

НЕВРОЗ ОЖИДАНИЯ НЕУДАЧИ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ПОНЯТИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ СЕКСОЛОГИИ

Г.С. Кочарян

Харьковский институт усовершенствования врачей МЗ Украины

Как известно, в настоящее время невроз ожидания не выделяется в качестве самостоятельной нозологической единицы ни ведущими отечественными психиатрами, ни международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра [6]. Так, Г. К. Ушаков [8] отмечает, что в его наблюдениях симптомокомплекс тревожного ожидания неудачи со всеми типичными для него чертами возникал в клинической картине неврастении, у больных психастенией и у лиц с выраженными чертами тревожной мнительности. Он подчеркивает, что вполне обоснованно говорить о синдроме тревожного (боязливого) ожидания, который может быть представлен в клинике разных пограничных форм психической патологии. Б. Д. Карвасарский [4] указывает, что синдром тревожного ожидания обязательно входит в структуру большинства клинических картин неврозов с механизмами дезавтоматизации нейровегетативных и нейросоматических функций. А. М. Свядощ [7] хотя и использует диагноз “невроз ожидания”, все же отмечает, что основным, первичным при этом неврозе является тревожное опасение невозможности выполнения функции, вторичным – сама невозможность ее выполнения. Автор делает вывод, что правильнее всего считать заболевание не самостоятельной формой невроза, а лишь особым видом невроза навязчивых состояний. Такая точка зрения находит отражение и в некоторых современных сексологических публикациях [2, 3]. Вместе с тем отношение к неврозу ожидания не всегда было таким. Так, Е. Кгаерелін, выделивший и описавший его в начале XX ст., В. П. Осипов (1931), В. И. Гиляровский (1954), А. М. Свядощ (1971) считали его отдельной нозологической единицей [по 7].

Для того чтобы определить взаимоотношения невроза навязчивых состояний и невроза ожидания, целесообразно привести подробную характеристику психопатологического синдрома, являющегося стержневым при неврозе навязчивых состояний. В. М. Блейхер [1], давая оценку навязчивым мыслям, к которым относят и навязчивые опасения, подчеркивает, что, по определению В. П. Осипова (1923), они

обладают такими же основными отличительными чертами, как и все другие навязчивости. Основные черты, присущие навязчивым мыслям, которые были выделены С. А. Сухановым (1912) и В. П. Осиповым (1923), следующие: 1) произвольность возникновения; 2) чуждость содержанию мышления; 3) невозможность управления волевым путем; 4) существование в теснейшей связи с эмоциональными нарушениями (депрессивные эмоции, чувство тревоги); 5) существование при ненарушенном логическом ходе мышления, продуктивность которого может уменьшаться, что подчас даже приводит к умственной нетрудоспособности больного; 6) осознание их болезненного характера и критическое к ним отношение. Вместе с тем, характеризуя навязчивости при неврозах, Б. Д. Карвасарский [4] отмечает, что их обязательные признаки (чуждость содержанию мышления, критическое к ним отношение и борьба с ними) являются относительно динамичными. У одного и того же больного в разные периоды времени они могут иметь различную степень выраженности, а иногда даже отсутствовать. Так, например, при острых приступах той или иной фобии пациенты могут считать испытываемую ими опасность на самом деле вполне реальной. Вместе с тем, и это нужно обязательно подчеркнуть, вне указанных приступов обязательность названных характеристик у больных неврозами никем не оспаривается. Кроме этого, когда говорят о навязчивостях при неврозах, то, несомненно, подразумевают их осознаваемый характер. Об этом, в частности, свидетельствует замечание, высказанное Н. К. Липгарт [5], согласно которому восприятие навязчивых явлений как чуждых содержанию сознания и в то же время как его собственных, а не навязанных извне, создает у больного сознание болезненности этого явления.

Нами с целью осмысления диагностического понятия “невроз ожидания неудачи” (этот диагноз очень часто ставят мужчинам, обращающимся за сексологической помощью) был проведен специальный анализ, предполагающий дифференциацию наблюдений с указанной патологией. Критериями для такой дифференциации явились осознание пациентом болезненного характера тревожного ожидания неудачи (ТОН), его патогенного влияния, а также наличие борьбы с ним (совладание). Из 118 больных с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи, у которых нами изучались изменения поведения, связанные с интимной близостью, были выбраны 42 чел. с неврозом ожидания неудачи. В ряде случаев у данных пациентов (13 набл.) также обнаруживалась фоновая дефицитарность нейрогуморальной составляющей, обусловленная задержкой или дисгармонией пубертата. У 4 больных был диагностирован хронический простатит, который по результатам клинического анализа

в этих случаях не принимал участия в организации сексуальных расстройств, а у 1 пациента – компенсированный вариант синдрома парацентральных долек. Все другие случаи, где невроз ожидания неудачи выступал в более сложной синдромальной констелляции, не брались в разработку, чтобы исключить из анализа трансформации поведения, сопряженные с интимной близостью, которые могли определяться другой патологией. Таким образом, речь шла о так называемой “очищенной” группе.

В результате клинико-психологического анализа указанных 42 случаев невроза ожидания неудачи было выделено восемь его типов. **Первый тип** (12 набл.; 29%) характеризуется тем, что пациенты не считают ТОН болезненным явлением. Некоторые просто никогда не задумывались об этом, а по мнению других, такое ожидание в сложившейся ситуации (существует сексуальное расстройство) вполне адекватно. Ни те, ни другие с ТОН не боролись. При **втором типе** (2 набл.; 5%) болезненность ТОН не осознается, однако используется совладание. Так, больной К., 50 лет, во время полового акта спустя несколько фрикций начинал опасаться исчезновения эрекции, что сочеталось с фиксацией внимания на члене. Никогда эти опасения болезненными не считал, однако несколько раз пробовал отвлечься (вспоминал о сексуальных контактах с женщиной, с которой у него все получалось хорошо), что давало некоторый положительный эффект: член хотя и делался менее напряженным, но эрекция ослаблялась медленнее. Для **третьего типа** (2 набл.; 5%) свойственно неопределенное мнение больных о болезненности ТОН, а также возможности его влияния на сексуальные функции и общее состояние. Пациенты, у которых был диагностирован указанный тип невроза ожидания неудачи, совладания не применяли. **Четвертый тип** (1 набл., 2%) также характеризуется неопределенным отношением к функции ТОН, тем не менее используется совладание. При **пятом типе** (1 набл.; 2%) существует лишь осознание негативного влияния ТОН на общее состояние, в то время как его патогенное влияние на сексуальные функции не предполагается. Какая-либо борьба с ТОН отсутствует. **Шестой тип** (1 набл.; 2%) также отличается осознанием болезненного характера ТОН и его патогенного влияния на общее состояние, однако в этом случае используется совладание. **Седьмой тип** (7 набл.; 17%) был представлен пациентами, которые осознавали болезненный характер ТОН и его неблагоприятное влияние на сексуальную сферу. Вместе с тем борьбы с тревожным ожиданием неудачи не отмечалось. Для **восьмого типа** (16 набл.; 38%) свойственно не только осознание болезненности ТОН и его негативного влияния на половые функции, но и борьба с ним. Так, у больного К., 33 лет, непосредственно перед интимной близостью возникали опасения, что может исчезнуть эрекция и произойти

преждевременное семяизвержение. С этого же момента начинал контролировать напряжение члена по ощущению. Считал данные опасения болезненными и усматривал связь между ними и копулятивными нарушениями. Пытался отвлечься от них, однако это не удавалось. Перед коитусом и при его проведении в 60% случаев внушает себе, что все будет нормально. Это иногда помогает и половой акт протекает более качественно. Отмечает, что на более раннем этапе заболевания самовнушение помогало в большей степени.

Особенности и частота каждого типа невроза ожидания неудачи в представленной “очищенной” группе приведены в таблице.

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 патогенном влиянии	-	-	+	+	-	-	-	-
Осознание болезненного характера ТОН и его влияния только на общее состояние	-	-	-	-	+	+	-	-
Осознание болезненного характера ТОН и его влияния на сексуальные функции	-	-	-	-	-	-	+	+
Совладание (борьба с ТОН)	-	+	-	+	-	+	-	+

Таким образом, в результате клинико-психологического анализа невроз ожидания неудачи предстал в виде некоего континуума, на одном полюсе которого находятся его варианты, где отсутствуют как осознание болезненности ТОН, так и борьба с ним, а на другом – его формы, где выявляется и то, и другое.

Следует отметить, что нередко приходилось наблюдать динамику изучавшегося невроза. Первоначально обладая чертами первых типов, он с течением времени приобретал свойства последних. В других же случаях до момента обращения больных за медицинской помощью таких изменений не происходило. В ряде наблюдений осознание болезненного характера ТОН и его патогенного влияния на сексуальную сферу отмечалось с момента возникновения этого невроза.

Возвращаясь к вопросу о взаимоотношении невроза ожидания неудачи и невроза навязчивых состояний, мы видим, что среди части обследованных нами больных

наблюдались основные признаки, характерные для последнего из названных неврозов, в то время как у других ни одного из этих признаков выявлено не было. Вместе с тем диагностировались и промежуточные, переходные типы, где отмечались лишь некоторые, свойственные неврозу навязчивых состояний, признаки. В целом же представленный нами континуум невроза ожидания неудачи как бы демонстрирует процесс постепенного накопления качеств, присущих неврозу навязчивых состояний.

Возникает вопрос, чем можно объяснить тот факт, что при наличии патогенного влияния тревожного ожидания неудачи на сексуальную сферу и общее состояние нередко отсутствуют такие признаки, как чуждость опасений неудачи содержанию мышления и критическое к ним отношение (постоянно, а не только в ключевой ситуации)? 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 может восприниматься в ряде случаев как естественная реакция на истинную или мнимую сексуальную несостоятельность. Этому также способствуют и такие варианты развития синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи, когда последний усугубляет течение половых расстройств, ранее обусловленных другой патологией, что тем более затрудняет ориентацию пациентов в собственном состоянии.

В соответствии с нашими наблюдениями, отсутствие осознания болезненности тревожного ожидания неудачи и борьбы с ним еще не означает, что оно не носит навязчивый характер. Так, в ряде случаев такое осознание и появившееся желание избавиться от ТОН не приводило к ожидаемым результатам. Это позволяет сделать заключение, что навязчивость может быть и неосознаваемой.

Больной С., 29 лет, холост. Диагноз: невроз ожидания неудачи у личности с акцентуацией характера по тревожно-мнительному типу на фоне слабой половой конституции; гипорекционный симптом. После возникновения ТОН в течение некоторого времени болезненным его не считал. Как-то в связи с беспокоившим его половым расстройством прочел статью в популярном журнале о том, что сексуальные нарушения часто бывают обусловлены мыслями о возможной неудаче. После этого наступило осознание болезненности ТОН и его неблагоприятного влияния на сексуальную сферу. С тех пор во время интимной близости стал бороться с такими мыслями: рассматривает предметы (окно, шкаф, дверь), а также расслабляет мышцы. Однако отогнать мысли о неудаче удается всего на несколько секунд, а затем они вновь возвращаются. Мышцы может расслабить незначительно, хотя ранее

занимался АТ и добивался выраженной релаксации. Указанные меры несколько не улучшают эрекцию. Тем не менее применяет их почти постоянно.

Итак, мы вплотную подошли к решению вопроса о взаимоотношении невроза ожидания неудачи и невроза навязчивых состояний. Какая же из двух существующих точек зрения на этот счет верна. Является ли невроз ожидания неудачи самостоятельной нозологической формой или особым видом невроза навязчивых состояний? По нашему мнению, каждая из представленных точек зрения отчасти справедлива и имеет право на существование. Если сторонники первой из них могут в своей аргументации опираться на отсутствие у многих больных из указанной категории всех или части признаков, обязательных для невроза навязчивых состояний (в традиционном его понимании, не учитывающем возможность существования неосознаваемых навязчивостей), то сторонники второй с полным основанием могут приводить в пример те случаи, которые по своим характеристикам, безусловно, относятся к неврозу навязчивых состояний. Опираясь на наши исследования, последние также вправе ссылаться на возможность существования неосознаваемых навязчивостей, а также своеобразие проявлений невроза навязчивых состояний в особых условиях, связанных со спецификой такого поведенческого акта, как интимная близость. 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 этих случаях, какой бы точки зрения не придерживался врач, по-видимому, следует ставить диагноз “невроз ожидания неудачи”, который нашел отражение в отечественных классификациях сексуальных расстройств у мужчин.

Литература

1. Блейхер В. М. Расстройства мышления. – К.: Здоровье, 1983. – 192 с.
2. Драновский А. Н. Невроз ожидания эрекции у сексологических больных // Социально-психологические и медицинские аспекты брака и семьи: Тез. докл. обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. – Харьков, 1987. – С. 206-209.
3. Канделаки А. Т. Клинические особенности реактивного поражения сексуальной сферы у мужчин // Актуальные вопросы сексопатологии: Тез. докл. 1-й Всесоюз. конф. сексопатологов. – М., 1986. – С. 84-85.
4. Карвасарский Б. Д. Неврозы. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1990. – 576 с.

5. Липгарт Н. К. Навязчивые состояния при неврозах. – Киев: Здоров'я, 1978. – 78 с.
6. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. Десятый пересмотр. Всемирная организация здравоохранения. Женева. – М.: Медицина, 1995. – Том 1 (часть 1). – 698 с.
7. Свядощ А. М. Неврозы. – М.: Медицина, 1982. – 366 с.
8. Ушаков Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства. 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1987. – 304 с.

Библиографическая справка о статье: Кочарян Г. С. Невроз ожидания неудачи как диагностическое понятие клинической сексологии // Вісн. Харк. ун-ту. Сер. «Психологія». – 1999. – № 432. – С.144–150.