

ФОРМИРОВАНИЕ СИНДРОМА ТРЕВОЖНОГО ОЖИДАНИЯ СЕКСУАЛЬНОЙ НЕУДАЧИ У МУЖЧИН

Г.С. Кочарян

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Изучены некоторые аспекты формирования синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи (СТОСН) преимущественно невротического генеза у 220 мужчин. Выделено 3 варианта его формирования, которое определялось по отношению к периоду манифестации сексуальных расстройств (доманифестное, манифестное, постманифестное: острое-подострое и хроническое), и 20 групп психотравмирующих факторов, участвовавших в его развитии. Анализируются степень участия этих факторов в формировании названных вариантов СТОСН, а также непосредственные причины сексуальных “сбоев”, приведших к постманифестному развитию изучавшегося синдрома. Делается вывод, что полученные результаты позволят более эффективно решать вопросы профилактики СТОСН.

Ключевые слова: синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи, формирование.

Разного рода психические нарушения часто изначально лежат в основе сексуальных расстройств, а нередко осложняют их течение. Только стержневое поражение психической составляющей копулятивного цикла диагностируется у 50,8% обследованных мужчин, обратившихся за сексологической помощью [2]. Вместе с тем при различных заболеваниях, характеризующих поражение этой составляющей, очень часто наблюдается синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи (СТОСН). Упомянутый синдром отмечается не только при половых расстройствах изначально невротической природы [1], но также при расстройствах личности (психопатиях) [3] и эндогенных психических заболеваниях [5, 6, 7]. К тому же опасение неудачи весьма часто осложняет течение многих соматически обусловленных сексуальных нарушений и, в конечном счете, формируется устойчивый СТОСН, который играет роль функционального механизма, утяжеляющего течение полового расстройства. Таким образом, этот синдром наблюдается очень часто. Его по сути можно назвать наиболее универсальным сексопатологическим синдромом у мужчин, так как он встречается в клинике самых разнообразных форм сексуальных нарушений [4]. Вышеуказанное определяет важность всестороннего изучения СТОСН, включая его формирование. Изучение последнего дает возможность не только понять его механизмы, но и, что особенно важно, наметить комплекс профилактических мер, препятствующих возникновению данной патологии.

С целью изучения некоторых аспектов формирования СТОСН нами были проведены специальные исследования (опрос) среди 220 обследованных нами больных с указанным синдромом, у которых в основном диагностировались неврозы. Все больные были разделены на три группы в зависимости от времени возникновения у них изучавшегося синдрома, которое определялось по отношению к периоду манифестации сексуальных расстройств.

Первую группу (**доманифестное формирование**) составили пациенты (27 чел.; $12,3 \pm 1,1\%$), у которых СТОСН развился до возникновения этих расстройств. Во вторую группу вошли мужчины (5 чел.; $2,3 \pm 1,0\%$), у которых возникновение упомянутого синдрома в хронологическом аспекте совпадало с манифестацией сексуальных нарушений (**манифестное формирование**). Характеризуя эту группу, необходимо отметить, что у больных, входящих в нее, в течение ряда лет первые сексуальные контакты с новыми партнершами непременно характеризовались тревожным опасением неудачи и всегда сопровождалась сексуальными сбоями, в то время как последующие половые акты с этими же женщинами, как правило, протекали без изъянов. Однако в последний раз такой самопроизвольной нормализации не происходило, что и побуждало мужчин обратиться за лечебной помощью. Третью группу составили пациенты (188 чел.; $85,5 \pm 2,4\%$), у которых СТОСН развился после манифестации сексуальных нарушений (**постманифестное формирование**). Последняя группа в свою очередь была разделена на две подгруппы. В первую из них вошли больные (124 чел.; $66,0 \pm 3,5\%$), у которых после манифестации сексуальных нарушений СТОСН развивался *остро* или *подостро* (спустя одну или несколько неудачных попыток). Вторую подгруппу составили пациенты (64 чел.; $34,0 \pm 3,5\%$), у которых изучавшийся синдром развивался после обнаружения сексуальных нарушений *постепенно* (месяц – годы).

Следует отметить, что далеко не всегда было легко отграничить подострое, а иногда и острое развитие от постепенного, так как подчас от первых неудачных попыток до последующих проходил довольно значительный интервал времени. В этих случаях помогал анализ состояния больных в период, отделяющий первые неудачи от последующих. В табл. 1 представлена разбивка больных по обозначенным выше группам и подгруппам, характеризующим возникновение СТОСН.

Таблица 1
Формирование синдрома тревожного ожидания
сексуальной неудачи в хронологическом аспекте

Хронологические варианты СТОСН	Обследованные больные	
	абс. кол-во	P±Sp
Доманифестный	27	$12,3 \pm 2,2$
Манифестный	5	$2,3 \pm 1,0$
Постманифестный	188	$85,5 \pm 2,4$
а) острое и подострое развитие	124	$66,0 \pm 3,5$
б) постепенное развитие	64	$34,0 \pm 3,5$
Итого	220	100

Выделено значительное количество факторов, оказавших психотравмирующее воздействие, которые участвовали в развитии 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”, “физиологические и патологические копулятивные нарушения при сексуальных контактах”, “гомосексуальный эпизод”, “упреки и поведение партнерши”, “измены жены”, “боязнь сексуально не удовлетворить супругу”, “опасение предстать несостоятельным в глазах опытной партнерши”, “разглашение сведений о сексуальной несостоятельности”. Также были выявлены такие факторы, как онанофобия, боязнь последствий сексуальной абстиненции, ятрогения, чтение медицинской литературы и ознакомление с медицинской документацией, информация о патогенном влиянии СВЧ, сведения о депотенцирующем действии анаболических гормонов, опасения возможного ухудшения половых функций в перспективе, активизация воспоминаний о прошлых сексуальных неудачах, уверенность в собственной непривлекательности. После исключения 5 чел. ($2,3 \pm 1,0\%$), составивших группу пациентов, у которых манифестация расстройства всякий раз с поразительной систематичностью совпадала с дебютом сексуальных контактов с новой партнершей, была произведена разработка по всем представленным выше факторам среди остальных 215 мужчин ($97,7 \pm 1,0\%$). Что касается исключенных из этой разработки 5 чел. ($2,3 \pm 1,0\%$) с манифестным вариантом формирования СТОСН, то следует отметить, что каких-либо психотравмирующих факторов в происхождении тревожного ожидания неудачи у них, как правило, не удалось выявить. Только в одном из пяти случаев пациент считал нормальную продолжительность первого полового акта недостаточной. У 2 чел. из остальных 4 была выявлена акцентуация характера тревожно-мнительного типа, а у одного – смешанное расстройство личности. Лишь один пациент был человеком с гармоничным личностным складом.

Учет частоты различных перечисленных выше факторов, участвовавших в формировании изучавшегося синдрома в группе пациентов, у которых СТОСН существовал еще до манифестации сексуальных нарушений (27 чел.; $12,3 \pm 2,2\%$), показал, что физиологические выделения (смегма) послужили психотравмирующим фактором у 1 чел. ($3,7 \pm 3,6\%$), боли и патологические изменения в половых органах – у 5 чел. ($18,5 \pm 7,5\%$), нарушение адекватных сексуальных проявлений при эротических контактах – у 2 чел. ($7,4 \pm 5,0\%$), гомосексуальный эпизод – у 1 чел. ($3,7 \pm 3,6\%$), упреки и поведение партнерши – у 2 чел. ($7,4 \pm 5,0\%$), измены жены – у 1 чел. ($3,7 \pm 3,6\%$), боязнь не удовлетворить супругу – у 1 чел. ($3,7 \pm 3,6\%$), опасение предстать несостоятельным в глазах имеющей сексуальный опыт партнерши – у 1 чел. ($3,7 \pm 3,6\%$), онанофобия – у 6 чел. ($22,2 \pm 8,0\%$), боязнь последствий сексуальной абстиненции – у 3 чел. ($11,1 \pm 6,0\%$), ятрогения – у 2 чел. ($7,4 \pm 5,0\%$), чтение медицинской литературы и

ознакомление с медицинской документацией – у 2 чел. ($7,4 \pm 5,0\%$), информация о патогенном влиянии СВЧ – у 1 чел. ($3,7 \pm 3,6\%$), опасения возможного ухудшения половых функций в перспективе – у 1 чел. ($3,7 \pm 3,6\%$), активация воспоминаний о прошлых сексуальных неудачах – у 1 чел. ($3,7 \pm 3,6\%$), уверенность в собственной непривлекательности – у 1 чел. ($3,7 \pm 3,6\%$). Хотя достоверных различий в частоте психотравмирующего действия перечисленных факторов выявить не удалось, однако все же обращает на себя внимание тот факт, что в их ряду первое место занимают представления о патогенном влиянии мастурбации (6 чел.; $22,2 \pm 8,0\%$), а второе – переживания, связанные с наличием болей и патологических изменений в половых органах (5 чел.; $18,5 \pm 7,5\%$).

В группе больных с постманифестным формированием СТОСН, которая состояла из 188 чел. ($85,5 \pm 2,4\%$), частота психотравмирующих влияний различных факторов была следующей. Так, боли и патологические изменения в половых органах привели к развитию этого синдрома у 1 чел. ($0,5 \pm 0,5\%$), нарушение спонтанных сексуальных показателей – у 2 чел. ($1,1 \pm 0,8\%$), копулятивные нарушения при сексуальных контактах (физиологические и патологические) – у 146 чел. ($77,7 \pm 3,0\%$), упреки и поведение партнерши – у 47 чел. ($25,0 \pm 3,2\%$), измены жены – у 2 чел. ($1,1 \pm 0,8\%$), боязнь не удовлетворить супругу – у 1 чел. ($0,5 \pm 0,5\%$), разглашение сведений о сексуальной несостоятельности – у 1 чел. ($0,5 \pm 0,5\%$), боязнь неблагоприятных для потенции последствий мастурбации – у 1 чел. ($0,5 \pm 0,5\%$), ятрогения – у 2 чел. ($1,1 \pm 0,8\%$), чтение медицинской литературы и ознакомление с медицинской документацией – у 1 чел. ($0,5 \pm 0,5\%$), сведения о депотенцирующем действии анаболических стероидных гормонов – у 1 чел. ($0,5 \pm 0,5\%$).

Анализ показывает, что в этой группе достоверно чаще по отношению к другим психотравмирующим факторам наблюдались сексуальные нарушения при половых контактах (физиологические и патологические – $77,7 \pm 3,0\%$), а также упреки и поведение партнерши ($25,0 \pm 3,2\%$). Данные воздействия настолько значительно доминировали над всеми другими, перечисленными выше, что приводить специальные частотные сопоставления в каждом отдельном случае нет никакой необходимости. Вместе с тем целесообразно сравнить патогенное влияние этих двух главных психотравмирующих факторов. Такое сопоставление показывает, что сексуальные нарушения (физиологические и патологические) участвовали в формировании СТОСН неизмеримо чаще, чем упреки и поведение партнерши (соответственно $77,7 \pm 3,0\%$ и $25,0 \pm 3,2\%$; $p < 0,001$).

Так как ранее группа больных с постманифестным развитием СТОСН была разделена нами на две подгруппы: с острым и подострым (124 чел.; $66,0 \pm 3,5\%$), а также постепенным (64 чел.; $34,0 \pm 3,5\%$) его формированием, то целесообразно указать частоту влияния различных факторов, участвовавших в формировании изучавшегося синдрома отдельно по этим двум подгруппам.

Так, при остром и подостром развитии СТОСН боли и патологические изменения в половых органах отмечались как психотравмирующий фактор у 1 чел. ($0,8 \pm 0,8\%$), нарушение спонтанных сексуальных показателей – у 1 чел. ($0,8 \pm 0,8\%$), копулятивные нарушения (физиологические и патологические) – у 101 чел. ($81,5 \pm 3,5\%$), упреки и поведение партнерши – у 24 чел. ($19,4 \pm 3,6\%$), разглашение сведений о сексуальной несостоятельности – у 1 чел. ($0,8 \pm 0,8\%$), ятрогенные воздействия – у 2 чел. ($1,6 \pm 1,1\%$), сведения о депотенцирующем действии анаболических стероидов – у 1 чел. ($0,8 \pm 0,8\%$). В указанной подгруппе, как и в целом по группе с постманифестным формированием СТОСН, достоверно преобладали над всеми другими перечисленными факторами такие психотравмирующие воздействия, как копулятивные нарушения (физиологические и патологические), а также упреки и поведение партнерши. Кроме этого, как и по всей группе в целом, сексуальные “сбои” при интимной близости выступали в качестве психотравмирующих факторов достоверно чаще, чем упреки и поведение партнерши (соответственно $81,0 \pm 3,5\%$ и $19,4 \pm 3,6\%$; $p < 0,001$).

В подгруппе с постепенным развитием СТОСН (64 чел.) соотношение названных факторов, участвующих в его формировании, было следующим. Так, нарушение спонтанных сексуальных показателей в качестве психотравмирующего воздействия отмечалось у 1 чел. ($1,6 \pm 1,6\%$), копулятивные нарушения (физиологические и патологические) – у 45 чел. ($70,3 \pm 5,7\%$), упреки и поведение партнерши – у 23 чел. ($35,9 \pm 6,0\%$), измены жены – у 2 чел. ($3,1 \pm 2,2\%$), боязнь не удовлетворить супругу – у 1 чел. ($1,6 \pm 1,6\%$), онанофобия – у 1 чел. ($1,6 \pm 1,6\%$), чтение медицинской литературы и ознакомление с медицинской документацией – у 1 чел. ($1,6 \pm 1,6\%$). В этой подгруппе, так же как и в предыдущей, отмечалось достоверное преобладание двух факторов (сексуальные “сбои” при половых контактах и упреки и поведение партнерши) над всеми остальными. Так же, как и в предыдущей подгруппе, имело место достоверное преобладание влияний на развитие СТОСН копулятивных нарушений (физиологических и патологических) над таким фактором, как упреки и поведение партнерши (соответственно $70,3 \pm 5,7\%$ и $35,9 \pm 6,0\%$; $p < 0,001$). Частота обнаружения всех выявленных факторов, участвующих в формировании различных хронологических вариантов СТОСН, отражена в табл. 2.

Частотная характеристика психотравмирующих факторов, участвующих в формировании различных хронологических вариантов СТОСН

Факторы, участвующие в формировании СТОСН	Хронологические варианты СТОСН							
	Доманифестный (27 набл.)		Постманифестный					
			в целом (188 набл.)		острое и под- острое разви- тие (124 набл.)		Постепенн ое Развитие (64 набл.)	
	абс. к-во боль ных	$P \pm S_p$	абс. к-во боль ных	$P \pm S_p$	абс. к-во боль ных	$P \pm S_p$	абс. к-во боль ных	$P \pm S_p$
Нормальные физиологические выделения	1	3,7±3,6	–	–	–	–	–	–
Боли и патологические изменения в половых органах	5	18,5±7,5	1	0,5±0,5	1	0,8±0,8	–	–
Нарушение спонтанных сексуальных показателей	–	–	2	1,1±0,8	1	0,8±0,8	1	1,6±1,6
Нарушение адекватных сексуальных проявлений при эротических контактах	2	7,4±5,0	–	–	–	–	–	–
Копулятивные нарушения (физиологические и патологические)	–	–	146	77,7±3,0	101	81,5±3,5	45	70,3±5,7
Гомосексуальный эпизод	1	3,7±3,6	–	–	–	–	–	–
Упреки и поведение партнерши	2	7,4±5,0	47	25,0±3,2	24	19,4±3,6	23	35,9±6,0
Измены жены	1	3,7±3,6	2	1,1±0,8	–	–	2	3,1±2,2
Боязнь не удовлетворить супругу	1	3,7±3,6	1	0,5±0,5	–	–	1	1,6±1,6
Опасение предстать несостоятельным в глазах опытной партнерши	1	3,7±3,6	–	–	–	–	–	–
Разглашение сведений о сексуальной несостоятельности	–	–	1	0,5±0,5	1	0,8±0,8	–	–
Онанофобия	6	22,2±8,0	1	0,5±0,5	–	–	1	1,6±1,6

Факторы, участвующие в формировании СТОСН	Хронологические варианты СТОСН							
	Доманифестный (27 набл.)		Постманифестный					
			в целом (188 набл.)		острое и под- острое разви- тие (124 набл.)		Постепенн ое Развитие (64 набл.)	
	абс. к-во боль ных	$P \pm S_p$	абс. к-во боль ных	$P \pm S_p$	абс. к-во боль ных	$P \pm S_p$	абс. к-во боль ных	$P \pm S_p$
Боязнь последствий сексуальной абстиненции	3	11,1±6,0	–	–	–	–	–	–
Ятрогения	2	7,4±5,0	2	1,1±0,8	2	1,6±1,1	–	–
Чтение медицинской литературы и ознакомление с медицинской документацией	2	7,4±5,0	1	0,5±0,5	–	–	1	1,6±1,6
Информация о патогенном влиянии СВЧ	1	3,7±3,6	–	–	–	–	–	–
Сведения о депотенцирующем действии анаболических гормонов	–	–	1	0,5±0,5	1	0,8±0,8	–	–
Опасение ухудшения сексуальных функций в перспективе	1	3,7±3,6	–	–	–	–	–	–
Активизация воспоминаний о прошлых сексуальных неудачах	1	3,7±3,6	–	–	–	–	–	–
Уверенность в собственной непривлекательности	1	3,7±3,6	–	–	–	–	–	–

Следует отметить, что один из перечисленных психотравмирующих факторов был выявлен при доманифестном развитии изучавшегося синдрома (всего 27 наблюдений) у 25 чел. ($92,6 \pm 5,0\%$), два – у 1 чел. ($3,7 \pm 3,6\%$), три – у 1 чел. ($3,7 \pm 3,6\%$). При постманифестном же развитии СТОСН (всего 188 наблюдений) один фактор был обнаружен у 171 чел. ($91,0 \pm 2,1\%$), два – у 17 чел. ($9,0 \pm 2,1\%$). При остром и подостром постманифестном развитии СТОСН (всего 124 наблюдения) один из названных факторов выявлен у 117 чел. ($94,4 \pm 2,1\%$), а при постепенном (всего 64 наблюдения) – у 54 чел. ($84,4 \pm 4,5\%$), что свидетельствует о достоверных ($p < 0,05$) различиях. Два фактора, участвовавшие в формировании СТОСН, были выявлены при постепенном, а также остром и подостром развитии соответственно у 10 чел. ($15,6 \pm 4,5\%$) и у 7 ($5,6 \pm 2,1\%$), что также свидетельствует о значимых ($p < 0,05$) различиях.

С целью углубления представлений о формировании синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи нами также были проанализированы непосредственные причины сексуальных “сбоев”, приведших к постманифестному развитию изучавшегося синдрома.

Получены следующие результаты. В подгруппе с острым и подострым развитием СТОСН (124 наблюдения) причины “сбоев” в порядке уменьшения их частоты распределились следующим образом. Так, истинные сексуальные расстройства были выявлены у 23 чел. ($18,5 \pm 3,5\%$), сексуальная абстиненция и дизритмия – у 23 чел. ($18,5 \pm 3,5\%$), употребление алкоголя – у 17 чел. ($13,7 \pm 3,1\%$), различные степени увеличения предварительного периода – у 15 чел. ($12,1 \pm 2,9\%$), неблагоприятные для интимной близости условия, включая различные помехи, – у 10 чел. ($8,1 \pm 2,5\%$), волнение, угнетенное состояние и т. п. – у 8 чел. ($6,5 \pm 2,2\%$), негативное восприятие физических и психических качеств и свойств партнерши – у 8 чел. ($6,5 \pm 2,2\%$), усталость, общая астенизация – у 7 чел. ($5,6 \pm 2,1\%$), мысли о возможной неудаче – у 3 чел. ($2,4 \pm 1,4\%$), фиксация внимания на напряжении члена – у 3 чел. ($2,4 \pm 1,4\%$), нарушение непрерывности при проведении интимной близости (надевание презерватива и т. п.) – у 2 чел. ($1,6 \pm 1,1\%$).

Такие факторы, приведшие к сексуальному “сбою”, как идеализация женщины, чувство вины по отношению к ней, отсутствие желания, изменение сексуальной позиции, боль в яичке, неверие мужчины, что такая красивая женщина, наконец, принадлежит ему, отвлечение внимания, превышение оптимально-индивидуального сексуального ритма и ятрогения встречались каждый у 1 больного ($0,8 \pm 0,8\%$). У 16 пациентов ($12,9 \pm 3,0\%$) причину “сбоя” выявить не удалось.

Анализ показывает, что в сумме различные варианты “сбоев”, которые были связаны с физиологическими нарушениями сексуальных функций, выявлены у 101 чел. ($81,5 \pm 3,5\%$), что достоверно превышает число истинных сексуальных расстройств, которые явились

непосредственной причиной сексуальных “сбоев”, предшествовавших развитию СТОСН (соответственно $81,5 \pm 3,5\%$ и $18,5 \pm 3,5\%$; $p < 0,001$).

При подсчете количества факторов, обеспечивающих сексуальный “сбой”, одна причина была выявлена у 90 чел. ($72,6 \pm 4,0\%$), две – у 16 чел. ($12,9 \pm 3,0\%$), три – у 2 чел. ($1,6 \pm 1,1\%$).

При постепенном постманифестном развитии СТОСН (64 наблюдения) в 2 случаях сексуальных “сбоев” как таковых не было. Так, один мужчина просто утратил способность повторно совершать половой акт, а другой не считал нормальной продолжительность полового акта таковой, что и привело к развитию синдрома тревожного ожидания неудачи. Среди 62 других наблюдений, где речь действительно шла о сексуальных “сбоях”, были выявлены следующие их причины, которые в порядке уменьшения встречаемости расположились следующим образом. Наиболее часто наблюдались истинные сексуальные расстройства (44 чел.; $71,0 \pm 5,8\%$). Сексуальная абстиненция и дизритмия явились причиной таких “сбоев” у 6 чел. ($9,7 \pm 3,8\%$). Так же часто, как и последний причинный фактор “сбоев”, фигурировали ссоры с женой. Усталость и астенизация как причина, приводящая к сексуальному расстройству, наблюдались у 4 чел. ($6,5 \pm 3,1\%$), употребление алкоголя – у 2 чел. ($3,2 \pm 2,2\%$), гиперконтроль эрекции члена – у 1 чел. ($1,6 \pm 1,6\%$). Определение числа причин, обуславливающих сексуальные “сбои” в этой подгруппе, показало, что в 57 случаях ($91,9 \pm 3,5\%$) речь идет об одной из них, а в 3 ($4,8 \pm 2,7\%$) – о двух. У 2 чел. ($3,2 \pm 2,2\%$) причину “сбоев” выявить не удалось.

Сравнительный анализ причин, приводящих к сексуальным “сбоям” в двух названных нами подгруппах с постманифестным развитием (острым – подострым, а также постепенным), показал, что в первом случае их количество значительно преобладает за счет чисто “ситуационных”. В то же самое время в подгруппе пациентов с постепенным развитием СТОСН существенно преобладали факторы “хронического действия”. Так, истинные расстройства потенции наблюдались в данной подгруппе пациентов достоверно чаще, чем в подгруппе с острым-подострым развитием СТОСН (соответственно у $71,0 \pm 5,8\%$ и $18,5 \pm 3,5\%$; $p < 0,001$). Кроме этого, если в группе с постепенным развитием СТОСН ссоры с женой как причина сексуальных сбоев отмечались у 6 чел. ($9,7 \pm 3,8\%$), то в группе с острым и подострым развитием СТОСН этот причинный фактор вообще не был зафиксирован.

Таким образом, проведенные нами исследования вскрыли некоторые аспекты формирования СТОСН, что позволит более эффективно решать вопросы его профилактики.

Литература

1. Агарков С. Т. Клиника невротических расстройств у мужчин при истинной и мнимой сексуальной несостоятельности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Л., 1984. – 25 с.
2. Васильченко Г. С. О частотных характеристиках стержневых сексопатологических синдромов у мужчин // Актуальные вопросы сексопатологии: Тез. докл. 1-й Всесоюз. конф. сексопатологов. – М., 1986. – С. 9–11.
3. Голобурда А. В. Дифференциально-диагностические критерии разграничения нарушений потенции у мужчин при истерическом неврозе и психопатии истероидного круга // Актуальные вопросы сексопатологии: Тез. докл. 1-й Всесоюз. конф. сексопатологов. – М., 1986. – С. 88–90.
4. Кочарян Г. С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин (формирование, патогенетические механизмы, клинические проявления, психотерапия): Автореф. дис. ... докт. мед. наук. – М., 1992. – 46 с.
5. Нохуров А. Нарушения сексуального поведения: судебнопсихиатрический аспект. – М.: Медицина, 1988. – 224 с.
6. Овсянников С. А., Овсянникова Л. И. К вопросу о брачных конфликтах у больных малопрогрессирующей шизофренией // Социально-психологические и медицинские аспекты брака и семьи: Тез. докл. 3-й обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. - Харьков, 1987. – С. 130–131.
7. Татлаев Н. Ш. Клиника сексуальных расстройств у мужчин, страдающих маниакально-депрессивным психозом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1984. – 14 с.

Библиографическая справка о статье: Кочарян Г. С. Формирование синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин // Российский психиатрический журнал. – 2000. – №3. – С. 10–14.

Справка: приведенные данные впервые были отражены в моей докторской диссертации в 1992 г.