людей, но и у самцов буквально всех видов, о которых у нас имеются данные, в том числе у крыс, собак и шимпанзе».*

В связи с тем, что в литературе доминирует представление об отсутствии рефрактерного периода у женщин в отличие от мужчин, небезынтересно привести данные J. Singer, I. Singer [22], которые описали три типа женского оргазма: вульварный, маточный и смешанный. Эти исследователи полагают, что если за первым типом оргазма обычно не следует рефрактерный период, то за вторым он, как правило, наступает.

О том, что в диагностике не следует полагаться всецело только на жалобы больного, свидетельствует следующий случай из клинической практики. Нам позвонила мать больного, которая рассказала, что у ее сына проблема с эрекцией. На расстройстве эрекции указывал и ее сын. Оказалось, что речь идет о быстром исчезновении перед половым актом хорошо выраженной эрекции. На вопрос о времени исчезновения эрекции (до или после семяизвержения) пациент ответил, что вначале происходит семяизвержение (еще до введения полового члена во влагалище), а затем сразу же пропадает напряжение полового члена. Таким образом, речь шла об ejaculatio ante portas, а не о нарушении эрекции. Выяснилось, что пациент выпивает в день много чашек крепкого кофе, а также употребляет в пищу большое количество специй, что, естественно, может способствовать преждевременному семяизвержению. Если бы мы пошли на поводу у пациента и назначили калие-либо стимуляторы (например, настойку женьшеня или что-то подобное), а не объективизировали его жалобы специализированным опросом, то, возможно, эякуляция бы начала происходить у него не в предварительный период, а при его общении со своей сексуальной партнершей по телефону.

2. Необходимо оценивать продолжительность коитуса с учетом его порядкового номера. Известно, что первый половой акт обычно менее продолжителен, чем повторные. С каждым последующим актом, проведенным в тот же день, его длительность, как правило, нарастает. Исключением является синдром парацентральных долек в тех случаях, когда он не сочетается со слабой половой конституцией (синдром конституциональной сексуальной дефицитности).

3. Необходимо учитывать интенсивность половой жизни и периоды сексуальной абстиненции, так как более редкая сексуальная активность, а тем более ее отсутствие в течение определенного промежутка времени уменьшают продолжительность полового акта. Сюда должны быть отнесены и случаи, когда речь идет о первом в жизни половом акте, который может быть коротким.

4. Следует выяснять, использует ли пациент пролонгацию, так как существуют ее различные приемы и способы, направленные на увеличение продолжительности полового акта:

А. Замедление фрикции или их периодическая остановка.

Б. Использование различных способов переключения внимания. Следует отметить, что эти способы применяют как сексуально здоровые люди, так и мужчины, у которых имеет место ПЭ. Нами при обследовании пациентов с данной патологией выявлено следующее. Так, один из них считал про себя, другой говорил о чем-то с партнершей, третий смотрел в сторону на какую-то точку или на голову жены, а четвертый

отворачивал лицо при ласках, чтобы смотреть на телевизор или наблюдать какой-либо яркий предмет, или сосредоточивался на слышимой музыке (сам специально радиоаппаратуру с этой целью не включал). Также для переключения внимания применяли счет ударов часов, представление, как член движется во влагалище, действия, направленные на то, чтобы не видеть партнершу, перенос акцента на мысли об испытываемых женщиной ощущениях и о том, как доставить ей удовольствие. Один наш пациент для того, чтобы несколько отвлечься от ощущений, испытываемых при сексуальных контактах, осуществлял их в сопровождении тихой, медленной, мелодичной музыки, а иногда включал телевизор [2, 4–8, 19].

Также было выявлено переключение внимания с помощью планирования, осуществляемое во время интимной близости, представляющее собой составление программы действий, которые следует выполнить на производстве и (или) дома по хозяйству на следующий день или в ближайшее время, мысли о том, что нужно купить, как следует одеться. Так, например, один из наших пациентов, работавший машинистом на железнодорожном транспорте, во время полового акта постоянно вспоминал о множестве инструкций и приказов, которые ему необходимо выучить. Следует отметить, что переключение внимания с помощью планирования применяют как с привлечением визуальных сюжетов, так и без их привлечения [2, 4–8, 19].

По данным наших исследований, переключение внимания может оперировать также репродукцией и конструкцией сюжетов, связанных с досугом, бытом, производственной деятельностью. Так, один из наших пациентов во время интимной близости целенаправленно вызывал у себя следующие визуальные представления. Он видел речку, деревья, как он ловит рыбу. Другой больной, который каждое лето отдыхал на озере Селигер у истоков Волги, репродуцировал пейзажи, включающие в качестве обязательного компонента это озеро, что несколько не улучшало его сексуальные функции. Нередко репродуцируемые и конструируемые сюжеты связаны со спортом. Например, наш пациент во время интимной близости представлял себя игроком харьковской футбольной команды «Металлист» (нападающим) и почти в одно и то же время болельщиком. Это ему хорошо удавалось и приводило к выраженному увеличению продолжительности полового акта. С целью ее увеличения пациенты подчас могут конструировать пейзажи и состояния, обладающие негативным эмоциональным воздействием. Так, один из больных, преследуя указанную цель, представлял во время интимной близости размытую грязью дорогу, ненастную холодную погоду. Диагностировались и воображаемые сюжеты, связанные с бытом. Так, один из наших пациентов с целью улучшения ситуации в сексуальной сфере при половом акте думал о текущих трудностях, связанных с жилищными условиями: живет с семьей в тесноте в маленькой комнате. Другой больной с такой же целью представлял, как что-то мастерит. Переключение внимания, связанное с привлечением производственных сюжетов, могло быть сопряжено с их различным эмоциональным подтекстом: приятным, нейтральным, неприятным. Так, один из обследованных нами мужчин с целью увеличения продолжительности полового акта представлял, что на работе переносит тяжелые листы металла, и это, наряду с обращением к другим визуальным сюжетам, давало хороший эффект [2, 4–8, 19].

Проведенные нами исследования свидетельствуют о том, что увеличивать продолжительность полового акта могут и приемы психической регуляции, которые используют мужчины для усиления эрекции. Так, один из наших пациентов в предварительный период полового акта представлял, что проводит его с другой женщиной, с которой никогда не был в интимных отношениях. В основном возникали яркие образы. Эти представления в 40% случаев давали эффект, что проявлялось в улучшении напряжения члена и увеличении про-

должительности коитуса, производной в данном случае от качества эрекции [2, 4–8].

Необходимо подчеркнуть, что вышеописанные приемы психической саморегуляции, направленные на увеличение продолжительности полового акта, использовали больные в сексуальной ситуации по собственной инициативе и, таким образом, являлись их самостоятельными находками, представляющими собой различные образцы приспособительного поведения, связанного с сексуальным расстройством.

Следует отметить, что в отношении целесообразности использования таких приемов при преждевременном семяизвержении высказываются диаметрально противоположные мнения. Так, Z. Lew-Starowicz [20] сообщает, что многие мужчины стремятся продлить время полового акта, например, отвлекая свое внимание, думая о чем-то другом, а также делая перерывы при проведении сношения. По его мнению, эти способы оказываются результативными лишь в ряде случаев, но впоследствии приводят к чрезмерной концентрации внимания при проведении полового акта на собственной сексуальной реактивности, что может также помешать реакциям женщины.

И. Левин [10] также отмечает: «Страдающие преждевременным семяизвержением (ПС) часто пытаются самостоятельно контролировать свои сексуальные реакции, но идут, как правило, неверным путем: стараются думать о чем-то отвлеченном во время фрикции. Они кусают себя изнутри за щеки; выпивают что-нибудь крепкое; надевают не один, а два презерватива или, по совету врача, пользуются мазью с анестетиком для снижения чувствительности головки полового члена. Нередко наблюдаются попытки компенсировать быстрое семяизвержение повторным половым актом. Во второй раз это происходит действительно несколько медленнее, но такое возможно лишь у молодых. К определенному возрасту способность мужчин достигать оргазма два раза подряд (с небольшим интервалом) утрачивается. При попытках заставить себя совершить второй половой акт у них часто развивается тревожное состояние и психогенная импотенция. Все эти методы не пригодны для лечения ПС, поскольку направлены на замедление наступления оргазма путем снижения сексуального стремления, удовольствия и возбуждения. В действительности пациенту необходимо не снижать остроту ощущений, а продлить удовольствие, научившись при этом сохранять контроль в состоянии возбуждения. По сути дела, методы, отвлекающие мужчину во время полового акта, только усугубляют проблему, поскольку еще больше мешают ему научиться чувствовать себя и регистрировать свои ощущения».

Д. Рейбен [13], обсуждая проблему ПС, отмечает, что некоторые мужчины пытаются задержать оргазм, думая во время сношения «о других вещах». Такую технику рекомендуют некоторые «специалисты» в области брака, которым он советует лучше разобраться в этом вопросе. В доказательство неэффективности таких рекомендаций, автор приводит рассказ одного мужчины, испытавшего это средство.

*«Мне только 24, но чувствую себя как семидесятилетний. Что бы я ни делал, кончаю слишком быстро. Я не мог найти женщину, которая перестала бы со мной вторично, и пошел к врачу. Он сказал, что я должен лишь «контролировать себя». Не надо было отдавать десять долларов, чтобы услышать такое. Он предложил, что, как только я введу член, я должен думать не о сексе, а о своей работе. Я продаю машины. Так я начал думать о своих покупателях, особенно о девочках. Там есть одна очень хорошо сложенная. Как только я подумал о ней, я кончил даже быстрее, чем раньше. Я снова пришел к тому врачу, и он предложил мне в уме решать арифметические задачи. Я попробовал. С умножением у меня не очень хорошо, так что я стал считать вслух: «Тринадцать одиннадцать – будет...» И женщина, с которой я был, услышала это. Она вышла из себя, оттолкнула меня и ушла.*

*Другой вариант, – продолжает автор, – думать о чем-нибудь «отератительном». Если пациент подумает о чем-то достаточно «отератительном», то он может совсем потерять эрекцию. Сама концепция здесь порочна. Представьте, что вы сидите за ароматный бифштекс и пытаетесь думать о ведре с обедками... Другой метод предполагает, что партнеры ложатся обнаженными рядом друг с другом и думают о посторонних вещах, избегая любой сексуальной стимуляции. Это успокаивает чересчур возбужденных мужчин. Для самого мужчины с преждевременной эякуляцией и его партнерши мало волнующего в том, что они лежат, не занимаясь любовью, а думая о других вещах. Ведь именно этим им и так приходится заниматься большую часть времени».*

После ознакомления с мнением вышеуказанных авторов по поводу целесообразности применения приемов психической саморегуляции сексуальных функций (ПССФ) страдающими ПС мужчинами, у специалистов в области терапии половых расстройств может сложиться мнение об их полной неприемлемости. Вместе с тем обращает на себя внимание тот факт, что эти высказывания касаются тех приемов ПССФ, которые должны быть отнесены только к некоторым вариантам переключения внимания, использующимся для увеличения продолжительности полового акта.

В высказываниях вышеназванных авторов также обращает на себя внимание тот факт, что больные как самостоятельно, так и по рекомендации некоторых врачей, в ряде случаев используют приемы, которые критикуются, с весьма определенным терапевтическим эффектом. Кроме того, если речь идет о неудачах, наблюдающихся при отвлечении внимания, то они нуждаются в анализе. Так, например, D. Reuben сообщает, что некий врач рекомендовал одному больному для увеличения продолжительности полового акта думать не о сексе, а о работе. Поскольку пациент по роду своей деятельности продавал машины, то во время интимной близости он начал думать о своих покупателях и «особенно о девочках». Когда он подумал об одной из них, которая очень хорошо сложена, семяизвержение у него наступило еще быстрее, чем обычно.

По нашему мнению, ничего удивительного в этом нет, так как в данном случае речь шла не о варианте переключения внимания, обладающего сексуально-депривационным действием, а напротив, о его разновидности, усиливающей сексуальное возбуждение (думал о хорошо сложенной девушке) и таким образом совершенно естественно приведшей к более быстрому наступлению семяизвержения. После этой неудачи, связанной с использованием данного варианта отвлечения внимания, тот же врач с целью достижения терапевтического результата предложил пациенту при половом акте в уме решать арифметические задачи. Поскольку у последнего и ранее были затруднения с умножением, когда он начал умножать двузначные цифры (следует заметить, что это вообще нелегко), то не удержался и начал считать вслух. Женщина, с которой он был, услышав это, вышла из себя, оттолкнула его и ушла. Хотя ее реакция могла бы быть и более мягкой, совершенно естественно, что она негативно отреагировала на происходящее, так как внешне поведение этого мужчины могло восприниматься как странное или даже как поведение психически больного человека. Однако следует отметить, что, по всей видимости, врач, который рекомендовал этому пациенту приведенный прием ПССФ, не предлагал, чтобы он считал вслух. Таким образом, в данном случае можно говорить о неадекватном, «анекдотическом» применении этой техники больным с целью увеличения продолжительности полового акта.

Что же касается представления (И. Левин), согласно которому пациенту, страдающему ПС, следует не снижать остроту ощущений, в том числе и с помощью отвлечения внимания (автор считает, что это только усугубляет проблему, поскольку еще больше мешает ему «научиться чувствовать себя и регистрировать свои ощущения»), а стремиться продлить удовольствие, научившись при этом сохранять контроль в состоянии возбуждения, то

эту рекомендацию, по нашему мнению, следует считать альтернативой, но не исключающей возможность использования в этих случаях вариантов переключения внимания, обладающих сексуально-депривационным действием. В связи с этим уместно привести высказывание G. Kelly [по 15], согласно которому не существует такой вещи в мире, относительно которой «не может быть двух мнений».

Следует подчеркнуть, что установка, согласно которой мужчина должен проводить половой акт, не применяя никаких приемов, направленных на увеличение его продолжительности, так как это мешает ему насладиться в полной мере, противоречит установкам МКБ-10, DSM-IV и мнению экспертов Международного общества сексуальной медицины. В частности, в МКБ-10 [11] одним из критериев ПЭ (F52.4) является неспособность мужчины задерживать эякуляцию на период, достаточный для удовлетворения половым актом обоих партнеров, что предполагает возможность, а часто и необходимость определенного волевого контроля и использования различных техник, направленных на достижение достаточной продолжительности коитуса. Вместе с тем адекватное применение данного критерия должно предполагать, что речь идет о сексуально здоровых женщинах, способных испытывать оргазм при коитусе без необходимости в чрезмерно длительной сексуальной стимуляции. Такое пояснение, к сожалению, в названной классификации отсутствует.

В. Использование презервативов (особенно с анестетиками).

Г. Применение анестезирующих мазей и спреев (воздействие осуществляется на головку полового члена и его уздечку).

Д. Прием алкоголя. Известно, что употребление алкоголя может приводить к увеличению продолжительности полового акта, а если его доза будет велика, то из-за своей продолжительности он может носить изнурительный характер. В ряде случаев семяизвержение может и вовсе не наступить. У одного из наших пациентов невозможно было сделать вывод о том, какая же на самом деле у него «естественная» длительность коитусов, так как он никогда в жизни не совершал их в трезвом состоянии.

5. Необходимо узнать у больного, не принимает ли он транквилизаторы, нейролептики, антидепрессанты, барбитураты и другие фармакологические препараты, которые могут увеличить продолжительность полового акта. Так, существуют данные, что к такому увеличению может привести и прием обладающего наркотическим действием трамадола [по 3]. К нам за помощью в связи с отсутствием эякуляции обратился больной шизофренией, состоящий на учете в психоневрологическом диспансере, которому психиатр назначил пароксин (антидепрессант из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина). При анализе возможных причин возникновения данной дисфункции оказалось, что у этого пациента она обусловлена именно приемом этого препарата.

6. Следует учитывать партерский фактор. Так, при проведении полового акта с одной женщиной его продолжительность может быть больше, чем при его проведении с другой. На это может влиять как установка мужчины (например, следует «закончить» как можно быстрее, так как половой акт сопровождается болью в половых органах жены), так и то, что одна партнерша оказывает на мужчину иное по интенсивности сексуально возбуждающее воздействие, чем другая.

7. Сексуальная позиция также может влиять на продолжительность коитуса. Можно встретиться со сведениями, что в том случае, когда мужчина находится внизу, он может проводить половой акт дольше. У некоторых мужчин, однако, все может быть совсем по-другому. W.H. Masters, V.E. Johnson для увеличения продолжительности коитуса рекомендовали использовать боковую позицию [по 3]. При оценке влияния позы на продолжительность полового акта следует учитывать плотность охвата полового члена влагалищем, что определяет интенсивность воздействия на его рецепторный аппарат, и возможность контролировать эякуляцию в той или иной позиции.

8. Продолжительность полового акта необходимо оценивать в динамическом ключе. Так, пациент может жаловаться на короткую, по его мнению, продолжительность полового акта, которая составляет, например, 2 мин. В том случае, если ранее эта продолжительность составляла, например, 3,5 мин, то это одно, а если такая продолжительность была всегда, то размышлять в направлении диагностики возможной патологии не представляется возможным.

Следует отметить, что если на приеме пациентов с сексуальными расстройствами о продолжительности полового акта судят, исходя из опроса, то при проведении научных исследований в настоящее время все чаще пытаются объективизировать продолжительность полового акта с помощью секундомера. Иногда используют прибор «blinded timer device», что минимизирует возможное вмешательство в естественное течение полового акта. Сообщается, что с целью диагностики ПЭ и точной фиксации терапевтических результатов при клинических исследованиях также разработан новый аппарат – the Sexual Assessment Monitor (SAM). С помощью SAM можно измерять время от начала вибрации до возникновения эрекции и эякуляции, а также интравагинальное латентное время эякуляции (промежуток времени от начала фрикций до семяизвержения) у здоровых добровольцев и мужчин с ПЭ. Это свидетельствует, что SAM имеет потенциал, чтобы стать «золотым стандартом» в диагностике ПЭ и в клинических исследованиях [17].

В настоящее время для диагностики ПЭ существует два анкетных опросника, которые основаны на обширных базах данных, соответствуют большинству критериев для разрабатываемых тестов и являются валидизированными: Индекс преждевременной эякуляции (the Index of Premature Ejaculation; IPE) [16] и Профиль преждевременной эякуляции (The Premature Ejaculation Profile; PEP) [21]. Также был предложен третий краткий диагностический тест – Диагностический инструмент преждевременной эякуляции (Premature Ejaculation Diagnostic Tool; PEDT) [23], который имеет скромную базу данных и доступен для клинического использования. Помимо этого, существуют два других опросника для оценки ПЭ: Арабский и Китайский (Arabic and Chinese PE Questionnaires), которые минимально валидизированы или базируются на минимальных доступных данных клинических исследований. Эти два теста не рекомендуются Международным обществом сексуальной медицины для клинического использования [18].

Приведем названные нами опросники, рекомендуемые Интернациональным обществом сексуальной медицины для применения при обследовании пациентов, предъявляющих жалобы на ПЭ. Перевод текстов опросников с английского языка на русский был сделан нами [3].

### ИНДЕКС ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ (Index of Premature Ejaculation; IPE) [3, 16]

Эти вопросы касаются эффектов, которые Ваши сексуальные проблемы оказали на Вашу сексуальную жизнь за последние четыре недели. Пожалуйста, ответьте на следующие вопросы настолько честно и ясно, насколько это возможно. В ответе на эти вопросы используют следующие определения:

– *Половой акт* определен как влагалищное проникновение (вы вошли в вашего партнера).

– *Эякуляция*: изгнание спермы из члена.

– *Контроль*: эякулируете, когда вы готовы.

Выберите только один из ответов на поставленный вопрос.

**1) За последние четыре недели, когда имел место половой акт, как часто Вы контролировали эякуляцию?**

- Никогда
- Почти всегда или всегда
- Больше чем в половине случаев

- Приблизительно в половине случаев
- Меньше чем в половине случаев
- Почти никогда или никогда

**2) За последние четыре недели, когда у Вас был половой акт, насколько Вы были уверены в себе, когда эякулировали?**

- Половых актов не было (не применим)
- Высокая уверенность
- Умеренно высокая уверенность
- Ни высокая, ни низкая уверенность
- Умеренно низкая уверенность
- Низкая уверенность

**3) За последние четыре недели, когда у Вас был половой акт, как часто Вы получали удовлетворение?**

- Половых актов не было (не применим)
- Почти всегда или всегда
- Больше чем в половине случаев
- Приблизительно в половине случаев
- Меньше чем в половине случаев
- Почти никогда или никогда

**4) За последние четыре недели, когда у Вас был половой акт, насколько Вы были удовлетворены чувством контроля над эякуляцией?**

- Половых актов не было (не применим)
- Очень удовлетворен
- Отчасти удовлетворен
- Ни удовлетворен, ни неудовлетворен
- Отчасти неудовлетворен
- Очень неудовлетворен

**5) За последние четыре недели, когда у Вас был половой акт, насколько Вы были удовлетворены его продолжительностью перед эякуляцией?**

- Половых актов не было (не применим)
- Очень удовлетворен
- Отчасти удовлетворен
- Ни удовлетворен, ни неудовлетворен
- Отчасти неудовлетворен
- Очень неудовлетворен

**6) Насколько в целом за последние четыре недели Вы были удовлетворены Вашей половой жизнью?**

- Половых актов не было (не применим)
- Очень удовлетворен
- Отчасти удовлетворен
- Ни удовлетворен, ни неудовлетворен
- Отчасти неудовлетворен
- Очень неудовлетворен

**7) Насколько за последние четыре недели Вы были удовлетворены сексуальными отношениями с Вашим сексуальным партнером?**

- Половых актов не было (не применим)
- Очень удовлетворен
- Несколько удовлетворен
- Ни удовлетворен, ни неудовлетворен
- Несколько неудовлетворен
- Очень неудовлетворен

**8) Какое сексуальное удовольствие за последние четыре недели доставил Вам половой акт?**

- Половых актов не было (не применим)
- Сильное
- Умеренно сильное
- Ни сильное, ни слабое

- Умеренно слабое
- Слабое

**ПРОФИЛЬ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ  
(Premature Ejaculation Profile; PEP Items)  
[3, 21]**

9) Насколько за последние четыре недели Вы были обеспокоены (разочарованы) продолжительностью полового акта до эякуляции?

- Половых актов не было (не применим)
- Чрезвычайно обеспокоен
- Очень обеспокоен
- Умеренно обеспокоен
- Слегка обеспокоен
- Совсем не обеспокоен

10) Насколько за последние четыре недели Вы были обеспокоены (разочарованы) контролем над эякуляцией?

- Не было половых актов (не применим)
- Чрезвычайно обеспокоен
- Очень обеспокоен
- Умеренно обеспокоен
- Слегка обеспокоен
- Совсем не обеспокоен

*В последний месяц Ваш контроль над эякуляцией во время половых актов был:*

- Очень плохой
- Плохой
- Значительный
- Хороший
- Очень хороший

*За последний месяц Ваше удовлетворение половыми сношениями было:*

- Очень низкое
- Низкое
- Значительное
- Хорошее
- Очень хорошее

*Насколько за последний месяц Вы были обеспокоены тем, как быстро эякулируете при половом акте?*

- Нисколько
- Слегка
- Умеренно
- Скорее сильно
- Чрезвычайно

*В какой степени то, как Вы быстро эякулировали при половом акте за последний месяц, отразилось на сложностях в Ваших отношениях с партнершей?*

- Нисколько
- Слегка
- Умеренно
- Скорее сильно
- Чрезвычайно

**ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ИНСТРУМЕНТ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОЙ ЭЯКУЛЯЦИИ  
(Premature Ejaculation Diagnostic Tool; PEDT) [3, 23]**

**Инструкции для пациента**

Этот анкетный опрос помогает идентифицировать мужчин, у которых могут быть проблемы в связи с очень быстрой эякуляцией при сексуальной активности. Даже если у Вас нет трудностей, пожалуйста, ответьте на все вопросы.

Пожалуйста, поставьте X только в одну ячейку, которая более всего соответствует ответу на каждый из нижеприведенных вопросов.

Так как ваши переживания/ощущения могут время от времени изменяться, пожалуйста, сообщите о ваших суммарных переживаниях/впечатлениях при половом акте.

**Определение.** Под эякуляцией здесь подразумевают семяизвержение, которое происходит после введения полового члена во влагалище.

**1. Насколько трудно для Вас задерживать эякуляцию?**

Вообще трудно	Подчас трудно	Умеренно трудно	Очень трудно	Чрезвычайно трудно
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

**2. Вы эякулируете прежде, чем желаете?**

Почти никогда или никогда	Меньше, чем в половине случаев	Приблизительно в половине случаев	Больше, чем в половине случаев	Почти всегда или всегда
0%	25%	50%	75%	100%
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

**3. Вы эякулируете при очень малой стимуляции?**

Почти никогда или никогда	Меньше, чем в половине случаев	Приблизительно в половине случаев	Больше, чем в половине случаев	Почти всегда или всегда
0%	25%	50%	75%	100%
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

**4. Вы чувствуете себя расстроенным из-за того, что эякулируете прежде, чем хотите?**

Почти никогда или никогда	Меньше, чем в половине случаев	Приблизительно в половине случаев	Больше, чем в половине случаев	Почти всегда или всегда
0%	25%	50%	75%	100%
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

**5. Насколько вы обеспокоены тем, что длительность Вашего полового акта оставляет Вашего партнера сексуально неудовлетворенным?**

Почти никогда или никогда	Меньше, чем в половине случаев	Приблизительно в половине случаев	Больше, чем в половине случаев	Почти всегда или всегда
0%	25%	50%	75%	100%
<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

В заключение следует отметить, что для оценки продолжительности полового акта используют опрос, который целесообразно осуществлять с учетом приведенных выше рекомендаций. При проведении научных исследований длительность полового акта объективизируется с помощью приборов. Полезными в обследовании больных с ПЭ могут быть представленные нами в данной статье специальные опросники.

**Тривалість статевого акту у чоловіків:  
критерії оцінювання**  
**Г.С. Кочарян**

Представлені рекомендації з оцінювання тривалості статевого акту у чоловіків, а також опитувальники, які використовують при обстеженні пацієнтів, котрі страждають на передчасну еякуляцію.  
**Ключові слова:** чоловіки, статевий акт, оцінювання тривалості.

**Duration of sexual intercourse in males:  
criteria of estimation**  
**G.S. Kocharyan**

Recommendations for estimation of sexual intercourse duration in males are given, the questionnaires which are used at inspection of patients suffering from premature ejaculation are presented.  
**Key words:** males, sexual intercourse, criteria of estimation.

**Сведения об авторе**

**Кочарян Гарник Суренович** – Харьковская медицинская академия последипломного образования, 61176, г. Харьков, ул. Корчагинцев, 58; тел.: (095) 259-65-23. E-mail: kochargs@rambler.ru

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Ахвледиани Н.Д. Преждевременное семяизвержение: эпидемиология, факторы риска, диагностика и лечение: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: спец. 14.01.23 «Урология» / Н.Д. Ахвледиани. – М., 2011. – 48 с.
2. Кочарян Г.С. Приспособительное поведение мужчин во время интимной близости, обусловленное сексуальными дисфункциями / Г.С. Кочарян // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2011. – № 1 (26). – С. 42–49.
3. Кочарян Г.С. Расстройства эякуляции и их лечение / Г.С. Кочарян. – Х.: Вид-во Віровець А.П. «Апостроф», 2012. – 328 с.
4. Кочарян Г.С. Сексуальные дисфункции и трансформации поведения / Г.С. Кочарян – Х.: Академия сексологических исследований, 2000. – 81 с.
5. Кочарян Г.С. Сидром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин (формирование, патогенетические механизмы, клинические проявления, психотерапия): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: спец. 14.00.18 «Психиатрия» / Г.С. Кочарян. – М., 1992. – 46 с.
6. Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания неудачи и поведенческая адаптация, сопряженная с интимной близостью / Г.С. Кочарян // Здоровоохран. Белоруссии. – 1991. – № 7. – С. 52–56.
7. Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и его лечение / Г.С. Кочарян. – Х.: Основа, 1995. – 279 с.
8. Кочарян Г.С. Современная сексология / Г.С. Кочарян. – К.: Ника-Центр, 2007. – 400 с.
9. Крукс Р. Сексуальность / Пер. с англ. / Р. Крукс, К. Баур. – СПб.: Прайм-Еврознак, 2005. – 480 с.
10. Левин И. Мужчина. Секс. Успех. Как справиться с ускоренным семяизвержением / И. Левин. – СПб., 1997. – 87 с.
11. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб.: «АДИС», 1994. – 304 с.
12. Общая сексопатология. Руководство для врачей / Под ред. Г.С. Васильченко. – М.: Медицина, 1977. – 488 с.
13. Рейбен Д. Все, что вы хотите узнать о сексе, но стесняетесь спросить / Пер. с англ. / Д. Рейбен. – Харьков: Агентство «Харьков-Новости», 1991. – 240 с.
14. Ученые измерили преждевременную эякуляцию // (Электронный ресурс) URL: <http://www.medcentre.com.ua/articles/Uchenye-izmerili-prejdevremennuyu-eyakulyatsiyu-39002> (дата обращения: 02.09.2013).
15. Хьел Л. Теории личности (Основные положения, исследования и применение) / Пер. с англ. / Л. Хьел, Д. Зиглер. – СПб.: Питер Ком, 1999. – 608 с.
16. Althof S. Development and validation of a new questionnaire to assess sexual satisfaction, control and distress associated with premature ejaculation / S. Althof, R. Rosen, T. Symonds, R. Mundayat, K. May, L. Abraham // Journal of Sexual Medicine. – 2006. – Volume 3, Issue 3. – P. 465–475.
17. Dinsmore W.W. Evaluation of the Sexual Assessment Monitor, a diagnostic device used to electronically quantify ejaculatory latency time: findings from three studies / W.W. Dinsmore, D.J. Ralph, P. Kell, K.R. Wylie, J.P. Dean, C. Novak, J.S. Wylie, M.G. Wylie // BJU Int. – 2006. – 98 (3). – P. 613–618.
18. International Society for Sexual Medicine's Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Premature Ejaculation. Stanley E. Althof, Ph.D., Carmita H.N. Abdo, M.D., Ph.D., John Dean, M.D., Geoff Hackett, M.D., Marita McCabe, Ph.D., Chris G. McMahon, M.D., Raymond C. Rosen, Ph.D., Richard Sadovsky, M.D., Marcel D. Waldinger, M.D., Ph.D., Edgardo Becher, M.D., Gregory A. Broderick, M.D., Jacques Buvat, M.D., Irwin Goldstein, M.D., Amr I. El-Meliegy, M.D., Francois Giuliano, M.D., Ph.D. Wayne J.G. Hellstrom, M.D., Luca Incrocci, M.D., Emmanuelle Jannini, M.D., Kwangsung Park, M.D., Sharon Parish, M.D., Hartmut Porst, M.D., David Rowland, Ph.D., Robert Segraves, M.D., Ph.D., Ira Sharlip, M.D., Chiara Simonelli, Ph.D., Hui Meng Tan, M.D. // J Sex Med – 2010. – 7. – P. 2947–2969.
19. Kocharyan G.S. Sexual dysfunctions in males and their behavioral changes connected with intercourses / G. S. Kocharyan // 24th International Congress of Applied Psychology Abstracts Install Diskette 7/98. – P. 394.
20. Lew-Starovich Z. Seks partnerski / Z. Lew-Starovich. – Warszawa: PZWL, 1991 – 343 s.
21. Patrick D.L. The Premature Ejaculation Profile: Validation of self-reported outcome measures for research and practice / D.L. Patrick, F. Giuliano, K.F. Ho, D.D. Gagnon, P. McNulty, M. Rothman // British BJU Int. – 2009. – 103 (3). – P. 358–364.
22. Singer J. Singer I. Types of female orgasms / J. Singer, I. Singer // Jomal of Sex Research. – 1972. – 8 (4). – P. 255–267.
23. Symonds T. Development and validation of a premature ejaculation diagnostic tool / T. Symonds, M.A. Perelman, S. Althof, F. Giuliano, M. Martin, K. May, et al. // Eur Urol. – 2007. – 52 (2). – P. 565–573.

Статья поступила в редакцию 20.05.2014