

Відсутність статевого потягу, посилена гіпоерекцією, обумовленою неврозом очікування невдачі. Випадок із клінічної практики

Г. С. Кочарян

Навчально-науковий інститут післядипломної освіти Харківського національного медичного університету

Гіпоактивний статевий потяг – найчастіша сексологічна скарга у жінок (33,4%). У чоловіків вона відзначається також досить часто (15,8%) і посідає третє місце серед таких скарг. Синдром тривожного очікування сексуальної невдачі (СТОСН) – найбільш універсальний сексопатологічний синдром у чоловіків, який найчастіше проявляється розладами ерекції. Для лікування відсутності статевого потягу та СТОСН зокрема використовують різні методи психотерапії, включаючи гіпносугестивну.

У статті наведено клінічний приклад успішного лікування пацієнта, у якого головною сексуальною дисфункцією була втрата сексуального потягу, що ускладнилася гіпоерекцією, зумовленою неврозом очікування невдачі. Головним методом терапії в цьому випадку був гіпноз. Пацієнт В., 47 років. 10 місяців перебуває у «громадянському шлюбі». Звернувся по лікувальну допомогу виключно з ініціативи «громадянської дружини» (ГД). Його ж власний стан цілком влаштовує, і будь-якого дистресу, пов'язаного з ним, у нього немає. При зверненні відзначав відсутність/втрату статевого потягу, невелику гіпоерекцію, наявність легко вираженого тривожного побоювання сексуальної невдачі, відсутність ранкових ерекцій, проведення статевих актів 1 раз на тиждень без будь-якого бажання і виключно з ініціативи ГД. Розлад розвинувся у нього під впливом стресу, зумовленого розлученням із дружиною, яка йому зраджувала. У зв'язку з цим у нього за механізмом генералізації розвинулося негативне ставлення до всіх жінок.

Діагностичний висновок було розглянуто з точки зору двох класифікацій – МКХ-10 та МКХ-11. У першому випадку йшлося про патологію: «Відсутність / втрата статевого потягу (F52.0), посилена гіпоерекцією, обумовленою легко вираженим неврозом очікування невдачі (соціальна фобія – F40.1 і переважно нав'язливі думки – F42.0)». У другому випадку йдеться лише про наявність сексуальної дисгармонії, і медичний діагноз встановити не можна з урахуванням того, що в МКХ-11 у загальній характеристиці сексуальних дисфункцій існує наступний критерій, на який слід звернути увагу.

Щоб вважатися патологією, сексуальна дисфункція має бути пов'язаною з клінічно значущим дистресом, чого немає у нашого пацієнта. Було проведено таку корекцію: (1) допомога в осмисленні пацієнтом походження своєї сексологічної симптоматики; (2) гіпносугестивна терапія (10 сеансів), спрямована на посилення опірності організму по відношенню до стресогенних впливів соціального та психологічного характеру; посилення статевого потягу до жінок взагалі і до ГД зокрема; усунення тривожного побоювання сексуальної невдачі та насичення впевненістю у своїх сексуальних можливостях; програмування нормального перебігу статевого акту. Крім того, було призначено (3) апіпродукт, який, зокрема, посилює статевий потяг та (4) фізичну вправу для його посилення.

Слід зазначити, що після першого сеансу гіпносугестивної терапії – головного компонента лікування – вперше виникла ранкова ерекція, яка була відсутня до початку лікування протягом трьох років. Ця зміна була стійкою і тривала протягом усього періоду терапії. Після другого сеансу гіпнозу посилився статевий потяг, і пацієнт провів два повноцінні вагінальні статеві акти з власної ініціативи. Після всіх наступних гіпнотичних сеансів мали місце повноцінні вагінальні контакти, які відбувалися або з ініціативи одного з партнерів, або із взаємної ініціативи. До початку лікування вони відбувалися лише з ініціативи ГД.

Також слід зазначити, що частота статевих актів після початку лікування значно зросла. Тривожне побоювання сексуальної невдачі повністю нівелювалось після кількох сеансів гіпнозу. Також збільшилася тривалість статевого акту, що, зокрема, можна пояснити значним почастинням статевих актів. Це спричинило те, що якщо до початку лікування у ГД оргазм виникав рідко, то в його процесі він почав наступати щоразу.

Терапевтичний ефект настав надзвичайно швидко, що було несподівано як для мене, так і для пацієнта. Чи можна було обмежитись меншою кількістю гіпнотичних сеансів? Очевидно, можна, проте курс лікування не слід було зводити до їх дуже малої кількості з метою запобігання можливості «сповзання» пацієнта в раніше існуючий стан. Апітерапію, а також запропоновану фізичну вправу в даному випадку слід розглядати як допоміжні терапевтичні фактори. Виникає питання щодо необхідності проведення лікування пацієнта, якого влаштовував його власний стан. Однак не слід забувати, що він не влаштовував його партнерку і був причиною сексуальної дисгармонії. В даному випадку відповідь абсолютно очевидна, тому що результатами лікування були повністю задоволені як пацієнт, так і його ГД. Інформація, отримана від пацієнта через місяць після закінчення його лікування, свідчила про стійкість досягнутих результатів.

Ключові слова: відсутність статевого потягу, тривожне очікування сексуальної невдачі, гіпоерекція, чоловік, гіпносугестивна терапія.

Lack of sexual desire, aggravated by hypoerection caused by the neurosis of expectation of failure. Case from clinical practice

G. S. Kocharyan

Hypoactive sexual desire is the commonest sexual complaint in women (33.4%). In men, this is revealed rather frequently too (15.8%) and takes the third place among such complaints. Anxious sexual failure expectation syndrome (ASFES) is the most universal sexopathological syndrome in men that most often manifests with erectile disorders. In order to treat absence of sexual desire and ASFES, in particular, different methods of psychotherapy are used, including hypnosuggestive one.

The article describes a clinical example of the successful therapy of the patient, whose main sexual dysfunction consisted in a loss of sexual desire, aggravated by hypoerection due to failure expectation neurosis. In that case hypnosis was the main method of therapy. Male patient B., aged 47, had been in a "common law marriage" during 10 months. He sought medical treatment solely on the initiative of his "common law wife" (CLW). As far as he was personally concerned, he was absolutely satisfied with his own state and did not feel any distress related to it. On presentation he reported absence/loss of sexual desire, mild hypoerection, presence of slightly expressed anxious expectation of sexual failure, absence of morning erections, having sexual intercourses once a week without any desire and solely on the initiative of his CLW. The disorder developed in him under the influence of stress caused by a divorce with his wife, who was unfaithful to him. In that connection he developed a negative attitude towards all women by the mechanism of generalization.

The diagnostic conclusion was examined from the viewpoint of 2 classifications: ICD-10 and ICD-11. The first case dealt with the following pathology: "Lack / loss of sexual desire" (F52.0), aggravated by hypoerection as result of slightly expressed failure expectation neurosis ("Social phobias" – F40.1 and "Predominantly obsessional thoughts or ruminations" – F42.0). The second case dealt with only the presence of sexual disharmony, and it is impossible to make a medical diagnosis taking into account the fact that the general characteristics of sexual dysfunctions in ICD-11 have the following criterion, which is worthy of being noted. In order to be considered as pathology sexual dysfunction should be associated with clinically significant distress that was not present in our patient. The following correction was made: (1) help in comprehension of the origin of his sexological symptoms by the patient; (2) hypnosuggestive therapy (10 sessions), aimed to increase resistance of the organism against stress-producing effects of the social and psychological character; increase of sexual desire for women in general and for his CLW in particular; elimination of anxious expectation of sexual failure and saturation with confidence in his sexual powers; programming of the normal course of coitus. Besides, (3) an apiproduct, that among other things, increases sex drive and (4) a physical exercise were administered for increasing his sexual desire.

It should be pointed out that the first session of hypnosuggestive therapy, which was the main component of treatment, for the first time produced morning erection that had been absent three years before the beginning of the treatment. The above change persisted during the whole period of therapy. After the second session of hypnosis the patient's sexual desire increased and he had two high-quality vaginal sexual intercourses on his own initiative. After all subsequent sessions of hypnosis high-quality vaginal contacts took place, which happened both on the initiative of one of the partners or on their joint initiative. Before the beginning of treatment the above intercourses happened only on the CLW's initiative.

Also it should be pointed out that after the beginning of treatment the rate of sexual intercourses significantly increased. Anxious expectation of sexual failure was completely eliminated after a few sessions of hypnosis. The duration of intercourse also increased; this fact can be particularly explained by a significant increase in their frequency. This led to the fact that if before the start of treatment in CLW, orgasm occurred rarely, then in the course of it, it began to occur every time.

The therapeutic effect came extremely rapidly that was not expected by both the Investigator and the patient. Was it possible to limit ourselves to a smaller number of hypnotic sessions? Obviously, yes, it was, but the course of treatment should not be reduced to a very small number of them in order to prevent a possible "slipping down" of the patient to the state that had existed before. Apitherapy as well as the suggested physical exercise should be considered in this case as accessory therapeutic factors. The question arises as to whether it was necessary to treat the patient who was satisfy with his own state. But we should not forget that the above state did not satisfy his partner and caused sexual disharmony. In this case the answer is absolutely obvious, because both the patient and his CLW were completely satisfied with the results of treatment. It should be noted that the information received from the patient a month after the end of his treatment indicated that the achieved results were stable.

Keywords: lack of sexual desire, anxious expectation of sexual failure, hypoerection, man, hypnosuggestive therapy.

Гіпоактивний статевий потяг – найчастіша сексологічна скарга у жінок (33,4%). Е. О. Laumann et al. (1999), які повідомили про це на підставі досліджень, проведених в США, зазначають, що і у чоловіків вона відзначається також досить часто (15,8%) і посідає третє місце серед таких скарг [1]. Синдром тривожного очікування сексуальної невдачі (СТОСН) – найбільш універсальний сексопатологічний синдром у чоловіків, який найчастіше проявляється розладами ерекції. Для лікування гіпосексуального розладу статевого потягу та СТОСН зокрема використовуються різні методи психотерапії, включно з гіпносугестивною [2–8].

Наведемо клінічний приклад успішного лікування пацієнта, у якого головною сексуальною дисфункцією була втрата сексуального потягу, яка ускладнилася гіпоерекцією, зумовленою неврозом очікування невдачі.

Пацієнт В., 47 років, звернувся за консультацією 8.07.2024 р. Десять місяців перебуває у «громадянському

шлюбі». Раніше був одружений протягом 23 років, від цього шлюбу у нього двоє дітей 17 та 25 років (обидва хлопчики). Освіта середня технічна та вища економічна. Бізнесмен, очолює фірму, на якій, крім нього, працює ще 30 осіб.

Живе з «громадянською дружиною» (ГД), якій 33 роки. Він її кохає. Вона має вищу економічну освіту і працює керівником проектів в ІТ-компаніях. Живуть у будинку, який орендують. Його молодший син живе з ними, а старший – самостійно.

Скарги та анамнез: відсутність статевого потягу протягом двох місяців, а до цього він був знижений протягом 22 місяців. Статеві акти відбуваються 1 раз на тиждень з ініціативи ГД при ослабленій ерекції. Зазначає, що вони здійснюються у вечірній час перед засинанням, а вдень спроби можуть бути безуспішними, оскільки з'являються думки про можливу невдачу. Також протягом 3 років відсутні ранкові ерекції.

Скарги урологічного профілю відсутні, У зв'язку із сексуальною проблемою був обстежений урологом, проведено ультрасонографічне дослідження передміхурової залози. Ознак активного запального процесу та доброякісної гіперплазії передміхурової залози виявлено не було. В даний час підвищеної тривожності немає, підвищена дратівливість та запальність відсутні. Сон добрий. Нічний сон – 5–6 годин. Встає о 5:00 ранку, а лягає спати об 11:00 вечора. Іноді вдень хочеться спати. Тоді ставить будильник, щоб півгодини поспати. Цього вистачає, щоб бути повністю працездатним. Може поспати вдень кілька годин у вихідні дні. Працює з 8:00 години до 18:00. Робота напружена. Іноді буває дуже сильний стрес.

Зниження лібідо почалося після розлучення з дружиною, яке відбулося у грудні 2022 р. Тоді був різко знижений настрій, нічого не хотілося робити, відчував сильну дратівливість та запальність, було бажання все зруйнувати, зокрема свій бізнес. Це тривало протягом 1 року. Півроку після розлучення не ходив на роботу, і справи йшли самі по собі. Розлучилися з ініціативи дружини у грудні 2022 р., оскільки не могли порозумітися. Однією з вагомих причин, що призвела до розлучення, було те, що через 5 років подружнього життя дружина почала йому зраджувати. Він же дружині не зраджував. Після розлучення протягом 8–10 місяців було негативне ставлення до жінок взагалі. Відзначає, що після розлучення з дружиною обрушилися його плани. Раніше він та його дружина мріяли і планували, що у 2030 році переїдуть жити до Франції та придбають там нерухомість.

Звернувся за сексологічною консультацією з ініціативи ГД. Його ж існує становище влаштовує. Реалізує себе у роботі, любить ходити до церкви, де молитися, проводити час на природі. Займається йогою, медитацією.

Платонічне (романтичне) лібідо прокинулося у вісім років (у другому класі школи).

Еротичне лібідо виникло у 14 років, реалізував його у 15 років.

Перший статевий акт був у 16 років з однокласницею, яка «затягла» його до себе додому. Статевий акт був без вад.

Мастурбація з 15 років. Еякуляції спочатку не було. Вона стала відбуватися приблизно через 2 місяці після початку мастурбації. Перший рік мастурбація була щоденною, а потім з'явилася дівчина, з якою статеві акти були щоденними, і тому мастурбував лише за відсутності статевих контактів. У період перед розлученням взагалі не хотів жити статевим життям з дружиною і 2–3 рази на тиждень мастурбував. Після розлучення мастурбувати припинив.

Максимальна кількість статевих актів протягом життя – чотири рази за вечір.

Еротичні сновидіння «не сняться» протягом приблизно 10 років, але цього року один раз приснився статевий акт зі своєю ГД.

Усього до шлюбу було чотири жінки, з якими жив статевим життям. З першою зустрічався один рік, з другою – два роки, а з третьою та четвертою – по місяцю.

Перші п'ять років статевий акт із дружиною відбувався щодня або через день. Потім у дружини стався позашлюбний зв'язок і статеві акти відбувалися рідше.

З 2004 р. по 2007 р. зловживав алкогольними напоями, переважно вживав пиво, позаяк міцні напої він не

любить. Сформувалася алкогольна залежність, яку він подолав самостійно. З 2007 року алкоголь зовсім не вживає, тоді ж кинув палити. Наркотики ніколи не вживав.

Хронічних захворювань немає, крім алергії (закладеність носа, чхання), що існує протягом останніх 10 років (з травня до липня).

Гормональні дослідження від 14.07.2024 р. Тестостерон загальний (Т загальний, сироватка) – 15,7 нмоль/л (норма лабораторії: чоловіки 20–49 років – 8,64–29,0 нмоль/л). Тестостерон вільний (Т вільний, сироватка) – 10,16 пг/мл (норма лабораторії: чоловіки 21–49 років – 4,81–22,42 пг/мл). Пролактин 8 нг/мл (норма лабораторії: чоловіки – 4,04–15,2 нг/мл). Лютеїнізуючий гормон (ЛГ) – 4,63 мМО/мл (норма лабораторії: чоловіки – 1,7–8,6 мМО/мл). Фолікулостимулюючий гормон (ФСГ) – 5,16 мМО/мл (норма лабораторії: чоловіки – 1,5–12,4 мМО/мл). Естрадіол (E₂) – 25,4 пг/мл (норма лабораторії: чоловіки – 11,3–43,2 пг/мл).

Об'єктивний статус. Зріст 180 см, маса тіла 90 кг. Лобок голить, але повідомив, що навколо пупка росте волосся, його багато, є доріжка до пупка. На грудях помірна кількість волосся, на спині та шиї волосся немає, дуже волосаті руки та ноги. Головка члена легко оголюється, складчастість мошонки нормальна, пігментація мошонки та статевого члена достатньо виражена.

Заключення. На підставі проведеного обстеження відповідно до МКХ-10 [9] пацієнту було поставлено наступний діагноз: «Відсутність / втрата статевого потягу (F52.0), посилена гіпоерекцією, обумовленою легко вираженим неврозом очікування невдачі (соціальна фобія – F40.1 та переважно нав'язливі думки – F42.0).

Думка про те, що у нього є легко виражений невроз очікування невдачі, склалася у нас тому, що вдень через розлад ерекції, який можна пояснити побоюванням сексуальної невдачі, здійснювати статеві акти він не може, а ввечері перед сном йому це вдається, хоча він цього і не хоче, що можна пояснити меншою вираженістю в цей період побоювання сексуальної невдачі. Разом з тим, як зазначалося нами раніше, вираженість цього неврозу була невеликою. Втрату сексуального потягу можна пояснити зафіксованими наслідками стресу, пов'язаного з розлученням, а також тим, що зрада дружини призвела до негативного ставлення до всіх жінок взагалі (феномен генералізації). Гіпоерекцію також частково можна пояснити відсутністю статевого потягу.

Якщо оцінювати стан пацієнта відповідно до МКХ-11 [10], то складається зовсім інша картина. У МКХ-11 в загальній характеристиці сексуальних дисфункцій існує наступний критерій, на який слід звернути увагу. Щоб вважатися патологією, сексуальна дисфункція повинна бути пов'язаною з клінічно значущим дистресом. Але як характеризує свій стан пацієнт? Як він ставиться до нього? Він звернувся за сексологічною консультацією виключно з ініціативи ГД. Його ж існуючий стан влаштовує. Якщо абсолютизувати наведений вище критерій, цього пацієнта хворим вважати не можна, і, отже, лікувати його не потрібно. Однак його ГД таке становище не влаштовує.

Рекомендації

1. Допомога в осмисленні пацієнтом походження своєї сексологічної симптоматики.
2. Гіпноугестивна терапія. Заплановані сеанси передбачали використання навіювань, спрямованих на:

2.1. Посилення опірності організму по відношенню до стресогенних впливів соціального та психологічного характеру.

2.2. Посилення статевого потягу до жінок взагалі і до ГД зокрема:

«У гіпнотичному стані відбувається активізація структур головного мозку, що беруть участь у формуванні статевого потягу. ... Вони активуються, тонізуються, стимулюються, збуджуються. ... Тому ваш статевий потяг стає сильним і напористим, що спонукає вас до пестощів, поцілунків та здійснення статевого акту. ... Відтепер зовнішність ГД, її обличчя, її голос, її фігура, спілкування з нею викликають бажання обійняти та поцілувати її, яке переходить у бажання здійснити з нею статевий акт. ... Відтепер ГД для вас виражений сексуальний стимул, виражений сексуальний збуджувач. ... Тому при спілкуванні з нею ви відчуваєте наростаюче бажання обійняти і поцілувати її, яке переходить у бажання здійснити з нею статевий акт».

2.3. Усунення тривожного побоювання сексуальної невдачі та насичення впевненістю у своїх сексуальних можливостях:

«Проведене обстеження показало, що органи та системи, які беруть участь у забезпеченні статевого акту, перебувають у вас у повній анатомічній збереженості. ... Разом з тим у вас має місце тривожне побоювання сексуальної невдачі, яке саме по собі може негативно впливати на якість статевого акту. ... Тому я буду рахувати від одного до п'яти, і з кожною наступною цифрою ви все більше звільнятиметеся від цього побоювання. ... Один, ваш організм почав звільнятися від тривожного побоювання сексуальної невдачі. ... Два, процес звільнення від тривожного побоювання сексуальної невдачі протікає більш інтенсивно. ... Три, все швидше і швидше звільняєтеся від цього побоювання. ... Чотири, внутрішній психічний двірник заходить у найвіддаленіші ділянки вашої психіки, вашу свідомість і підсвідомість, збирає залишки тривожного побоювання сексуальної невдачі і подібно до сміття вимітає їх із вашого організму, звільняючи його від цієї хвороботворної програми, від цього патологічного сміття. ... П'ять, ваша нервова система, ваша психіка, весь ваш організм звільнилися від цієї патологічної програми в найбільш повному можливому на сьогоднішній день ступені. ... А тепер я рахуватиму від одного до п'яти, і з кожною наступною цифрою ви все більше і більше будете заповнюватися впевненістю у своїх сексуальних можливостях. ... Один, впевненість у своїх сексуальних можливостях заповнює кожну клітинку вашого тіла. ... Два, ця впевненість заповнює кожну вашу нервову клітинку. ... Три, впевненість у своїх сексуальних можливостях заповнює всю вашу нервову систему. ... Чотири, ця впевненість заповнює кожну одиницю вашого психічного простору, вашу свідомість і підсвідомість, і з підсвідомості впевненість буде впевнено впливати на ваші сексуальні функції, забезпечуючи якісний перебіг статевого акту».

2.4. Програмування нормального перебігу статевого акту:

«Відтепер напередодні статевого акту ви абсолютно спокійні і впевнені в собі, почуваетесь комфортно, у вас виражений, напористий статевий потяг. ... Під час пестощів і поцілунків повністю занурюєтеся в приємні, хтиві відчуття, розчинюєтеся в них, губитеся в них. ... Під час ласк і поцілунків завдяки посиленому надходженню крові до статевого

члена він збільшується в розмірах, стає великим і твердим. ... Введення його в піхву відбувається легко. ... Протягом усього статевого акту відчуваєте сильний, напористий статевий потяг. ... Протягом усього статевого акту напруга члена стійка, хороша, статевий акт пройде успішно».

3. Вживання апіпродукту, який містить порошок з личинок трутнів, бджолине маточне молочко, кореневище лепехи та лактозу, по дві таблетки 2 рази на день за півгодини до їди у першій половині дня. Ця дієтична добавка посилює статевий потяг, нормалізує гормональний баланс, має загальнозміцнювальний ефект.

4. Фізична вправа для посилення статевого потягу: пальцями лівої руки за крайню плоть слід підняти член та помістити яєчка в зігнуту долоню правої руки, а потім здійснювати нею рухи (трусити) вперед-назад. Рекомендувалося виконувати цю вправу по 3 хвилини 2 рази на день.

Перший пункт рекомендацій виконувався протягом всього лікування. Представлені вище навчання, що проводилися в гіпнотичному стані, здійснювалися під час окремих сеансів як у повному, так і не в повному обсязі.

10.07.2024 року. Проведено 1-й сеанс гіпносугестивної терапії.

13.07.2024 року. Наступного дня після першого сеансу гіпнозу мала місце повна ранкова ерекція, яка до цього була відсутня. Пацієнт повідомив, що 13.07.2024 р. почав виконувати фізичну вправу для посилення статевого потягу. Пігулки призначеного апіпродукту приймає з 12.07.2024 р.

13.07.2024 року. Проведено 2-й сеанс гіпносугестивної терапії.

17.07.2024 року. Після другого сеансу гіпнозу посилюється статевий потяг. 15.07 та 16.07 мали місце повноцінні вагінальні статеві акти з його ініціативи. Пацієнт зауважує, що відновилися ранкові ерекції, які виникають тепер щодня, а до початку лікування вони не виникали протягом 3 років.

17.07.2024 року було проведено 3-й сеанс гіпносугестивної терапії.

21.07.2024 року. Вранці має місце гарна ерекція. Після третього сеансу гіпнозу провів три повноцінні вагінальні статеві акти при добре вираженому статево-му потязі та повній ерекції. Усі вони відбулися із взаємної ініціативи. Пацієнт повідомив, що його ГД дуже задоволена результатами лікування.

21.07.2024 року проведено 4-й сеанс гіпносугестивної терапії.

24.07.2024 року. Після четвертого сеансу гіпнозу у різні дні відбулося два повноцінні вагінальні статеві акти: перший за ініціативою ГД, а другий – за його ініціативою.

24.07.2024 року проведено 5-й сеанс гіпносугестивної терапії.

27.07.2024 року. За час, що минув після п'ятого сеансу гіпнозу, було 2 статеві вагінальні статеві акти, які відбулися за взаємною ініціативою. Усі показники копулятивного циклу відповідали нормальним параметрам. Тривалість статевого акту становила 3–5 хвилин.

27.07.2024 року. Проведено 6-й сеанс гіпносугестивної терапії.

31.07.2024 року. За час, що минув після шостого сеансу гіпнозу, було два вагінальні статеві акти, які від-

булися за ініціативою пацієнта. Усі показники копулятивного циклу відповідали нормальним параметрам. Тривалість статевому акту становила 5 хвилин і навіть більше. Вона стала набагато більше порівняно з тою, яка була перед початком лікування та становила 1–2 хвилини. Якщо раніше у ГД оргазм при статевому акті виникав рідко, то тепер – щоразу. Одного разу у неї навіть було два оргазми протягом одного статевому акту.

31.07.2024 року. Проведено 7-й сеанс гіпноугестивної терапії.

3.08.2024 року. За час, що минув після сьомого сеансу гіпнозу, статевих актів не було, оскільки його ГД поїхала. Ранкові ерекції були повними.

3.08.2024 року. Проведено 8-й сеанс гіпноугестивної терапії.

7.08.2024 року. За період, що пройшов після восьмого сеансу гіпнозу, відбулося 3 вагінальних статевих акти: перші два за взаємною ініціативою, а третій – за ініціативою ГД. Усі показники копулятивного циклу відповідали нормальним параметрам. Тривалість статевих актів становила приблизно 5 хвилин.

7.08.2024 року. Проведено 9-й сеанс гіпноугестивної терапії.

11.08.2024 року. За час, що минув після дев'ятого сеансу гіпнозу, відбувся один вагінальний статевий акт, а потім у його ГД почалися місячні. Усі показники копулятивного циклу відповідали нормальним параметрам. Тривалість статевому акту становила приблизно 5 хвилин.

11.08.2024 року. Проведено 10-й заключний сеанс гіпноугестивної терапії.

Аналіз отриманих результатів та їх динаміка

Слід зазначити, що після першого сеансу гіпноугестивної терапії, яка була головним компонентом лікування, вперше виникла ранкова ерекція, яка була відсутня до початку лікування протягом 3 років. Ця зміна була стійкою

і тривала протягом усього періоду терапії. Після другого сеансу гіпнозу посилювалися статевий потяг, і пацієнт провів два вагінальні повноцінні статеві акти з власної ініціативи. Після всіх наступних гіпноугестивних сеансів мали місце повноцінні вагінальні статеві контакти, які відбувалися або з ініціативи одного з партнерів, або із взаємної ініціативи. До початку лікування вони відбувалися лише з ініціативи ГД. Також слід зазначити, що частота статевих актів, як свідчать наведені вище дані, після початку лікування значно зросла. Тривожне побоювання сексуальної невдачі повністю нівелювалось після кількох сеансів гіпнозу.

Також привертає увагу збільшення тривалості статевому акту, яка в кінці лікування становила приблизно 5 хвилин, у той час як до початку лікування і на його початку – 1–2 хвилини. Збільшення тривалості статевому акту можна пояснити значним почастианням статевих актів. Якщо до початку лікування у ГД оргазм виникав рідко, то в його процесі він почав наступати щоразу.

Наведені дані свідчать, що терапевтичний ефект настав надзвичайно швидко, що було несподівано як для мене, так і для пацієнта. Чи можна було обмежитись меншою кількістю гіпноугестивних сеансів? Очевидно, можна, проте курс лікування не слід було зводити до дуже малої їх кількості задля запобігання можливого «сповзання» пацієнта в раніше існуючий стан. Як зазначалося раніше, пацієнт також отримував апітерапію і виконував певну виправу, які в даному випадку слід розглядати як додаткові терапевтичні фактори.

Ще постає питання, а чи потрібно було проводити лікування пацієнта, якого влаштував його власний стан? Не слід забувати, що він не влаштував його партнерку і був причиною сексуальної дисгармонії. В даному випадку відповідь абсолютно очевидна, тому що результатами лікування були повністю задоволені як пацієнт, так і його ГД. Слід зазначити, що інформація, отримана від пацієнта через місяць після закінчення його лікування, свідчила про стійкість досягнутих результатів.

Відомості про автора

Кочарян Гарнік Сурунович – д-р мед. наук, проф., Навчально-науковий інститут післядипломної освіти, Харківський національний медичний університет; тел.: (095) 259-65-23, (098) 521-61-46. *E-mail: kocharyangs@gmail.com*
ORCID: 0000-0003-3797-5007

Information about the author

Kocharyan Garnik S. – MD, PhD, DSc, Professor, Educational and Scientific Institute of Postgraduate Education of Kharkiv National Medical University; tel.: (095) 259-65-23, (098) 521-61-46. *E-mail: kocharyangs@gmail.com*
ORCID: 0000-0003-3797-5007

ПОСИЛАННЯ

- Kocharyan GS. Hyposexuality and its overcoming. Kharkov; Publisher: O. A. Miroshnichenko, 2024. 390 p.
- Lerner T, Bagnoli VR, de Pereyra EAG, Fonteles LP, Sorpreso ICE, Júnior JMS, et al. Cognitive-behavioral group therapy for women with hypoactive sexual desire: A pilot randomized study. Clin (Sao Paulo). 2022;77:100054. doi: 10.1016/j.clinsp.2022.100054.
- Brotto LA, Basson R. Group mindfulness-based therapy significantly improves sexual desire in women. Behav Res Ther. 2014;57:43-54. doi: 10.1016/j.brat. 2014.04.001.
- Brotto LA, Chivers ML, Millman RD, Albert A. Mindfulness-Based Sex Therapy Improves Genital-Subjective Arousal Concordance in Women With Sexual Desire/Arousal Difficulties. Arch Sex Behav. 2016;45(8):1907-21. doi: 10.1007/s10508-015-0689-8.
- Afzaligrouh A, Nosrat AM, Ghasemzadeh M, Choobdary A. The Effectiveness of Schema Therapy on Married Women with Hypoactive Sexual Desire Disorder in Sirjan City. Comm Health J. 2017;11(3-4):38-46. doi: 10.22123/chj.2018.93693.1024.
- Ramezani MA, Ahmadi K, Besharat M, Noohi S, Ghaemmaghami A. Efficacy of metacognitive therapy for hypoactive sexual desire disorder among Iranian couples. Psychother Res. 2018;28(6):902-8. doi: 10.1080/10503307.2017.1301690
- Kocharyan GS. Hypnosuggestive therapy, autogenic training and psychodynamic therapy in the correction of hypoactive sexual desire. Health Man. 2023;(3):42-50. doi: 10.30841/2786-7323.3.2023.290631.
- Kocharyan GS. Syndrome of anxious anticipation of sexual failure. Teaching and methodological manual for independent work of students. Kharkiv: Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, 2019. 32 p.
- World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines [Internet]. Geneva: WHO; 1992. 377 p. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9241544228>.
- World Health Organization. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. 2024-01 [Internet]. Geneva: WHO; 2024. Available from: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1189253773>.

Стаття надійшла до редакції 18.11.2024. – Дата першого рішення 26.11.2024. – Стаття подана до друку 23.12.2024