

1.  
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ  
ОБЩЕЙ И СУДЕБНОЙ ПСИХИАТРИИ им. В. П. СЕРБСКОГО

На правах рукописи

**КОЧАРЯН Гарник Суренович**

**СИНДРОМ ТРЕВОЖНОГО ОЖИДАНИЯ**

**СЕКСУАЛЬНОЙ НЕУДАЧИ У МУЖЧИН**

**(ФОРМИРОВАНИЕ, ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИЕ МЕХАНИЗМЫ,**

**КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ, ПСИХОТЕРАПИЯ)**

(Психиатрия — 14.00.18)

**А В Т О Р Е Ф Е Р А Т**

**диссертации на соискание ученой степени**

**доктора медицинских наук**

МОСКВА 1992

Работа выполнена в Харьковском институте усовершенствования врачей.

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор **Б. В. Шостакович,**

доктор медицинских наук, профессор **Г. С. Васильченко,**

доктор медицинских наук, профессор **И. И. Кутько**

Ведущее учреждение: Московский научно-исследовательский институт психиатрии.

Защита состоится «            »            1992 г. на заседании специализированного совета Д 074.36.01 научно-исследовательского института общей и судебной психиатрии им. **В. П. Сербского** (Москва, 119034, Кропоткинский пер., дом. 23).

С диссертацией можно ознакомиться в научной библиотеке института.

Реферат разослан «    »            1992 г.

Ученый секретарь  
специализированного совета  
кандидат медицинских наук

**Е. Я. Щукина**

## ОЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность проблемы.** Сексуальное благополучие играет большую роль в жизни человека, что определяет значимость исследований, направленных на изучение различных аспектов сексуальных расстройств и дисгармоний, а также рекомендаций по их коррекции (Г. С. Васильченко, 1977, 1983; С. С. Либих, 1982,1990; А. М. Свядош, 1982, 1988; В. В. Кришталь, Н. К. Агишева, 1985; Д. Л. Буртянский, В. В. Кришталь, Г. В. Смирнов, 1987, 1990; И. И. Кутько и соавт., 1990; И. И. Горпинченко,1991; Б. В. Шостакович, А. А. Ткаченко, 1992; W. H. Masters, V. E. Jonson, 1970; K. Imieliński, 1974, 1986; H. S. Kaplan, 1974, 1979; S. Kratovíl, 1985, 1991; G. Wagner, R. Green, 1985; Z. Lew-Starowicz, 1991.

Только стержневое поражение психической составляющей копулятивного цикла диагностируется у 50,8% обследуемых мужчин, обращающихся за сексологической помощью (Г. С. Васильченко, 1985). При различных заболеваниях, характеризующих поражение этой составляющей, очень часто наблюдается синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи (СТОСН). Он отмечается не только при первичном поражении указанной составляющей, но очень часто осложняет течение многих, изначально соматически обусловленных, сексуальных нарушений. Таким образом, этот синдром наблюдается очень часто. Его по сути можно назвать наиболее универсальным сексопатологическим синдромом.

Анализ специальной литературы, в которой отражены данные о СТОСН, тем не менее, свидетельствует о том, что до настоящего времени рассматривались различные частные аспекты указанного синдрома (А. М. Свядош, 1982; С. Т. Агарков, 1984; А. Т. Канделаки, 1986; А. В. Голобурда, 1987, и др.), однако он никогда не являлся предметом самостоятельного всестороннего углубленного изучения в аспекте формирования, развития, симптомообразования, клинических

проявлений. Не изучены психологические и недостаточно разработаны физиологические механизмы патогенеза указанного синдрома, не изучены изменения поведения у больных с этой патологией, отсутствуют рекомендации по дифференцированной психотерапевтической коррекции СТОСН, учитывающие многообразие его характеристик. Все вышеизложенное определяет важность изучения этого синдрома как в теоретическом, так и в прикладном аспекте, что, в конечном счете, позволит обеспечить эффективность его лечения.

**Цель и задачи исследования.** Целью работы явилось повышение эффективности лечения СТОСН на основании его многостороннего изучения, опирающегося на системный междисциплинарный подход.

Для достижения указанной цели поставлены следующие задачи исследования:

1. Изучить формирование СТОСН и определить его частоту у мужчин, обращающихся за сексологической помощью.
2. Изучить клинику упомянутого синдрома: симптоматику и симптомообразование, варианты течения, роль этого синдрома и определяющей его патологии в возникновении, развитии и обеспечении целостных сексуальных расстройств.
3. На основании клинико-психологического анализа и психологических исследований изучить модификации поведения больных с СТОСН, отмечающиеся во время и вне интимной близости, психологические механизмы его патогенеза, а также раскрыть содержание диагностического понятия «невроз ожидания неудачи».
4. Оценить состояние больных с изучаемым синдромом по данным электрофизиологических, психофизиологических, радиоиммунологических, радиоферментных и радиорецепторных методов исследования для углубления представлений о физиологических механизмах его патогенеза.
5. Разработать принципы психотерапии СТОСН, дифференцированный подход к его лечению, а также новые

психотерапевтические приемы и методики.

**Научная новизна.** Определены психотравмирующие факторы, участвующие в формировании СТОСН, и непосредственные причины сексуальных «сбоев», приводящих к развитию изучаемого синдрома; выявлена частота различных сексуальных дисфункций, обуславливающих возникновение этого синдрома и его встречаемость среди мужчин, обращающихся за сексологической помощью; изучена специфика сексуальных нарушений у больных с СТОСН и выделены симптомообразующие факторы, принимающие участие в развитии половых расстройств при указанном синдроме; предложена концепция симптомообразования при сексуальных расстройствах; изучены психические и поведенческие, а также имеющие место в обстановке интимной близости психовегетативные и психосенсорные нарушения у больных с СТОСН, психическая саморегуляция этими пациентами нарушенных сексуальных функций; раскрыто диагностическое понятие «невроз ожидания неудачи» и выделены его различные клинические типы; изучены варианты течения СТОСН и некоторые особенности его нозологической специфики; выделены различные варианты влияния половых расстройств, где диагностируется СТОСН, на сексуальную гармонию; изучены личностные особенности больных с упомянутым синдромом; разработана психологическая модель патогенеза СТОСН; изучены нарушения церебральной и эндокринной регуляции сексуальных функций у больных с указанным синдромом невротического генеза; предложены принципы психотерапии СТОСН и разработаны рекомендации по его дифференцированной психотерапевтической коррекции; создано 9 психотерапевтических приемов и методик.

**Практическая значимость работы.** Выполненные исследования позволяют обеспечить дифференцированный подход к диагностической оценке СТОСН, учитывающей его клиническое многообразие; разработанные рекомендации по дифференцированной психотерапии

этого синдрома повышают эффективность его лечения; предложенные новые психотерапевтические приемы и методики расширяют возможности лечения больных с сексуальными расстройствами, включая те из них, которые обусловлены СТОСН; представленная концепция симптомообразования при половых расстройствах обеспечивает назначенные адекватной симптоматической терапии; выявленные у больных с изучавшимся синдромом адаптивно-приспособительные изменения поведения во время интимной близости дают возможность пополнить арсенал психотерапевтических воздействий, направленных на улучшение сексуальных функций.

**Апробация работы.** Материалы диссертации доложены и обсуждены на областной научно-практической конференции сексопатологов «Медико-психологические аспекты брака и семьи» (г. Харьков, май, 1985 г.); на 3-й областной научно-практической конференции сексопатологов (г. Харьков, май, 1977 г.); на заседании секции сексопатологов Харьковского научно-медицинского общества (г. Харьков, март, 1989 г.); на 4-й областной научно-практической конференции сексопатологов «актуальные аспекты диагностики, организации лечебного процесса и реабилитации больных с сексуальными расстройствами» (г. Харьков, май, 1990 г.); на Республиканской научной конференции «Половое воспитание, сексуальное здоровье и гармония брачно-семейных отношений» (г. Киев, октябрь-ноябрь, 1990 г.); на 1-м съезде Всесоюзной ассоциации сексологов (г. Киев, сентябрь, 1991 г.).

Материалы диссертации используются в педагогическом процессе на кафедрах медицинской сексологии и медицинской психологии, психотерапии, общей и судебной психиатрии, а также наркологии Харьковского института усовершенствования врачей, курсе медицинский сексологии при кафедре психотерапии Центрального института усовершенствования врачей (г. Москва), кафедре сексологии Санкт-Петербургского института усовершенствования врачей, кафедрах

психиатрии Харьковского, Киевского, Минского и Витебского медицинских институтов. Психотерапевтические приемы и методики, разработанные при выполнении диссертации, применяют в лечебном процессе в различных городах Украины, России, Белоруссии, Грузии, Армении, Латвии, Литвы.

**Публикации.** По теме диссертации опубликовано 22 работы, включая методические рекомендации.

**Объем и структура диссертации.** Диссертация изложена на 414 стр. машинописи и состоит из введения, обзора литературы, четырех глав собственных исследований, заключения, выводов, списка литературы, который включает 397 источников, в том числе 136 – иностранных авторов. Содержит: таблиц – 23, рисунок – 1, иллюстрирована 3 полными историями болезни и большим количеством клинических примеров.

#### СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования. При проведении работы обследовано 478 мужчин в возрасте от 16 до 78 лет включительно: 214 пациентов, обследованных амбулаторно, 254 больных с СТОСН, прошедших углубленное обследование (27 из них изначально входили в состав первой из указанных групп); 37 мужчин без копулятивных нарушений, включенных в контрольные группы. К обследованию и лечению привлекались жены (партнерши) пациентов. Использовались клинические и клинико-психологические диагностические подходы: психопатологическое, неврологическое, урологическое, андрологическое и специальное сексологическое исследования, включенные в структурный анализ полового расстройства (Г. С. Васильченко, 1977); системно-структурный анализ сексуальной гармонии супружеской пары (В. В. Кришталь, 1990); специальный опрос, направленный на диагностику психологических механизмов, опирающийся на разрабатываемую нами концепцию психологических функциональных

системных механизмов, объясняющую поведение человека в психотравмирующих ситуациях (А. С. Кочарян, 1986). Также применялись дополнительные методы исследования: а) клинико-лабораторные: микроскопия секрета предстательной железы; б) психологические: опросник Шмишека, ММРІ, личностный опросник Бехтеревского института, тесты Розенцвейга и Люшера, метод семантического дифференциала в варианте D. Feldes; в) физиологические и психофизиологические: ЭЭГ с ритмической световой и вербальной стимуляцией; г) радиоиммунологические: определение содержания в плазме крови лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), адренкортикотропного гормона (АКТГ), пролактина (ПРЛ), кортизола, дегидроэпиандростерона (ДГЭА), тестостерона (Тс), эстрадиола (Е<sub>2</sub>); д) радиоферментные и радиорецепторные: определение активности 5 $\alpha$ -редуктазы в гомогенате кожи лобка (J. J. Dube et al., 1975) и интенсивности поглощения этим гомогенатом <sup>3</sup>Н-тестостерона (В. В. Натаров и соавт., 1987).

Проводилась математико-статистическая обработка полученных результатов.

**Результаты исследования и их обсуждение.** С целью выявления частоты СТОСН среди обращающихся за сексологической помощью нами обследовано 214 мужчин с различными сексуальными расстройствами в возрасте от 19 до 78 лет. Этот синдром был выявлен у 44 человек (20,6%), что прямо указывает на то, что он является универсальным в клинике сексуальных расстройств.

Формирование СТОСН было изучено у 220 пациентов с этой патологией. Это важно, так как позволяет наметить комплекс профилактических мер, препятствующих ее возникновению. Оказалось, что всех больных можно разделить на три группы. В первую из них вошли пациенты (27 чел.; 12,3%), у которых появление СТОСН предшествовало возникновению сексуальных нарушений (доманифестное формирование).

Вторую группу составили больные (5 чел.; 2,3%), у которых первые сексуальные контакты с новыми партнершами непременно сопровождались тревожным ожиданием неудачи, что всегда вело к копулятивным «сбоям». Тем не менее последующие половые акты с этими же женщинами протекали без изъязов, так как СТОСН довольно быстро ликвидировался (манифестное формирование изучаемого синдрома). Однако в последний раз этого не происходило, что и побуждало мужчин обращаться за лечебной помощью. Третья группа была представлена пациентами (188 чел.; 85,5%), у которых СТОСН развился после манифестации сексуальных нарушений (постманифестное формирование). У большей части больных, вошедших в эту группу (124 чел.; 66%), изучаемый синдром развился остро или подостро (спустя одну или несколько неудачных попыток), а у меньшей (64 чел.; 34%) – постепенно (с момента возникновения половых расстройств проходил довольно длительный интервал времени: месяц, годы).

Следует отметить, что было выделено значительное количество факторов, оказавших психотравмирующее воздействие, которые участвовали в формировании СТОСН. Они были объединены в 20 групп (нормальные физиологические выделения, боли и патологические изменения в половых органах, нарушение спонтанных сексуальных показателей, нарушение адекватных сексуальных проявлений при эротических контактах, копулятивные нарушения (физиологические и патологические), гомосексуальный эпизод, упреки и поведение партнерши, измены жены, боязнь не удовлетворить супругу, опасение предстать несостоятельным в глазах опытной партнерши, разглашение сведений о сексуальной несостоятельности, онанофобия, боязнь последствий сексуальной абстиненции, ятрогения, чтение медицинской литературы и ознакомление с медицинской документацией, информация о патогенном влиянии СВЧ, сведения о депотенцирующем влиянии анаболических гормонов, опасение ухудшения половых функций в

перспективе, активизация воспоминаний о прошлых сексуальных неудачах, уверенность в собственной непривлекательности. Среди пациентов с доманифестным формированием упомянутого синдрома из перечисленных факторов чаще встречались боязнь последствий мастурбации, а также боли и патологические изменения в половых органах. В группе больных с постманифестным развитием СТОН в его формировании достоверно чаще участвовали такие факторы, как копулятивные нарушения (физиологические и патологические), а также упреки и поведение партнерши. При этом первый из этих факторов в свою очередь отмечался достоверно чаще, чем второй. Сравнение групп с доманифестным и постманифестным формированием СТОН показало, что как в первой из них, так и во второй в развитии этого синдрома значительно чаще участвует один из психотравмирующих факторов и гораздо реже два (только в одном случае в группе с доманифестным развитием изучаемого синдрома было зафиксировано 3 фактора, о которых идет речь). Вместе с тем сравнение подгруппы с острым-подострым и постепенным развитием СТОН показало, что в первом случае варианты, где только один из психотравмирующих факторов участвовал в формировании этого синдрома, встречались достоверно чаще, чем во втором, который характеризовался значительно более частой ролью в его возникновении двух факторов одновременно.

С целью углубления представлений о формировании СТОН, нами также были изучены непосредственные причины сексуальных «сбоев», приведших к постманифестному развитию изучаемого синдрома у больных с острым-подострым, а также постепенным его развитием. Всего выявлена 21 причина. В 7,3% наблюдений конкретную причину сексуального «сбоя» установить не удалось. Анализ показал, что в первой из указанных подгрупп преобладали «ситуационные» факторы, а во второй – факторы «хронического действия». Так, истинные расстройства потенции в качестве непосредственных причин

сексуальных «сбоев» наблюдались в подгруппе с постепенным постманифестным формированием СТОСН достоверно чаще, чем в подгруппе с острым-подострым его развитием. Кроме того, если в подгруппе с постепенным постманифестным формированием изучаемого синдрома ссоры с женой в качестве непосредственного причинного фактора сексуальных «сбоев» отмечались в 9,7% наблюдений, то в подгруппе с острым-подострым развитием СТОСН этот фактор вообще не был зафиксирован.

Также нами была проанализирована частота выявления различных сексуальных дисфункций, предшествующих возникновению СТОСН при остром-подостром и постепенном постманифестном его формировании. В результате различных сопоставлений, в том числе и после выделения отдельных подгрупп с различными вариантами постманифестного развития изучаемого синдрома, где он возникал именно вследствие реакции мужчины на копулятивные нарушения, которые, по сути, явились «стартовыми», выявилось следующее. На первом месте среди этих нарушений в группе с постманифестным формированием СТОСН (острым-подострым и постепенным) оказались расстройства эрекции, на втором – ускоренное семяизвержение, на третьем – сочетание эрекцияльных нарушений и ускоренного семяизвержения. Что касается анэякуляции, то она выполняла функцию «старт-симптома» в единичных случаях у пациентов с постепенным постманифестным развитием СТОСН.

У 254 чел. нами изучались клинические проявления СТОСН и факторы, участвующие в формировании сексуальных нарушений при этом синдроме. При сопоставлении частоты выявленных сексологических симптомов в общей группе больных с СТОСН и в группе пациентов с указанным синдромом, где в возникновении и развитии половых расстройств не принимала участия другая патология («очищенная» группа), а также в группе мужчин с различными сексуальными

расстройствами (Г. С. Васильченко, 1969) обнаружилось следующее. В общей группе больных с СТОСН, а также в группе пациентов с различными сексуальными расстройствами эрекционные нарушения встречались значительно чаще, чем эякуляторные. Последние, в свою очередь, достоверно преобладали над расстройствами либидо. Вместе с тем в «очищенной» группе больных с СТОСН эякуляторные нарушения (23,0%) наблюдались почти так же часто, как и расстройства либидо (19,5%). Помимо этого, обращало на себя внимание достоверное преобладание в этой группе эрекционных нарушений (94,7%) по сравнению с такими же расстройствами в двух остальных группах. При сравнении частоты указанных нарушений в общей группе больных с СТОСН и в группе пациентов с различными расстройствами оказалось, что в первой из этих групп они встречаются достоверно чаще, чем во второй. Расстройства оргазма у больных с СТОСН в «очищенной» группе (6,2%) наблюдались достоверно реже, чем в общей.

Следует отметить, что в обеих характеризуемых группах пациентов с СТОСН расстройства либидо были представлены различными степенями его снижения, а эякуляторные нарушения в подавляющем числе наблюдений проявлялись ускоренным семяизвержением. Во всех случаях расстройств оргазма фиксировалось его ослабление.

Нами были проанализированы изменения в частоте выявления отдельных сексологических симптомов у больных с СТОСН, возникшие при процедуре «очищения», в результате которой в большей степени обозначилась специфика влияния СТОСН на феноменологию сексуальных нарушений. Так, достоверное учащение расстройств эрекции было объяснено тем, что при этой процедуре исключаются варианты усугубляющего влияния СТОСН на симптоматику, изначально обусловленную другой патологией. Это более рельефно обозначило одну из закономерностей формирования симптомов при СТОСН. Она заключается в том, что в силу наибольшей значимости эрекционных

нарушений в плане возможного срыва интимной близости, их опасение встречается наиболее часто. Встречаемость расстройств эякуляции и либидо в «очищенной» группе оказалась почти одинаковой вследствие того, что выраженного уменьшения частоты снижения либидо при процедуре «очищения» не произошло, в то время как встречаемость нарушений эякуляции существенно снизилась. Значительную для пациентов без органически обусловленной сексуальной патологии частоту расстройств либидо мы в основном объясняем их эмоциональными реакциями на сексуальную проблематику. Достоверно более частые жалобы больных общей группы на нарушения эякуляции были объяснены наличием иных заболеваний и тем, что изучаемый синдром в ряде случаев усугублял сексуальное расстройство, влияя на длительность полового акта в качестве дополнительного фактора. Существенно более частое обнаружение расстройств оргазма в общей группе больных с СТОСН по сравнению с «очищенной» объяснялось исключением влияния соматических факторов.

Выявленная специфика СТОСН в формировании сексологической симптоматики в гораздо большей степени проявлялась при сравнении «очищенной» группы с группой больных с различными сексуальными расстройствами. Указанное сопоставление также выявило достоверное преобладание ослабления либидо во второй из указанных групп по сравнению с первой. Это объясняется значительным участием соматогенных факторов в происхождении упомянутого симптома в группе больных с различными сексуальными расстройствами.

Выявленные у больных «очищенной» группы расстройства эрекции различались по выраженности (гипоэрекция, анэрекция) и динамическому рисунку (торпидное возникновение эрекции, неустойчивая эрекция, ундулирующая эрекция). В более выраженных клинических случаях нарушались не только адекватные, но и

спонтанные эрекции, наименее уязвимыми из которых были ночные, которые, однако, тоже могли нарушаться.

В соответствии с предложенной нами концепцией симптомообразования при сексуальных расстройствах было показано, что обнаруженные у больных с СТОСН симптомы могут быть разделены на основные и производные, а первые, в свою очередь, – на инициальные симптомы и симптомы развития. Инициальные симптомы возникают в начальном периоде половых расстройств, а симптомы развития появляются при утяжелении заболеваний, лежащих в основе этих расстройств, или усложнении структуры последних. Производные симптомы, в отличие от основных, не имеют жесткой зависимости от патогенетической характеристики полового расстройства, а являются производными других симптомов, без которых они сами попросту бы не возникли. Следует отметить, что дифференцированная оценка симптомов с разграничением их на основные и производные, заканчивающаяся выбором симптомов-мишеней, каковыми являются основные симптомы, – важный процесс, позволяющий выработать программу адекватной симптоматической терапии.

Помимо указанных сексуальных нарушений у половины больных с СТОСН отмечался симптом сексуальной гипестезии-анестезии, который проявлялся частичной или полной блокадой контактного восприятия партнерши во время интимной близости.

Проанализировав формирование сексуальных нарушений у больных с СТОСН, нам удалось выделить следующие их симптомообразующие факторы: 1) «смысловое поле» (семантику) опасения неудачи, характеризующее какие именно сексуальные нарушения прогнозируются больным (эрекционные, эякуляторные, а может быть, те и другие); 2) эмоциональное напряжение и сопряженное с ним нарушение церебральной регуляции половых функций; 3) гиперконтроль этих функций; 4) сексологическую симптоматику,

изначально обусловленную другой патологией, на которую наслаивается усугубляющее влияние СТОСН; 5) личностные реакции на половое расстройство; 6) сексуальную дизритмию; 7) основные симптомы, определяющие появление производных от них копулятивных нарушений.

Если первые из четырех вышеназванных факторов специфичны для изучаемого синдрома, то остальные таковыми не являются и могут участвовать в организации копулятивных нарушений при любых других формах половых расстройств.

Иногда тревожное ожидание неудачи имело место во время ночных сновидений, которые подчас носили символический характер, обусловленный сексуальной проблематикой.

Изучались и психовегетативные нарушения у больных с СТОСН, которые отмечаются у них в обстановке интимной близости и могут носить характер ситуационных пароксизмов и субпароксизмальных состояний симпатико-адреналового или смешанного характера. Симпатико-адреналовые пароксизмы и субпароксизмальные состояния проявлялись учащенным сердцебиением, ознобом, озноподобными гиперкинезами. В единичных наблюдениях отмечались неприятные ощущения в области сердца и за грудиной. В случае смешанных вегетативных пароксизмов и субпароксизмальных состояний, помимо перечисленных выше проявлений, отмечались затруднения дыхания на входе, сопровождающиеся чувством нехватки воздуха. У одного больного отмечались затруднения дыхания на входе и на выходе. Также могли иметь место урчание в животе, позывы на дефекацию, повышенное потоотделение, редко – позывы к мочеиспусканию (что у одного больного сопровождалось болями в области мочевого пузыря слабой интенсивности) и чувство жара.

Использование пробы с сенсоризацией тревожного ожидания неудачи позволило увеличить наши диагностические возможности. В частности,

при ее применении удалось установить, что при интимной близости у мужчин с СТОСН отмечаются различные психосенсорные расстройства (в голове, туловище, конечностях, половых органах). Помимо симптоматики, имеющей место у мужчин с характеризуемым синдромом во время указанной близости, выявлены нередко преследующие их в течение всего дня мысли о сексуальной несостоятельности и связанные с ними проявления астенического синдрома, а также снижение настроения, подчас достигающее уровня субдепрессии или даже депрессии. Кроме этого, у части наблюдавшихся нами пациентов с изучавшейся патологией появлялась отсутствовавшая у них до ее развития повышенная мнительность и впечатлительность, замкнутость, скрытность, повышенная ревнивость, уступчивость, молчаливость, задумчивость, которые носили динамический характер и нивелировались в случае ликвидации сексуальной проблематики.

Структурный анализ был проведен у 252 больных с СТОСН в возрасте от 16 до 69 лет. Они в основном сосредоточились в возрастном диапазоне 20-49 лет ( $89,3 \pm 1,9\%$ ) с наибольшей их концентрацией в интервале 20-39 лет ( $74,2 \pm 2,8\%$ ). У 70 чел. ( $27,8 \pm 2,8\%$ ) отмечалось поражение одной составляющей копулятивного цикла, у 128 чел. ( $50,8 \pm 3,1\%$ ) – двух, у 50 чел. ( $19,6 \pm 2,5\%$ ) – трех, у 4 чел. ( $1,6 \pm 0,8\%$ ) – четырех. При облигатном поражении психической составляющей поражение нейрогуморальной составляющей отмечалось у 106 больных ( $42,1 \pm 3,1\%$ ), эрекционной – у 12 больных ( $4,8 \pm 1,3\%$ ), эякуляторной – у 119 больных ( $47,2 \pm 3,1\%$ ). Основное («стержневое») поражение нейрогуморальной составляющей имело место у 13 пациентов ( $5,2 \pm 1,4\%$ ), психической – у 185 пациентов ( $73,4 \pm 2,8\%$ ), эрекционной – у 8 пациентов ( $3,2 \pm 1,1\%$ ), эякуляторной – у 46 пациентов ( $18,2 \pm 2,4\%$ ).

Анализ поражения психической составляющей копулятивного цикла показал, что, несмотря на наличие СТОСН у 100% обследованных, выявленные у них нарушения, с которыми был сопряжен этот синдром,

оказались неоднозначными. Так, у подавляющего числа больных (240 чел.;  $95,2 \pm 1,3\%$ ) были диагностированы различные психогенно обусловленные невротические расстройства. Среди них неврастения выявлена у 9 чел. ( $3,8 \pm 1,2\%$ ), депрессивный невроз – у 5 чел. ( $2,1 \pm 0,9\%$ ), истерический невроз – у 1 чел. ( $0,4 \pm 0,4\%$ ), так называемый невроз ожидания неудачи – у 225 чел. ( $93,7 \pm 1,6\%$ ). В остальных 12 набл. ( $4,8 \pm 1,3\%$ ), где не было зафиксировано психогенно обусловленных невротических расстройств, СТОСН определялся акцентуациями характера тревожно-мнительного типа: психастенической – у 2 чел. ( $0,8 \pm 0,6\%$ ), сенситивной – у 2 чел. ( $0,8 \pm 0,6\%$ ); конституциональными психопатиями: психастенией – у 2 чел. ( $0,8 \pm 0,6\%$ ), мозаичной психопатией – у 2 чел. ( $0,8 \pm 0,6\%$ ); шизофренией – у 4 чел. ( $1,6 \pm 0,8\%$ ). Среди всех обследованных мужчин у 5 чел. ( $2,0 \pm 0,9\%$ ) копулятивные нарушения отсутствовали (мнимые расстройства потенции). У остальных пациентов ( $98 \pm 0,9\%$ ) выявлялись истинные сексуальные расстройства.

У 65,5% обследованных мужчин СТОСН и лежащие в его основе заболевания или акцентуации характера вели к возникновению сексуальных расстройств, а у 34,5% – усугубляли их. Во всех случаях, где изучаемый синдром и обуславливающий его фундамент приводили к появлению указанных расстройств, они занимали основное («стержневое») место в их структуре. Вместе с тем у больных с расстройствами потенции, где фиксировалось усугубляющее влияние изучаемой патологии на копулятивные нарушения, в 87,5% случаев эта патология играла вспомогательную роль в организации целостного сексуального расстройства, а в 12,5% набл. – основную, так как, усугубив это расстройство, становилась доминирующей в его клинических проявлениях.

Также были проведены клинико-психологические исследования, базирующиеся на разрабатываемой нами применительно к патогенезу, клинике и психотерапии сексуальных расстройств концепции

психологических функциональных системных механизмов поведения человека в психотравмирующих ситуациях, согласно которой следует выделять такие механизмы как защиту, совладание, компенсацию, разрядку, манипуляцию (А. С. Кочарян, 1986).

В результате изучения изменений поведения, сопряженных с интимной близостью, у 118 мужчин с СТОСН, наблюдавшимся при неврозах, акцентуациях и психопатиях, выявлено, что эти изменения когда-либо имели место у 76 пациентов (64,4%). Ими по собственной инициативе использовались психологические приемы, которые могут улучшать сексуальные функции как опосредованно, ослабляя тревожное ожидание неудачи (совладание), так и прямо. В последнем случае они непосредственно ориентированы на улучшение этих функций (компенсация). Очень редко указанные приемы выполняли роль совладания и компенсации одновременно. Вне зависимости от того, в каком из упомянутых механизмов реализовались эти приемы, они были разделены на следующие три группы: самовнушение, переключение внимания, эротическая аутосенситизация. Последняя представляет собой часто опосредованное самовнушением усиление восприятия специфических стимулов во время интимной близости, достигаемое благодаря сосредоточению внимания пациентов на испытываемых ими приятных ощущениях. Были выявлены следующие варианты самовнушения: самовнушение, направленное на самоуспокоение; самовнушение, отрицающее опасение неудачи; мотивированное и немотивированное самоубеждение в хорошем качестве полового акта; самовнушение-установка на безразличное отношение к результату; стимулирующее «обращение к половому члену»; самовнушение, направленное на уменьшение восприятия эротических стимулов. Используемые виды переключения внимания были такими: переключение внимания с использованием стимулов текущего опыта, в том числе и искусственно создаваемых, включая различные

вспомогательные средства; с помощью планирования; с использованием репродуцируемых и конструируемых сюжетов, связанных с имевшим место или воображаемым позитивным сексуальным опытом (с данной партнершей или с другими женщинами) или с несексуальными сюжетами (досуг, быт, производственная деятельность). Следует отметить, что феноменология используемых приемов зависит не от того, являются ли они проявлением совладения или компенсации, а от того, идет ли речь об ослаблении эрекции или ускоренном семяизвержении. Вместе с тем некоторые варианты самовнушения даже в том случае, если у обследованных больных они использовались для улучшения какой-либо одной из названных сексуальных функций, не были признаны нами специфичными в плане их воздействия на эрекцию или эякуляцию. Показано, что различная степень результативности применяемых приемов когда-либо наблюдалась у 52,8% обследованных больных, а ее полное и перманентное отсутствие – у 47,2%.

Рассматривая вопрос о целесообразности использования пациентами представленных приемов психической саморегуляции сексуальных функций, следует отметить, что из терапевтического арсенала, по-видимому, должно быть исключено стимулирующее «обращение к половому члену». Это объясняется тем, что фиксация внимания на половом члене (гиперконтроль его напряжения) является одним из выделенных нами выше факторов, участвующих в симптомообразовании у больных с СТОСН. Используя указанный вид самовнушения, изначально функционирующий в механизме совладания или (и) компенсации, больные, тем не менее, лишь укрепляют патогенный защитный механизм приковывания. Относительно других перечисленных приемов установка должна быть следующей. Наряду с проведением общепринятой терапии можно помогать пациентам в подборе индивидуально-эффективных средств психической саморегуляции. Особое предпочтение в лечении СТОСН из всех

указанных приемов мы отдаем эротической аутосенситизации, которая была положена в основу предложенной нами психотерапевтической системы эротической сенситизации. Оценка отношения больных к тревожному ожиданию неудачи (ТОН) показала, что не все пациенты считают его болезненным. Кроме того, выяснилось, что далеко не все больные, у которых отмечается это ожидание, борются с ним. Было обнаружено, что взаимоотношения между осознанием болезненности ТОН и борьбой с ним могут быть различными. Осознанность болезненности ТОН чаще сочетается с наличием борьбы с ним, однако эта борьба может и отсутствовать. Вместе с тем указанная борьба редко имеет место и при отсутствии осознания патогенного влияния ТОН на сексуальную сферу. Мнение больных о вероятности такого влияния может быть и неопределенным.

После отбора из 118 больных с СТОСН, у которых изучались модификации поведения, связанные с интимной близостью, 42 случаев «невроза ожидания неудачи», где исключалась возможность влияния на сексуальные функции другой патологии («очищенная» группа), было выделено 8 его типов. Критериями для их дифференциации явились осознание пациентом болезненного характера тревожного ожидания неудачи, а также наличие борьбы с ним (совладание). Характеристика каждого из этих типов отражена в приводимой ниже таблице.

В результате проведенного анализа сделан вывод о том, что невроз ожидания неудачи» представляет собой некий континуум. На одном из его полюсов находятся формы, где отсутствуют признаки, характерные для невроза навязчивых состояний, а на другом – варианты, которые обнаруживают эти признаки в полной мере. Таким образом, представленный нами континуум как бы демонстрирует процесс постепенного накопления качеств, присущих неврозу навязчивых состояний.

Характеристика различных типов невроза ожидания неудачи  
у 42 больных «очищенной» группы

Тип невроза		1	2	3	4	5	6	7	8
Частота	Абс. кол-во	12	2	2	1	1	1	7	16
	%	29	5	5	2	2	2	17	38
Отсутствие осознания болезненного характера ТОН и его патогенного влияния		+	+	-	-	-	-	-	-
Неопределенное мнение о возможном болезненном характере ТОН и его патоген-		-	-	+	+	-	-	-	-
Осознание болезненного характера ТОН и его влияния только на общее состояние.		-	-	-	-	+	+	-	-
Осознание болезненного характера ТОН и его влияния на сексуальные функции		-	-	-	-	-	-	+	+
Совладение (борьба с ТОН)		-	+	-	+	-	+	-	+

Возникает вопрос, чем можно объяснить тот факт, что при наличии патогенного влияния ТОН на сексуальную сферу и общее состояние нередко отсутствуют такие признаки, как чуждость опасений содержанию мышления, а также критическое к ним отношение. Одной из причин, объясняющей это, по нашему мнению, является специфика поведенческого акта, каковым является интимная близость. Так, если, например, абсурдность таких феноменов, как агорафобия и др. для больных совершенно очевидна, то ТОН в ряде случаев может восприниматься как естественная реакция на истинную или мнимую сексуальную несостоятельность. Этому также способствуют и такие варианты развития СТОН, когда последний усугубляет течение половых расстройств, ранее обусловленных другой патологией, что тем более затрудняет процесс ориентации пациента в собственном состоянии. В соответствии с нашими наблюдениями отсутствие осознания болезненности тревожного ожидания неудачи и борьбы с ним еще вовсе не означает, что это опасение не носит навязчивый характер. Так, в ряде случаев такое осознание и появившееся желание избавиться от ТОН не приводило к ликвидации последнего. Это позволяет сделать заключение, что в ряде наблюдений навязчивость может быть и неосознаваемой.

Итак, мы вплотную подошли к решению вопроса о взаимоотношении

невроза ожидания и невроза навязчивых состояний. Как известно, существует две отличающиеся между собой точки зрения на эту проблему (А. М. Свядоц, 1982). Согласно первой из них, невроз ожидания – самостоятельная форма невроза, а согласно второй особый вид невроза навязчивых состояний. Какая из этих точек зрения верна? По нашему мнению, каждая из представленных точек зрения отчасти справедлива и имеет право на существование. Если сторонники первой могут в своей аргументации опираться на отсутствие у многих больных из этой категории всех или части признаков облигатных для невроза навязчивых состояний, то сторонники второй с полным основанием могут приводить в пример те случаи, которые по своим характеристикам, безусловно, относятся к указанному неврозу. Опираясь на наши исследования, последние также вправе ссылаться на возможность существования неосознаваемых навязчивостей. Тем не менее всегда стоит вопрос о постановке диагноза. На наш взгляд, вряд ли целесообразно относить пациентов сексологического профиля с рассматриваемой патологией к различным классификационным рубрикам. Во всех случаях, какой бы точки зрения не придерживался врач, по-видимому, следует ставить диагноз «невроз ожидания неудачи», который нашел отражение в патогенетической классификации сексуальных расстройств у мужчин (Г. С. Васильченко, 1977).

Нами также впервые были изучены нарушения поведения у 125 больных с СТОСН, наблюдавшимся при неврозах, психопатиях и шизофрении. Те или иные изменения внекоитального поведения выявлены у 95 чел. (76%). Указанные нарушения были более или менее сложными. Степень их осознанности была различной. Из основных выявленных нами модификаций поведения следует назвать следующие. Часто отмечаются различные уловки, помогающие избежать «угрожаемых» в смысле возможной половой близости ситуаций. Иногда пациенты даже сознательно провоцируют ссоры с женщинами, что подчас приводит к

полному разрыву их отношений. В ряде случаев больные с СТОСН не только избегают половых актов, но даже поддерживают контакт с противоположным полом исключительно на уровне чисто платонического общения, либо, более того, вообще избегают отношений с женщинами. Общаться на эротическом или даже только платоническом уровне пациентам подчас помогает рационализация своего поведения. Нередко больные избегают не только контакта с женщинами на различных уровнях взаимодействия (сексуальном, эротическом, платоническом), но и разговоров на сексуальные темы, так как упоминание о «сильных» или «слабых» мужчинах оказывает на них психотравмирующее влияние. Подчас СТОСН определяет значительное отдаление сроков вступления в брак. Иногда эмоциональное напряжение, обусловленное существованием этого синдрома, снижается за счет чисто символического удовлетворения сексуальных притязаний (пациенты рассказывают другим людям о своих «сексуальных победах» и описывают свои «мужские достоинства»). Нередко у больных с СТОСН наблюдается гипертрофия прежних увлечений или возникновение новых, интенсификация учебы, уход в работу и выполнение общественных нагрузок, алкоголизация. Подчас включается рационализация и тогда больной обосновывает свою малую сексуальную активность или ее отсутствие, например, малой целесообразностью половой жизни, так как последняя, якобы, отвлекает от решения других «более важных» задач. Иногда в результате переживаний в связи с половым расстройством могут формироваться фатальные установки, возникать суицидальные мысли и тенденции. Последние реализовывались у обследованных нами пациентов исключительно редко. В ряде наблюдений у характеризуемой категории больных вследствие работы защитных процессов отмечалось исчезновение симпатии к партнерше, что достигалось за счет различных вариантов ее обесценивания, вплоть до возникновения навязчивых представлений неприятного содержания. Изредка обнаруживалась склонность к

изменению места жительства, обусловленная желанием избежать встреч с женщинами, с которыми пациенты находились в интимных отношениях, а также поиском того населенного пункта, где можно получить сексологическую помощь. Часто мысли о сексуальной несостоятельности беспокоят больных в течение всего дня, и они, желая избавиться от этих мыслей, используют различные способы отвлечения внимания, пытаются занять себя каким-либо делом. Нередко пациенты с СТОСН пытаются компенсировать свой сексуальный дефект более внимательным отношением к супруге. Они стараются больше помогать ей, выполняя различные работы по дому, становятся более покладистыми. Иногда мужчины стремятся дополнительными заработками пополнить семейный бюджет, чтобы угодить жене. В других случаях они, наоборот, озлобляются, становятся гневливыми, подчас с потерей контроля над собой, что проявляется как по отношению к жене, так и по отношению к другим людям. В ряде наблюдений можно констатировать сосуществование злобливости к супруге и угодливого к ней отношения. В части случаев отмечалось, что ухудшившееся отношение к жене (партнерше) переносится на всех представителей женского пола и псевдообосновывается, так как пациенты не догадываются об его истинных истоках. С целью ликвидации сексуальных нарушений мужчины в ряде случаев по собственной инициативе прекращают употреблять алкогольные напитки, курить, начинают заниматься гантельной гимнастикой, бегом, ходить в бассейн, обливаться по утрам холодной водой, заниматься аутогенной тренировкой, йогой, восточными видами единоборств и т.п. Не всегда у больных с СТОСН отмечались явления адаптивной поведенческой активации. Подчас они, наоборот, становились пассивными, малоинициативными, безразличными, воспринимали все происходящее в тусклых, серых тонах, теряли интерес к противоположному полу, учебе и профессиональной деятельности. Прежние увлечения становились им безразличны, пропадал интерес к

жизни. Вместе с тем в этих случаях (в отличие от других) речь не шла о клинически выраженной депрессии. Нередко потеря интереса к жизни может сочетаться с поведенческой активацией. Иногда у больных с СТОСН изменялся подход к выбору сексуального партнера. Нередко женщины выбирали их. Подчас пациенты не отвергали инициативу даже тех из них, которые им не особенно нравились или вообще были безразличны и устанавливали с ними довольно устойчивые связи. Это вполне объяснимо, так как в таких случаях ответственность за качество интимной близости снижалась, и мужчины не чувствовали во время ее проведения столь выраженной эмоциональной напряженности, что улучшало качество половых актов и, более того, делало их возможными. В ряде упомянутых наблюдений речь шла о контакте с женщинами, которые не только внешне не импонировали больным, но и значительно уступали им в умственном развитии.

Выявленные нами изменения поведения показывают, что зона нарушений у больных с СТОСН может далеко выходить за рамки копулятивных дисфункций и модификаций поведения, сопряженных с интимной близостью, и иметь не только личные, но и выраженные социальные последствия. Проведенные нами исследования, в частности, свидетельствуют о неправомерности подчас имеющего место одностороннего подхода, согласно которому сексуальные расстройства могут вести только к ухудшению производственных показателей и уменьшению творческого потенциала. Нами показано, что нередко можно встретить совершенно противоположные результаты. Это подтверждает правомочность положений психоанализа о десексуализации либидо, изменении предмета катексиса, сублимации.

Информация, получаемая врачом при изучении поведения больных, должна учитываться при проведении психотерапевтической работы с целью формирования у пациентов конструктивных поведенческих программ.

Нами (совместно с А. С. Кочаряном) была построена эвристическая психологическая модель развития СТОСН, опирающаяся на концепцию психологических функциональных системных механизмов. Согласно ей, сексуальные неудачи в ряде случаев приводят к развитию стратегии «приковывания» (M. J. Goldstein, 1959), сущность которой состоит в попытках гиперконтроля интимного сближения. Вместе с тем указанная стратегия оказывается ситуационно неадекватной, ригидной и приводит к дезавтоматизации сексуальной функции. В ряде случаев упомянутая стратегия порождает стратегии «уклоняющегося мышления» (Sh. Solomon et al., 1980), «переопределения ситуации» (D. H. Holmes, B. K. Houston, 1974) и др.: усматривая явную связь между уменьшением «прикованности» и сексуальным успехом, пациент стремится уклониться от мыслей о возможной неудаче и изменить свое отношение к ней, включая механизмы когнитивного самоконтроля. Если они оказываются неэффективными, можно считать синдром сформированным (фаза «кристаллизации»). Дальнейшая динамика синдрома связана с борьбой амбивалентных стратегий. Складывается парадоксальная ситуация: чем больше напрягаются механизмы совладания, тем больше напрягаются механизмы защиты. Эффективность контроля над ситуацией значительно падает за счет трудностей его осуществления – борьба высоконапряженных альтернативных тенденций (Sh. Solomon et al., 1980.). Этот этап мы назвали фазой напряжения синдрома. В связи с тем, что стержневой симптом (навязчивое опасение) рассматриваемого синдрома характеризуется одновременной вовлеченностью идеаторной и эмоциональной сфер, его дальнейшая динамика определяется их соотносительной вовлеченностью. Если опасение достигает степени уверенности в собственной сексуальной неполноценности, то значительно возрастает уровень тревоги (большая вовлеченность эмоциональной сферы). В этом случае происходит переход синдрома

ожидания неудачи в коитофобический синдром, исключая сексуальные контакты (коитофобическая фаза или фаза трансформации синдрома). Являясь причиной актуализации защитных процессов, коитофобия сама становится их мишенью. Возникает субъективная альтернатива сексуальной жизни, которая достигается за счет смещения (алкоголизация, уход в работу и т. д.), рационализации («Есть вещи гораздо более важные и возвышенные, чем половая жизнь») и т. п. (фаза экстрасексуальной альтернативы). В процессе углубленных клинико-психологических исследований выяснилось, что по указанной в рассматриваемой модели схеме может формироваться и развиваться только обсессивно-фобический вариант СТОСН.

При проведении диссертационных исследований изучалось течение СТОСН. Показано, что его выраженность может испытывать различные флюктуации, однако подчас последние не отмечаются. Так, интенсивность тревожного ожидания неудачи может оставаться практически неизменной с момента возникновения изучаемого синдрома при различной продолжительности его существования, а в ряде наблюдений, напротив, указанное ожидание довольно быстро редуцируется после своего появления. В части случаев отмечается как бы неуклонное усиление ТОН, а в других – период нарастания его интенсивности сменяется временем ее постоянной выраженности, после чего наблюдается постепенное ослабление этой интенсивности. Различные ее изменения могут возникать даже на протяжении небольших временных промежутков. Так, отмечено снижение этой интенсивности в просоночном к постпросоночному состояниях, что может проявляться качественными половыми актами в ночные и утренние часы. Помимо этого, установлено, что незапланированные половые акты часто бывают более качественными, чем запланированные, так как в первом случае ТОН не успевает «включиться» в полной мере.

Изучение особенностей течения СТОСН также показало, что он может быть представлен как континуальным, так и альтернирующим его вариантом. При первом из них характеризуемый синдром существует в течение какого-то определенного времени практически постоянно, а при втором – он то исчезает, то появляется вновь. Установлено, что как при континуальном, так и при альтернирующем варианте течения СТОСН может быть как тотальным (проявляться в обстановке интимной близости с любой женщиной), так и селективным (быть выраженным только по отношению к определенной партнерше). В последнем случае половые акты, проводимые с другими женщинами, протекают без изъянов. Характер течения СТОСН зависит от личностных характеристик, партнерской ситуации, половой конституции. Так, например, при наличии черт тревожной мнительности, ссор и конфликтах в семье (в первую очередь на сексуальной почве), а также слабой половой конституции возникают предпосылки для затяжного прогрессирующего течения изучаемого синдрома с тенденцией к приобретению им континуального и тотального характера.

При изучении СТОСН нами было показано, что помимо общих, присущих этому синдрому качеств, независимых от тех заболеваний, при которых он наблюдается, можно говорить и об отличительных его особенностях, которые обусловлены именно его нозологическими корнями. Так, например, при неврозе ожидания неудачи изучаемый синдром доминирует в клинической картине, у больных неврастенией базисным является астенический синдром, а при психастении СТОСН является непосредственным проявлением личностной дисгармонии и может персистировать за рамки периода сексуальных нарушений, длительно сохраняясь после их ликвидации. У больных шизофренией характеризуемый синдром имеет эндогенную «окраску», обуславливается другими психопатологическими синдромами и нередко носит несоответствующий реальной ситуации характер.

Системно-структурный анализ сексуальной гармонии супружеской (партнерской) пары был проведен в 144 случаях, где у обследованных нами мужчин с СТОСН были выявлены истинные половые расстройства. Поражение социального компонента этой гармонии отмечалось в 109 набл. (75,7%), психологического – в 39 набл. (27,1%), социально-психологического – в 19 набл.(13,2%). Естественно, что поражение биологического компонента определялось во всех наблюдениях. Поражение одного компонента сексуальной гармонии было выявлено у 25 чел. (17,4%), двух – у 81 чел. (56,2%), трех – у 27 чел. (18,8%), четырех – у 11 чел. (7,6%).

Анализируя понятие «сексуальная гармония», мы пришли к выводу, что его можно трактовать в широком и узком смысле, По нашему мнению, сексуальная гармония в узком смысле этого понятия определяется возникновением оргазма при сексуальных контактах у обоих партнеров, а также соответствием их потребностей в половой активности. Сексуальная гармония в широком смысле этого понятия, помимо вышеперечисленного, также предполагает конгруэнтность мужчины и женщины по многим другим факторам на различных уровнях взаимодействия, что может отразиться на полноте их эмоциональных переживаний во время интимной близости.

Было показано, что существуют декомпенсирующий и, как это не парадоксально, компенсирующий вариант влияния половых расстройств, где диагностируется СТОСН, на сексуальную гармонию. Помимо этого, в ряде наблюдений не удавалось выявить какого-либо заметного воздействия этих расстройств на указанную гармонию. Компенсирующий вариант упомянутого влияния наблюдался редко и был обусловлен увеличением продолжительности предварительного периода, направленным на усиление эрекции полового члена, что приводило к возникновению у партнерши оргазма, который отсутствовал у нее до возникновения полового расстройства у мужчины. При

отсутствии сколько-нибудь значимого воздействия сексуальных нарушений на сексуальную гармонию в узком смысле этого понятия констатировалось, что и до их появления оргазм у женщин никогда не возникал при сексуальных контактах. В ряде других наблюдений отсутствие такого влияния было связано с небольшой выраженностью сексуальных расстройств у мужчин. В этих случаях оргазм у женщины возникал так же часто, как и раньше, и не развивался дисбаланс потребностей в частоте сексуальных контактов у обоих партнеров.

Для более полного представления о состоянии больных с изучаемым, синдромом использовались дополнительные методы исследования.

При психологических исследованиях выявлено следующее.

Опросник Шмишека был использован нами для определения акцентуированных черт личности у 78 больных неврозом ожидания неудачи. Полученные данные свидетельствовали о том, что в число наиболее часто встречаемых акцентуаций вошли педантическая, эмотивная, экзальтированная, застревающая и циклоидная. Каждая из этих акцентуаций может по свойственным ей механизмам оказывать патопластическое влияние на возникновение невроза ожидания неудачи. Проведенные исследования показали, что демонстративная (истероидная) акцентуация характера не предрасполагает к возникновению указанного невроза. Среди обследованных больных она встречалась реже всех остальных. По ММРІ было обследовано 58 больных неврозом ожидания неудачи. В результате получен усредненный личностный профиль, соответствующий коду 781 (психастения, шизофрения, ипохондрия). В связи с тем, что этот профиль дает общую тенденцию, затушевывающую индивидуальные вариации, вся выборка была разбита на группы, однородные в личностном и синдромальном (психопатологическом) отношениях. Эти группы в порядке уменьшения частоты их выявления расположились следующим образом: первая (коды 781, 718, 817, 178), вторая (коды 728, 827, 782), третья (код 478), четвертая (коды 978, 798,

789), пятая (код 741), шестая (коды 137 и 173) и седьмая (код 764). Таким образом, наиболее типичный личностный профиль по ММРІ при неврозе ожидания неудачи характеризуется повышением по 7 и 8 шкалам.

Личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ) был применен у 57 больных с СТОСН невротического генеза. Полученные данные свидетельствовали о том, что в число наиболее часто диагностируемых типов отношений вошли эгоцентрический, тревожный, сенситивный, обсессивно-фобический, неврастенический (представлены в порядке уменьшения встречаемости). Следовательно, среди типов реагирования на заболевание преобладают защитные стратегии приковывания (первые четыре типа), а также механизм разрядки (пятый тип). Вместе с тем типы отношений, являющиеся реализацией защитных стратегий уклонения (эргопатический, апатический) и отрицания (эйфорический, анозогнозический), встречаются реже. Почти у 1/5 части обследованных какой-либо тип отношений не определялся. Несомненно, что использование ЛОБИ может помочь в составлении программы психотерапевтического воздействия.

По тесту Розенцвейга обследовано 84 чел. с СТОСН преимущественно невротического генеза. Оказалось, что 47,6% из них имеют показатель социальной адаптации, не превышающий таковой по группе невротиков (Н. А. Тарабрина, 1984), Нормативного уровня этот показатель достигал только у 6% обследованных. У 67 больных была определена частота различных вариантов реакций на фрустрацию первого и второго образца, что показало преобладание экстрapunитивных реакций (73,2%), а также реакций «с фиксацией на самозащите» (68,7%). Это свидетельствует о слабости и уязвимости личности, склонности предъявлять повышенные требования к окружению, возможной агрессивности, склонности к сарказму, иронии, частым упрекам окружающих лиц.

Тест Люшера был применен у 35 больных с СТОСН преимущественно

невротического генеза. Выявлена выраженная тревога, преобладание трофотропного тонуса (у 65,7% обсл.), который отражает стремление к покою, уход от активности, что может быть обусловлено астенизацией. На основании определения встречаемости вытесненных потребностей, представленных основными цветами, сочетаний наиболее часто вытесняемого цвета с другими цветами, а также порядка расположения дополнительных цветов при их выборе, приводится интерпретация полученных данных. Она свидетельствует о том, что обследуемые больные находятся в состоянии эмоционального напряжения, беспокойны, неуверены в себе, фон их настроения снижен, а социальная адаптация затруднена.

Использование метода семантического дифференциала в варианте, описанном Д. Feldes (1976), у 53 больных с СТОСН преимущественно невротического генеза показало, что по фактору «активность» 37,7% обследованных имели показатели, значительно превышающие нормативные, а по фактору «валентность» – 64,2%. Вместе с тем среди 32,0% пациентов, у которых отмечалось отклонение от нормы по фактору «потентность», в 22,6% случаев имело место превышение, а в 9,4% наблюдений – снижение показателей. В результате проведенного анализа был сделан вывод, что реальная «Я – концепция» больных с изучаемым синдромом часто трансформирована защитными процессами в позитивную сторону, однако идеализированная «Я – концепция» требует еще большего, что вызывает внутреннее напряжение и интраперсональные конфликты.

Для углубления представлений о патогенезе изучаемого синдрома и объяснения возникающих при этой патологии сексуальных нарушений нами были проведены электроэнцефалографические исследования у 44 пациентов с СТОСН невротического генеза и 16 мужчин контрольной группы в возрасте от 20 до 45 лет. Для предотвращения искажений показателей ЭЭГ, обусловленных наличием органической патологии

нервной системы, из основной группы было исключено 9 чел., у которых имела место указанная патология. Записываемая ЭЭГ состояла из 3 частей. Сначала регистрировалась фоновая биоэлектрическая активность головного мозга. Затем производилась запись ЭЭГ при произнесении нейтральных слов («вешалка», «стол», «окно», «тарелка»), а затем значимых («женщина», «постель», «ласки», «половой акт»). В каждом из трех отрезков (частей) ЭЭГ оценивались такие параметры, как регулярность альфа-ритма, его частота и амплитуда. Также определялась форма альфа-волн, альфа-индекс, межполушарная асимметрия амплитуды альфа-ритма, его зональное распределение и другие виды активности (бета-, тета- и дельта-волны, асинхронные волны, пики, пароксизмальная активность). При регистрации фоновой ЭЭГ, так же как и при записи ЭЭГ при нейтральной вербальной стимуляции (НВС) и значимой (ЗВС), проводилась проба Бергера и ритмическая фотостимуляция с частотой 9,8 Гц для определения реакции усвоения ритма (РУР). Таким образом, речь шла о физиологических и психофизиологических исследованиях. Их результаты показали, что у больных с СТОСН невротического генеза при ЗВС отмечается увеличение нерегулярности альфа-ритма, уменьшение его амплитуды и индекса, увеличение числа пациентов, у которых регистрируется пароксизмальная активность, а также усиление тета- и дельта-активности у тех лиц, у которых эти виды активности отмечались как в фоне, так и при НВС. Помимо этого, у обследованных нами больных обнаружилась большая выраженность реакций на пробу Бергера, нарастающая при ЗВС, которая приводила и к усилению РУР.

Интерпретируя полученные данные, мы обратили внимание на имеющие место разнонаправленные изменения биоэлектрической активности, регистрируемые на ЭЭГ при ЗВС, которые, с одной стороны, свидетельствуют о повышении тонуса коры головного мозга (уменьшение амплитуды альфа-ритма, увеличение его нерегулярности,

усиление пиков при ЗВС у тех больных, у которых они имели место в фоне и при НВС), а с другой – о его снижении (усиление суммарной дельта- и тета-активности при ЗВС у тех пациентов, у которых она наблюдалась в фоне и при НВС). Большая выраженность реакций на пробу Бергера, возрастающая при ЗВС, а также усиление РУР, отмечающееся при этом виде стимуляции, были объяснены интенсификацией корковой лабильности, обусловленной нарушением регулирующих влияний со стороны ретикулярной формации мезодиэнцефального уровня. При обсуждении значительного усиления пароксизмальной активности, выявляемого при ЗВС у мужчин основной группы, сделано заключение, что эта активность обусловлена нарушением функционального состояния групп нейронов мезодиэнцефального уровня (В. А. Чухрова, 1990). Это является патофизиологическим обоснованием наблюдающихся у них в обстановке интимной близости ситуационных пароксизмов и субпароксизмальных состояний симпато-адреналового и смешанного характера. Сделан вывод, что нарушение вегетативной регуляции, связанное с дисфункцией мезодиэнцефальных структур, вносит свой вклад в организацию сексуальных расстройств, обусловленных СТОСН. Таким образом, ЗВС, адресованная «болезненному застойному пункту» (понятие, введенное И. П. Павловым), выявляет на ЭЭГ изменения функционального состояния головного мозга. Естественно, что во время интимной близости эти изменения выражены в гораздо большей степени, что приводит к нарушению церебральной регуляции сексуальных функций.

Также нами проводились радиоиммунологические, радиоферментные и радиорецепторные исследования. Радиоиммунологические исследования были проведены у 35 больных с СТОСН невротического генеза и у 22 мужчин контрольной группы в возрасте от 21 до 39 лет. Перед разработкой материала из основной группы было исключено 7

человек, у которых помимо невротических диагнозов диагностировались другие заболевания, которые могли оказать влияние на гормональные показатели. В «очищенную» основную группу, таким образом, вошло 28 больных с СТОСН невротического генеза, у 25 из которых был диагностирован невротический синдром ожидания неудачи. Полученные данные свидетельствовали о том, что у больных с СТОСН невротического генеза и невротическим синдромом ожидания неудачи отмечается достоверное увеличение в плазме крови ЛГ, существенное увеличение ПРЛ (приближающееся к достоверному в первом случае и достоверное во втором), достоверное увеличение АКТГ и кортизола и выраженное уменьшение Тс (достоверное в первом случае и приближающееся к достоверному во втором). Вместе с тем, сопоставление по уровню содержания в плазме крови ФСГ, СТГ, ДГЭА и Е<sub>2</sub> значимых различий между основной и контрольной группами не выявило. Радиоферментные и радиорецепторные исследования, которые включали определение активности 5 $\alpha$ -редуктазы в гомогенате кожи лобка исследуемых пациентов и интенсивность поглощения им <sup>3</sup>Н-тестостерона были проведены у 19 чел. с СТОСН невротического генеза из «очищенной» основной группы. В 17 из этих наблюдений был поставлен диагноз «невротический синдром ожидания неудачи». Эти же исследования были выполнены у 10 мужчин, входивших в контрольную группу. Полученные результаты свидетельствовали, что у больных с СТОСН невротического генеза и невротическим синдромом ожидания неудачи отмечается достоверное уменьшение активности 5 $\alpha$ -редуктазы и достоверное увеличение интенсивности поглощения <sup>3</sup>Н-тестостерона по сравнению с контролем.

В результате анализа и обобщения данных радиоиммунологических, радиоферментных и радиорецепторных исследований была построена следующая концепция эндокринных нарушений, возникающих у больных с СТОСН невротического генеза и невротическим синдромом ожидания неудачи. Воздействие эмоционального стресса,

каковым являются тревожное ожидание неудачи и связанные с ним переживания, ведет к активации адрено-кортикальной эндокринной оси, что проявляется повышением содержания в крови АКТГ и кортизола. По этой же причине возрастает и содержание ПРЛ, что ведет к снижению содержания Тс. Это частично может быть объяснено тем, что ПРЛ оказывает прямое антигонадальное действие на уровне половых желез. К уменьшению уровня Тс может вести и увеличение секреции кортизола, так как эти гормоны образуются из одних и тех же предшественников, последним из которых является 17-оксипрогестерон. Следовательно, при усиленной продукции кортизола истощается резерв для образования Тс. Кроме того, существуют данные, согласно которым при введении экзогенного кортизола и увеличении его концентрации в периферической крови у мужчин наблюдается снижение уровня Тс. Повышение секреции ЛГ было объяснено нами как компенсаторное, обусловленное снижением выработки Тс. Увеличению образования ЛГ может также способствовать ослабленная чувствительность половых желез к стимулирующему воздействию ЛГ в условиях гиперпролактинемии. Снижение секреции Тс у обследуемых нами больных усугубляется уменьшением активности 5 $\alpha$ -редуктазы, что также можно объяснить гиперпролактинемией, приводящей к снижению восстановления Тс в дигидротестостерон. Выявленное в наших исследованиях уменьшение количества Тс, усугубляемое снижением его превращения в дигидротестостерон, приводит к андрогенному тканевому дефициту, что сопровождается обнаруживаемой нами активацией связывания <sup>3</sup>H-Тс, которая, по нашему мнению, является компенсаторной.

На основании проведенных исследований, а также данных литературы можно сделать вывод, что выявленные у больных с СТОСН невротического генеза и неврозом ожидания неудачи вторичные эндокринные сдвиги, обусловленные стрессом, могут принимать

участие в формировании у них сексуальных дисфункций, что объясняется не только нарушением секреции и метаболизма стероидов, но также обусловленным гиперпролактинемией воздействием на дофаминергические и другие нейротрансмиттерные системы ЦНС.

Нами разрабатывались вопросы психотерапии СТОСН. Опираясь на концепцию психологических функциональных системных механизмов поведения человека в психотравмирующих ситуациях, предложены следующие принципы лечения указанного синдрома: 1) необходимо стремиться к ослаблению механизмов защиты, являющихся нереалистическим патогенным способом решения проблем, вплоть до полного разрушения указанных механизмов; 2) следует усиливать или формировать механизмы совладания; 3) необходимо стимулировать и формировать у больных техники совладания, которые адекватны их личностной структуре; 4) психотерапия СТОСН должна строиться с учетом каждой фазы его развития; 5) для ослабления механизмов защиты, стимуляции механизмов совладания, ликвидации возможного патогенного манипулятивного поведения, поиска адекватных путей канализации разрядки рекомендуется привлечение партнерши в качестве сотерапевта с целью оптимизации межличностной и сексуально-эротической коммуникации в партнерской паре.

В работе представлен ряд новых созданных нами психотерапевтических техник, которые оказались эффективными при применении: приемы «ложный сигнал», «сопоставление по аналогии», «расширение сознания», «сопоставление по контрасту», «психотерапия с учетом механизма проекции», «способ коррекции одного из анэякуляторных расстройств потенции», «система эротической сенситизации», ускоренный вариант аутогенной тренировки (АТ) для лечения сексуальных расстройств, «способ коррекции поведенческих программ». Некоторые из них базируются на построении и использовании терапевтических метафор, что позволяет эффективно

влиять на отношение пациентов к своему заболеванию, купируя явления гипернозогнозии. Одна из методик («психотерапия с учетом механизма проекции») позволяет ликвидировать существующее в представлении больного ложное мнение о негативном отношении к нему женщины в связи с существующим у него половым расстройством. Остальные техники непосредственно направлены либо на ликвидацию сексуальных нарушений, которые могут усугубляться СТОСН, либо на избавление больного от указанного синдрома. Преимущество предлагаемой модификации АТ заключается в том, что она позволяет в самые сжатые сроки (две-три недели) добиваться лечебных результатов. Эффект ускорения при овладении предлагаемой модификацией АТ достигается за счет включения в осваиваемый комплекс только тех упражнений, которые необходимы для достижения поставленной цели (АТ строится по типу направленной системотренировки); значительного использования компонента гетеросуггестии при проведении занятия с врачом вследствие применения подтекста с произнесением слов вполголоса; стимуляции пациентов к запоминанию возникших у них при выполнении упражнений ощущений, так как использование приемов сенсорной репродукции ускоряет период обучения; применения при гетеро- и аутосуггестии стереотипных, легко запоминающихся формул. АТ начинают с усвоения упражнения «Расслабление мышц». Затем переходят к освоению упражнения «Тепло в области солнечного сплетения, струящееся в низ живота (к лобку и корню члена)». Непосредственным продолжением этого упражнения является упражнение «Тепло в половом члене». При выполнении этого упражнения рекомендуется подкреплять внушения образными представлениями эротического содержания, что усиливает их реализацию. Вслед за этим применяются суггестивные формулы, направленные на ликвидацию тревожного ожидания неудачи, программирующие полноценное протекание полового акта. Указанные

формулы можно использовать уже после усвоения первого упражнения, что ускоряет получение лечебных результатов. В том случае, когда СТОСН проявляется ускоренным семяизвержением, необходимость в освоении второго и третьего упражнений отпадает.

Особого внимания в связи с высокой результативностью терапии изучавшегося синдрома и новизной подхода заслуживает способ коррекции поведенческих программ (СКПП). Он характеризуется: быстрым и стойким лечебным эффектом; малой продолжительностью сеанса (процедура занимает по времени от 5 до 10 мин, а собственно терапевтический ее компонент исчисляется в 3–5 мин); отсутствием необходимости создания каких-либо специальных условий (например, сенсорной депривации); возможностью при использовании способа оценивать тяжесть состояния больного и прогнозировать эффективность применяемых психотерапевтических воздействий; отсутствием каких-либо осложнений. Способ объединяет возможности разработанного нами варианта применения нейролингвистического программирования с возможностями суггестии (с обуславливанием) в бодрствующем состоянии и опосредованную внушением работу с визуальными образами (репродуцируемыми и конструируемыми). Для разработки предлагаемого способа психотерапевтических воздействий нами из арсенала НЛП был, в частности, использован «метод якоря», являющийся в этом подходе основой для некоторых терапевтических техник. Этот способ реализуется в два этапа. Целью первого этапа является диагностика устойчивости патологических программ и определение способности к реабилитации или формированию нормальных поведенческих сексуальных стереотипов (в основном речь идет о прекоитальном периоде и самом коитусе). Одновременно с этим проводится работа по разрушению старого и реабилитации или формированию нового стереотипа. На втором этапе оценивается интенсивность положительных сдвигов, наступивших в результате

проведения процедуры, что дает возможность прогнозировать скорость возникновения лечебных результатов. При отборе пациентов для проведения этого способа лечения необходимо исключать лиц, которые в силу различных причин испытывают трудности направленной визуализации образов и сюжетов, что определяется уже в самом начале его использования, а также больных со снижением интеллекта, которые не способны понять, а следовательно, реализовать инструкции врача при проведении описанных психотерапевтических воздействий.

СКПП был использован нами для лечения 34 больных мужчин с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи невротического генеза в возрасте от 16 до 66 лет. В 2 набл. он был применен для закрепления положительных терапевтических результатов, достигнутых после психотерапевтически насыщенного обследования и разъяснительной беседы. В остальных 32 набл. у 40,6% пациентов он применялся в сочетании с малыми дозами «дневных» транквилизаторов (триоксазина, грандаксина), назначаемых за 2 часа до предполагаемого коитуса. В пяти случаях результаты лечения не были учтены по объективным причинам, а в одном оно было прекращено из-за того, что супруга отказала мужчине в интимных контактах. Оценка терапевтической эффективности СКПП у 26 оставшихся пациентов выявила следующее. Положительные результаты были зафиксированы у 24 больных (92,3%). В 20 набл (76,9%) отмечалось выздоровление, в 2 набл. (7,7%) – значительное улучшение, в 2 набл. (7,7%) – улучшение. Лечебный эффект отсутствовал всего в 2 набл. (7,7%).

В диссертационной работе подробно описаны все перечисленные выше оригинальные психотерапевтические приемы и методики.

Специально в работе обсуждается вопрос дифференцированной психотерапии СТОСН. Отмечается, что ориентирами для ее проведения должны служить следующие факторы: осознание больным патогенного

влияния тревожного ожидания неудачи на сексуальные функции; время возникновения СТОСН по отношению к манифестации полового расстройства (доманифестный, манифестный и постманифестный варианты); клиническая разновидность этого синдрома (тотальный, селективный, континуальный, альтернирующий); его роль в организации целостного сексуального расстройства (отсутствие таковой, вспомогательная, основная, а может быть, и единственная); семантический вариант СТОСН; внекоитальные модификации поведения; личностный преморбид; нозологическая специфика характеризуемого синдрома. Каждый из названных факторов может иметь несколько значений, что требует специфической психотерапевтической тактики. Помимо этого, при составлении лечебной программы следует учитывать конкретную партнерскую ситуацию. Детальные рекомендации по дифференцированной психотерапевтической коррекции СТОСН приведены в тексте диссертации.

В процессе лечения больных с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи нами использовались различные методы психотерапии: разъяснительная, рациональная, когнитивная, косвенная (потенцирование и опосредование), гипносуггестивная, наркопсихотерапия, самовнушение, АТ, нейролингвистическое программирование, секс-терапия, супружеская, семейная и групповая терапия, а также различные специальные приемы и методики для лечения названного синдрома (например, «чистосердечное признание» и «гинекологическое положение»). Помимо этого, применялись психофармакологические средства и препараты других лекарственных групп (транквилизаторы, нейролептики, антидепрессанты, седативные, адаптогены, витамины, биостимуляторы, андрогены, фосфорсодержащие, антихолинэстеразные, группы стрихнина, вазодилататоры, венотоники, антибактериальные,

местноанестезирующие и др.), а также физиотерапевтические методы, включая и ЛД-терапию. Нередко проводилась хлорэтиловая блокада области ромба Михаэлиса. Такой широкий диапазон используемых средств был связан с тем, что очень часто в генезе целостного сексуального расстройства у обследованных нами больных, помимо СТОСН и обуславливающего его фундамента, вспомогательную или ведущую роль играла другая патология.

Оценка эффективности терапевтических мероприятий у 152 пациентов выявила следующее. Положительные результаты были зафиксированы у 136 больных (89,6%). В 87 набл. (57,2%) отмечалось выздоровление, в 28 набл. (18,4%) – значительное улучшение, в 21 набл. (13,8%) – улучшение. Лечебный эффект не был отмечен всего в 16 набл. (10,5%). Срок катамнестических наблюдений составил от одного до трех лет.

Анализ случаев, где терапевтический эффект отсутствовал или был выражен лишь в небольшой степени, выявил следующие основные объективные факторы, препятствовавшие достижению хороших лечебных результатов: выраженную соматическую (органическую) модальность полового расстройства, значительную роль эндогенного психического фактора в его происхождении, а также неблагоприятную партнерскую ситуацию.

## ВЫВОДЫ

1. СТОСН – наиболее универсальный сексопатологический синдром. Его формирование происходит под влиянием неоднозначных психотравмирующих факторов и определяющих сексуальные дисфункции, предшествующие развитию этого синдрома, причин. СТОСН может развиваться до манифестации сексуальных расстройств, возникать при первых интимных контактах с новыми партнерами или формироваться после возникновения половых расстройств. В

последнем случае он развивается остро, подостро или постепенно.

2. У больных с характеризуемым синдромом существуют особенности в частоте выявления различных сексологических симптомов, обусловленные спецификой его влияния на половые функции. В организации сексуальных расстройств у мужчин с СТОСН принимают участие следующие симптомообразующие факторы: «смысловое поле» (семантика) опасения неудачи, характеризующее какие именно копулятивные нарушения прогнозируются больным; эмоциональное напряжение; гиперконтроль сексуальных реакций; копулятивные нарушения, изначально обусловленные другой патологией, на которую наслаивается усугубляющее влияние этого синдрома; личностные реакции на половое расстройство; сексуальная дизритмия; основные симптомы, определяющие появление производных от них копулятивных нарушений.

3. Наличие СТОСН может приводить к возникновению несексологической симптоматики, являющейся выражением астенического и депрессивного синдрома; вегетативных пароксизмов и субпароксизмальных состояний симпатико-адреналового или смешанного характера и психосенсорных расстройств, отмечающихся в преддверии и во время интимной близости; динамических характерологических сдвигов, обусловленных сексуальной проблематикой.

4. Указанный синдром наблюдается при некоторых акцентуациях характера и различных психических расстройствах. Среди обращающихся за сексологической помощью в подавляющем большинстве случаев он выявляется у больных неврозами. Помимо общих присущих СТОСН качеств, независимых от обуславливающих его заболеваний, имеют место и его отличительные особенности, определяемые нозологическими корнями этого синдрома. СТОСН и определяющий его фундамент могут играть основную («стержневую») или вспомогательную роль в

организации истинных сексуальных расстройств, вызывать или усугублять их, а также (исключительно редко) не сопровождаться копулятивными нарушениями (мнимые расстройства потенции).

5. С целью улучшения сексуальных функций больные с характеризуемым синдромом часто по собственной инициативе используют различные приемы психической саморегуляции этих функций, что подчас дает положительный эффект. Эти приемы функционируют в механизме совладания или (и) компенсации и представлены различными вариантами самовнушения, переключения внимания, а также эротической аутосенситизацией.

6. Можно выделить 8 типов «невроза ожидания неудачи», который представляет собой некий континуум. На одном из его полюсов находятся формы, где отсутствуют признаки, характерные для невроза навязчивых состояний, а на другом – варианты, которые обнаруживают эти признаки в полной мере. За диагнозом «невроз ожидания неудачи», несмотря на его различную типологию, следует сохранить право отдельной рубрики, предусмотренной патогенетической классификацией половых расстройств у мужчин.

7. У больных с СТОСН часто отмечаются разнообразные изменения поведения, отличающиеся по степени сложности и осознанности. Они обусловлены функционированием психологических системных механизмов, сопутствующими психопатологическими синдромами и динамическими характерологическими сдвигами.

8. Характеризуемый синдром может быть представлен как континуальным, так и альтернирующим вариантом его течения. При первом из них СТОСН существует на протяжении определенного времени практически постоянно, а при втором – он то исчезает, то появляется вновь. Как при континуальном, так и при альтернирующем варианте течения этот синдром может быть как тотальным (проявляться в обстановке интимной близости с любой женщиной), так и

селективным (быть выраженным только по отношению к определенной партнерше).

9. Существуют декомпенсирующий и компенсирующий вариант влияния половых расстройств, где диагностируется СТОСН, на сексуальную гармонию. Помимо этого, в ряде наблюдений не удается выявить какого-либо заметного воздействия этих расстройств на указанную гармонию.

10. У больных неврозом ожидания неудачи среди личностных акцентуаций наиболее часто встречаются педантическая, эмотивная, экзальтированная, застревающая и циклоидная, которые могут предрасполагать к развитию этого невроза. Наиболее типичный личностный профиль при указанном неврозе характеризуется повышением по седьмой («психастения») и восьмой («шизофрения») шкалам ММРІ.

11. У пациентов с СТОСН невротического генеза значительно чаще диагностируются типы отношений, соответствующие защитной стратегии приковывания (эгоцентрический, тревожный, сенситивный, обсессивно-фобический) и механизму разрядки (неврастенический). Вместе с тем типы отношений, являющиеся реализацией защитных стратегий уклонения (эргопатический, апатический) и отрицания (эйфорический, анозогнозический), встречаются гораздо реже.

12. У больных с характеризуемым синдромом преимущественно невротического генеза отмечается затруднение социальной адаптации, преобладание экстрапунитивных реакций и реакций «с фиксацией на самозащите», различные эмоциональные нарушения, а также преобладание трофотропного тонуса. Их реальная «Я-концепция» трансформирована защитными процессами в позитивную сторону, однако идеализированная «Я-концепция» требует еще большего, что вызывает внутреннее напряжение и интраперсональные конфликты.

13. В патогенезе половых расстройств у больных с СТОСН невротического генеза участвуют нарушения церебральной нервной регуляции сексуальных функций, обусловленные дисфункцией мезодиэнцефальных структур. На развитие этих расстройств может оказывать влияние снижение секреции тестостерона, ослабление его превращения в дигидротестостерон и гиперпролактинемия.

14. При дифференцированной психотерапии указанного синдрома необходимо учитывать: осознание больным патогенного влияния тревожного ожидания неудачи на сексуальные функции; время возникновения СТОСН по отношению к манифестации полового расстройства; клиническую разновидность этого синдрома; его роль в организации целостного сексуального расстройства; семантический вариант СТОСН; внекоитальные модификации поведения; личностный преморбид; нозологическую специфику характеризуемого синдрома. Помимо этого, следует учитывать различия в конкретной партнерской ситуации. Разработанные нами психотерапевтические приемы и методики оказались эффективными.

#### СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Психотерапевтический подход при некоторых сексуальных расстройствах с гипозрекцией // Медико-психологические аспекты брака и семьи: Тез. докл. обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. – Харьков, 1985. – С. 134.
2. Психотерапевтическая коррекция одного из вариантов анэякуляторных расстройств потенции // Там же. – С. 134–135.
3. К вопросу о симптомообразовании при сексуальных расстройствах и диагностической значимости отдельных симптомов // Современные проблемы сексопатологии. – Киев; Ворошиловград, 1986. – С. 42–43.
4. Патогенез синдрома ожидания неудачи и общие принципы его

- психотерапии в концепции психологических функциональных системных механизмов // Актуальные вопросы сексопатологии: Тез. докл. 1-й Всесоюз. конф. сексопатологов. – М., 1986. – С. 86–88. (соавт. А. С. Кочарян).
5. Психологическая защита: Методические рекомендации. – Харьков, 1986. – 29 с. (соавт. А. Т. Филатов, А. С. Кочарян).
  6. Приемы рациональной психотерапии в сексологической практике // Социально-психологические и медицинские аспекты брака и семьи: Тез. докл. 3-й обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. – Харьков, 1987. – С. 422–423.
  7. Система эротической сенситизации в терапии синдрома ожидания неудачи // Там же. – С. 424–426.
  8. К вопросу об использовании косвенной психотерапии // Актуальные вопросы неврологии, психиатрии и нейрохирургии: Тез. обл. науч.-практ. конференции. – Харьков, 1987. – С. 172–173.
  9. Применение аутогенной тренировки в терапии расстройств мужской потенции // Там же. – С. 170–171.
  10. Ускоренный вариант аутогенной тренировки для лечения и профилактики сексуальных расстройств у мужчин // Респ. конф. «Профилактика сексуальной патологии и супружеских дисгармоний»: Тез. докладов. – Киев; Ворошиловград, 1988. – С. 55–57.
  11. Сенестопатии в клинике сексуальных расстройств и возможности рациональной психотерапии // Немедикаментозные методы купирования хронических болевых синдромов: Тез. Респ. науч. конф. – Киев, 1989. – С. 177–179.
  12. Прием «сопоставление по аналогии» в сексологической практике // Актуальные аспекты диагностики, организации лечебного процесса и реабилитация больных с сексуальными расстройствами Тез. докл. 4-й обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. – Харьков,

1990. – С. 213–215.
13. Об изменениях поведения у больных с синдромом ожидания неудачи // Там же. – С.124–126.
  14. Прием «расширения сознания» в коррекции масштаба переживаний пациентов с сексуальными нарушениями // Там же. – С. 215–217.
  15. Синдром ожидания неудачи и нарушения поведения // Половое воспитание, сексуальное здоровье и гармония брачно-семейных отношений: Тез. Респ. науч. Конф. – Киев, 1990. – С. 89–91.
  16. Синдром ожидания сексуальной неудачи и модификации поведения // Журн. невропатол. и психиатрии. – 1991. – Вып. 5. – С. 73–76.
  17. Синдром тревожного ожидания неудачи и поведенческая адаптация, сопряженная с интимной близостью // Здоровоохран. Белоруссии. – 1991. – №7. – С. 52–56.
  18. Ускоренный вариант аутогенной тренировки для лечения сексуальных расстройств: Методические рекомендации. – М.: Упр. спец. мед. помощи, 1991. – 19 с.
  19. Новые психотерапевтические приемы и методики в сексологической практике: Методические рекомендации. – М.: Упр. спец. мед. помощи, 1991. – 20 с.
  20. Некоторые методологические вопросы психотерапии сексуальных расстройств и дисгармоний // Вопр. сексологии. – Санкт-Петербург, 1992. – С. 76–78.
  21. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи и состояние системы гипофиз-надпочечники-гонады // Сексология и андрология. – Киев, 1992. – Вып. 1. – С. 44–46. (соавт. Л. Ю. Сергиенко).
  22. Синдром тревожного ожидания неудачи и его сексологические проявления // Там же. – С. 103–106.

Подп. к печ. 30.10.92 Формат 60x84<sup>1</sup>/<sub>16</sub>. Бумага тип. Печать офсетная.  
Усл. печ. л. 2,0. Уч.-изд. л. 2. Тираж 120 экз. Зак. № 3776. Бесплатно.

---

Харьковское межвузовское арендное полиграфическое предприятие.

310093, Харьков, ул. Свердлова, 115.

**Библиографическая справка об автореферате:** Кочарян Г. С. Сидром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин (формирование, патогенетические механизмы, клинические проявления, психотерапия): автореф. дис. на соискание ученой степени д-ра мед. наук: спец. 14.00.18 «Психиатрия» / Г. С. Кочарян. – М., 1992. – 46 с.