

СИНДРОМ ТРЕВОЖНОГО ОЖИДАНИЯ НЕУДАЧИ У МУЖЧИН И ХАРАКТЕРИСТИКА СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ

Г.С. Кочарян

Харьковский институт усовершенствования врачей МЗ Украины

В специальной литературе отсутствуют данные о частоте синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи. Имеются лишь исследования, которые позволяют судить об этом косвенно. В качестве примера могут быть приведены статистические сведения о сексуальных нарушениях при психопатологических расстройствах с преобладанием экзогенных (реактивных, ситуационных) факторов с первичным поражением сексуальной сферы, которые, по данным Г.С. Васильченко [2], выполняют главенствующую ("стержневую") функцию в организации сексуальных расстройств у 23,1% больных, а по данным Р.П. Кондратенко [3] – у 43,2%. Вместе с тем среди нарушений, принадлежащих к названной классификационной рубрике, тревожно-фобические формы, к которым следует относить подавляющую часть случаев синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи (СТОСН), занимают 61,6% [2]. Указанный же синдром выявляется у мужчин, страдающих сексуальными расстройствами, настолько часто (у 20,6% – Г.С. Кочарян [6]), что его по сути можно назвать одним из самых универсальных сексопатологических синдромов [5]. Тем не менее он почти до последнего времени [6] не становился предметом всестороннего углубленного исследования, что сказалось и на изученности сексуальных дисфункций и механизмов их формирования у мужчин с названной патологией.

С целью изучения сексуальных дисфункций и симптомообразования у больных со СТОСН было углубленно обследовано 254 чел. в возрасте от 16 до 69 лет, у которых преимущественно диагностировались неврозы. У 5 больных (2,0±0,9%), несмотря на наличие СТОСН, не было выявлено каких-либо копулятивных нарушений (мнимые сексуальные расстройства). У 3 больных (1,2 ±0,7%) речь шла только о прогнозируемой симптоматике, так как после

возникновения СТОСН они не предпринимали попыток к интимной близости. Один больной ($0,4 \pm 0,4\%$) не жил половой жизнью в течение последних 7 лет, и поэтому конкретный характер копулятивных нарушений трудно было прогнозировать. Анализ симптомов у оставшихся 245 чел. (общая группа) показал, что в порядке уменьшения их частоты они расположились следующим образом. Расстройства эрекции наблюдались у 214 чел ($87,3 \pm 2,1\%$), эякуляции – у 121 ($49,4 \pm 3,2\%$), либидо – у 65 ($26,5 \pm 2,8\%$), оргазма у 33 ($13,5 \pm 2,2\%$). Среди расстройств эякуляции преобладало преждевременное семяизвержение – 114 больных ($94,2 \pm 2,1\%$). Эякуляция тарда имела место у 5 чел. ($4,1 \pm 1,8\%$), а анэякуляция – у 2 ($1,7 \pm 1,2\%$).

Помимо названных симптомов, у части больных отмечался симптом сексуальной гипестезии-анестезии, а у одного больного симптом сексуальной гиперестезии. Специальный опрос, проведенный среди 67 пациентов, показал, что легкая степень снижения остроты контактного восприятия партнерши во время интимной близости имела место у 15 чел, ($22,4 \pm 5,1\%$), средняя – у 11 ($16,4 \pm 4,5\%$), выраженная – у 6 чел. ($9,0 \pm 3,5\%$). Полная потеря такого восприятия была выявлена у 2 чел. ($3,0 \pm 2,1\%$). Вместе с тем 32 чел. ($47,8 \pm 6,1\%$) не отмечали у себя снижения остроты этого восприятия, а 1 чел. ($1,5 \pm 1,5\%$) даже отмечал ее усиление. Таким образом, общее число больных с частичной или полной блокадой контактного восприятия партнерши составило 34 чел. ($50,7 \pm 6,1\%$). Характеризуя сексуально-эротическую гипестезию-анестезию, мы хотим подчеркнуть, что обычно речь не идет о ее жестко фиксированной выраженности. Как правило, она изменяется в соответствии с флюктуацией интенсивности тревожного ожидания неудачи и степенью выраженности гиперконтроля за напряжением члена. Так, например, у одного нашего пациента в предварительном периоде интенсивность контактного восприятия партнерши, зависящая от указанных факторов, постепенно уменьшалась от 100 до 20%. В ряде случаев мы констатировали ундулирующий характер изменений интенсивности этого восприятия, когда она неоднократно менялась во время интимной близости, то уменьшаясь, то вновь увеличиваясь.

Анализ одного выявленного нами случая, где отмечалась сексуальная гиперестезия, показал, что интенсивность ощущений при контакте с партнершей в данном случае предположительно определялась патологией, являющейся базовой (синдром парацентральных долек), для которой свойственно снижение порога сексуальной возбудимости.

С целью характеристики сексуальных дисфункций, наблюдаемых при относительно "чистых" формах синдрома тревожного ожидания неудачи, из упомянутых 245 случаев было отобрано 113 ("очищенная" группа). В указанной группе СТОСН играл основную роль в организации сексуальных расстройств, и, помимо поражений психической составляющей копулятивного цикла, могли определяться лишь фоновые синдромы, свидетельствующие о дефицитности нейрогуморальной составляющей (задержка или дисгармония пубертата). В ряде наблюдений диагностировался и хронический простатит, который по результатам клинического анализа в этих случаях не принимал участия в развитии сексуальных нарушений. Выявленные у данной группы больных симптомы в порядке уменьшения частоты расположились следующим образом. Расстройства эрекции наблюдались у 107 чел. ($94,7 \pm 2,1\%$), эякуляции – у 26 ($23,0 \pm 4,0\%$), либидо – у 22 ($19,5 \pm 3,7\%$), оргазма – у 7 ($6,2 \pm 2,3\%$). Характеризуя расстройства эякуляции, следует отметить, что среди них преждевременное семяизвержение имело место у 25 чел. ($96,2 \pm 3,7\%$), а эякуляция тарда и анэякуляция – у 1, ($3,8 \pm 3,7\%$). Анализ причин возникновения расстройств эякуляции в "очищенной" группе показал, что у 10 чел. ($38,5 \pm 9,5\%$) из 26, где эти симптомы имели место, прослеживалось влияние на продолжительность полового акта таких факторов, как сексуальная дизритмия и фрустрация, а в ряде случаев указанные расстройства были обусловлены эрекционными нарушениями. Кроме этого, у 1 больного ($3,8 \pm 3,7\%$) был заподозрен синдром парацентральных долек. После исключения этих 11 наблюдений, где влияние прямо не зависящих от СТОСН факторов четко обозначилось, число больных, где нельзя было исключить непосредственное влияние СТОСН, составило 15 чел. ($13,3 \pm 3,2\%$). Вместе с тем следует подчеркнуть, что указанные выше

факторы, не обусловленные прямым воздействием СТОСН, могли быть связаны с его опосредствованным влиянием.

Таким образом, в группе лиц с относительно "чистыми" формами СТОСН при сравнении их с общей группой больных с указанным синдромом изменилась частота выявления различных сексологических симптомов. Так, достоверно участились расстройства эрекции (с $87,3 \pm 2,1\%$ в общей группе до $94,2 \pm 2,1\%$ – в "очищенной"; $p < 0,02$). Вместе с тем значительно реже наблюдались эякуляторные нарушения ($23,0 \pm 4,0\%$ в "очищенной" группе и $49,4 \pm 3,2\%$ – в общей, $p < 0,001$). Если же учитывать только те из них, где нельзя было исключить прямого влияния СТОСН, то можно было бы констатировать легкое преобладание в "очищенной" группе расстройств либидо над расстройствами эякуляции (соответственно $19,5 \pm 3,7\%$ и $13,3 \pm 3,2\%$; $p > 0,5$). Может возникнуть вопрос, а не произошел ли обмен местами частоты расстройств эякуляции и либидо в общей группе после исключения тех случаев, где эякуляторные нарушения были обусловлены сексуальной дизритмией и эрекцияными нарушениями. В данном случае сделанный нами вывод о специфике распределения упомянутых симптомов, обусловленной наличием СТОСН, оказался бы несостоятельным. Анализ показывает, что это не могло бы произойти, так как в общей группе расстройства эякуляции значительно преобладали над нарушениями либидо (соответственно $49,4 \pm 3,2\%$ и $26,5 \pm 2,8\%$; $p < 0,001$), чего не наблюдалось до исключения названных вариантов эякуляторных расстройств в "очищенной" группе, где различия в частоте нарушений эякуляции и либидо были весьма незначительны (соответственно $23,0 \pm 4,0\%$ и $19,5 \pm 3,7\%$; $p > 0,5$). Расстройства оргазма в общей группе наблюдались достоверно чаще, чем в "очищенной" (соответственно $13,5 \pm 2,2\%$ и $6,2 \pm 2,3\%$; $p < 0,05$). Симптом сексуальной гипестезии в этой группе среди опрошенных нами 28 больных был выявлен у 13 чел. ($46,4 \pm 9,4\%$), а сексуальной анестезии – у 1 ($3,6 \pm 3,5\%$), Острота контактного восприятия партнерши не страдала у 14 чел. ($50,0 \pm 9,4\%$). Легкая степень снижения этого восприятия была выявлена у 4 чел. ($14,3 \pm 6,6\%$), средняя – у 5 ($17,9 \pm 7,2\%$),

выраженная – у 4 (14,3±6,6%). Таким образом, в сумме сексуальная гипестезия и анестезия были обнаружены у 14 чел. (50,0±9,4%).

Вопрос об особенностях частотной характеристики симптомов при рассматриваемом синдроме должен быть обсужден и со сравнительных позиций. Так, Г.С. Васильченко [1] у наблюдавшихся им 600 больных с различными сексуальными расстройствами обнаружил жалобы на эрекционные нарушения у 453 чел. (75,7±1,8%), эякуляции – у 313 чел. (52,2±2,0%), полового влечения – у 175 чел. (29,2 ± 1,9%). Следовательно, среди обследованных нами больных общей группы расстройства эрекции встречались чаще, чем у неотобранного контингента больных (соответственно 87,3±2,1% и 75,7±1,8%; $p<0.001$). Эти различия становились еще более весомыми при сопоставлении частоты эрекционных нарушений в "очищенной" группе п среди больных, обследованных Г.С. Васильченко (соответственно 94,7±2,1% и 75,7±1,8%; $p<0,001$). Как следует из приведенных указанным автором данных, расстройства эрекции у обследованных им мужчин с различными сексуальными расстройствами встречались также достоверно чаще нарушений эякуляции, однако таких различий, как в наших наблюдениях после процедуры "очищения", выявлено не было (соответственно 75,7 ±1,8% и 52,2±2,0% – $p<0,001$; 94,7±2,1% и 23,0±4,0% – $p<0,001$). Помимо этого, расстройства эякуляции наблюдались среди неотобранного контингента сексологических больных несравненно чаще, чем расстройства полового влечения (соответственно 52,2±2,2% и 29,2±1,9%; $p<0,001$), что контрастировало с полученными нами данными по "очищенной" группе (соответственно 23,0±4,0% и 19,5±3,7%; $p>0,5$). Частота сексологических симптомов у больных СТОСН и мужчин с различными половыми расстройствами отражена в приведенной ниже таблице.

Нами были проанализированы причины изменений в частоте выявления различных сексологических симптомов у больных с изучавшимся синдромом, возникших 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 данной процедуре исключаются варианты усугубляющего влияния этого синдрома на симптоматику, изначально обусловленную другой патологией, что более рельефно обозначает 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.

Таблица.

Сексологическая симптоматика у больных со СТОСН и мужчин с различными половыми расстройствами

| Сексологические симптомы | Частота сексол. симп. (P±Sp) у 245 обл. общей группы больных со СТОСН | Вероятность случайности различий (p)* | Частота сексол. симп. (P±Sp) у 113 обл. "очищенной" группы больных со СТОСН | Вероятность случайности различий (p) | Частота сексол. симп. (P±Sp) у 600 мужчин с разл. половыми расстройствами (по Г.С. Васильченко [1]) |
|--------------------------|---|---------------------------------------|---|--------------------------------------|---|
| Нарушения либидо | 26,5±2,8 | >0,1 | 19,5±3,7 | <0,05 | 29,2±1,9 |
| Эрекционные нарушения | 87,3±2,1 | <0,02 | 94,7±2,1 | <0,001 | 75,7±1,8 |
| Эякуляторные нарушения | 49,4±3,2 | <0,001 | 23,0±4,0 | <0,001 | 52,2±2,0 |
| Расстройства оргазма | 13,5±2,2 | <0,05 | 6,2±2,3 | – | Не указана |

* Вероятность случайности различий 0,05 соответствует достоверности 95%, 0,02 – 98%, 0,01 – 99%, 0,001 – 99,9%.

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 объяснялись

иными заболеваниями и тем, что СТОСН в ряде случаев выполнял усугубляющую роль, влияя на длительность полового акта в качестве дополнительного фактора. Значительно более частое обнаружение расстройств оргазма в общей группе больных со СТОСН по сравнению с "очищенной" связывалось с влиянием соматических факторов. Выявленная специфика участия СТОСН в формировании сексологической симптоматики в гораздо большей мере обозначилась при сравнении "очищенной" группы с группой больных с различными 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 непосредственно обуславливались тревожным ожиданием неудачи, а также связанным с ним гиперконтролем эрекции. Они были различными по выраженности и динамическому рисунку. Так, в предварительном периоде могла отмечаться флюктуация интенсивности напряжения члена от гипозрекции различных степеней до анэрекции. В ряде случаев, хотя эрекция в предварительном периоде и достигала полной выраженности, однако процесс "набора напряжения" был крайне затяжным (торпидное возникновение эрекции). Часто при хорошей или ослабленной эрекции происходило уменьшение ее выраженности либо в предварительном периоде, либо в момент введения, либо спустя определенный временной интервал после начала фрикций (неустойчивая эрекция). Иногда при таком ослаблении в предварительном периоде в процессе фрикций эрекция достигала полной выраженности. Наблюдались и варианты, когда она носила ундулирующий характер, т. е. колебалась в своей интенсивности в предварительном и (или) в основном периоде. В некоторых случаях ослабленная в предварительном периоде и во время самого коитуса эрекция "набирала полную силу" спустя определенный временной интервал после начала фрикций. Исключительно

редко изначально существующая в предварительном периоде гипозрекция не прогрессировала при попытке интродукции, которая не удавалась из-за выраженности снижения напряжения члена. Нередко речь шла об альтернирующих эрекцияльных нарушениях, когда во время одних половых актов с данной партнершей напряжение члена было нормальным, а во время других – отмечались различные эрекцияльные нарушения. Наблюдались случаи, когда первый половой акт не удавалось провести из-за ослабления эрекции во фрикцияльной стадии, а повторный половой акт, совершаемый в тот же день, протекал нормально. Иногда эрекцияльные нарушения носили селективный характер: они имели место во время интимной близости с одной женщиной, тогда как с другой их не было.

В более выраженных клинических случаях нарушались не только адекватные, но и спонтанные эрекции. Это обуславливалось гиперконтролем напряжения полового члена, персистирующим с периода интимной близости на утренние, дневные, а иногда даже и ночные часы. Оценивая характер нарушений утренних эрекции, следует отметить их нередкое исчезновение спустя незначительный интервал после пробуждения. Однако в момент пробуждения они могли быть полной выраженности. В ряде случаев у больных со СТОСН эрекция в утренние часы первоначально ослаблена и реже возникает. Ночные эрекции были наиболее сохранены, так как во время сна пациенты либо совершенно не контролировали эрекцию, либо этот контроль был гораздо менее выражен, чем после пробуждения, а тем более в обстановке интимной близости. Тем не менее достаточно выраженный гиперконтроль напряжения члена может иметь место и во время ночного сна. Так, один из наших пациентов вследствие этого неоднократно просыпался в течение ночи при возникновении эрекции. Когда же пробуждения не наступали, расценивал это как ненормальное явление, так как сам факт пробуждения связывал с наличием напряжения члена.

Гиперконтроль эрекции, о патогенном влиянии которого мы упоминали, неразрывно связан с тревожным ожиданием неудачи. Поэтому может

возникнуть вопрос о правомочности самостоятельного значения первого из названных факторов. Можно привести два аргумента, которые все же свидетельствуют о такой правомочности. Во-первых, общеизвестно, что переход из позиции исполнителя в позицию наблюдателя может приводить к дезавтоматизации любой из функций, которая становится объектом гипертрофированного контроля. Так, если предложить пианисту, который играет двумя руками сложные пассажи, проконтролировать, как он это делает, то можно с легкостью убедиться, что он попросту собьется. Во-вторых, в ряде случаев при использовании психотерапии, когда нами ликвидировалось тревожное ожидание неудачи, гиперконтроль эрекции иногда не исчезал, что продолжало поддерживать расстройства напряжения члена. В таких случаях можно говорить о том, что гиперконтроль сексуальных реакций отрывается от своего источника.

Вместе с тем нельзя исключать и варианты, где речь может идти о проявлениях тревоги преимущественно в вегетативной сфере, следствием чего и являются копулятивные нарушения. Если же расстройство существует определенное время, то после ликвидации СТОСН оно может персистировать за его границы вследствие фиксации в механизмах памяти программы патологического сексуального реагирования.

Спонтанные эрекции у больных со СТОСП могут нарушаться не только вследствие гиперконтроля напряженности члена, но также и в связи с депотенцирующим влиянием на сексуальную сферу психотравматизации, связанной с неудавшимися истинными или даже мнимыми попытками. Это четко прослеживается при гипотимических состояниях, подчас достигающих уровня клинической депрессии или субдепрессии невротического регистра, что в равной мере отражается на выраженности полового влечения и частоте возникновения эротических сновидений.

Жалобы на снижение либидо предъявлялись больными самостоятельно или выявлялись при активном расспросе. Степени снижения сексуального либидо были различными: от минимальных до значительно выраженных. Анализ

причин снижения полового влечения показал, что, помимо отмеченных эмоциональных реакций на сексуальную несостоятельность, в его основе может лежать и тревожное ожидание неудачи в обстановке интимной близости, а также связанный с ним гиперконтроль сексуальных реакций. В ряде случаев нами определялось неспецифическое для СТОСН снижение либидо, обусловленное нарушением межличностных отношений в супружеской (партнерской) паре.

Расстройства эякуляции у обследованных нами больных, как указывалось ранее, были обусловлены тревожным ожиданием неудачи (прямое патогенное влияние изучавшегося синдрома), а также его опосредованным воздействием. Последнее было связано с охранительным для больного (избегание психотравмирующей ситуации) и его партнерши (исключение возможностей возникновения психических и соматических последствий сексуальной фрустрации) урежением половой активности, а также вызванными СТОСН эрекционными нарушениями, которые в части случаев являлись причиной различных расстройств эякуляции (ускоренное семяизвержение, эякуляция гарда, анэякуляторный феномен). Кроме того, напомним, что в общей группе обнаруживались расстройства эякуляции, где воздействие синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи как бы наслаивалось на влияние других заболеваний или (и) синдромов, которые сами по себе вызывали эякуляторные нарушения. В этих случаях СТОСН как бы вносил свой дополнительный вклад в существовавшее до его развития сексуальное неблагополучие.

Расстройства оргазма у больных со СТОСН в "очищенной" группе были небольшой выраженности и обуславливались только психогенными факторами (реакция пациента на плохое качество полового акта и на поведение партнерши во время интимной близости в связи с ее неудовлетворенностью).

Нами неоднократно подчеркивалось, что речь может идти об одних сексологических симптомах, которые зависят от других. Возникновение же этих последних связано с воздействием других факторов. Для составления

общей картины происхождения сексологических симптомов при проведении исследований нами была разработана концепция симптомообразования в клинике сексуальных расстройств [4]. Суть ее состоит в следующем. При однозначной базовой (патогенетической) диагностической характеристике сексуальных расстройств нередко можно встретиться с их симптоматической неоднородностью. Однако значение выявляемых при том или другом сексуальном расстройстве симптомов далеко не одинаково. Целесообразно различать симптомы инициальные, развития и производные. К инициальным следует относить те, которые имеют место в начальном периоде расстройства. Симптомы развития появляются при утяжелении заболеваний, лежащих в основе половых расстройств, или усложнением структуры последних. Так, если хронический простатит проявлялся лишь эякуляторными нарушениями, а при его утяжелении возникли нарушения эрекции, то эякуляторные нарушения следует считать инициальными, а расстройства эрекции – симптомами развития. Эрекционные нарушения были бы отнесены к симптомам развития и в случае их обусловленности неврозом ожидания неудачи, усугубившим хронический простатит. Первичные симптомы и симптомы развития, в свою очередь, должны быть причислены к основным. Вместе с тем в клинической практике подчас приходится сталкиваться с явлением, когда тот или иной симптом не имеет жесткой зависимости от основной (патогенетической) характеристики полового расстройства и является производным другого симптома, без которого он сам попросту бы не возник. Так, нередко замедленное протекание полового акта является следствием недостаточного напряжения члена. Дело может пойти даже так далеко, что гипоэрекция обусловит анэякуляторный коитус (мнимое отсутствие семяизвержения по В.М. Маслову [7]). Симптомы, которые возникают по указанному механизму, следует относить к производным.

Представленная дифференцированная оценка симптомов с выделением среди них основных и производных, заканчивающаяся выбором симптомов–

мишеней, каковыми являются основные симптомы, – важный процесс, позволяющий выработать программу адекватной симптоматической терапии.

Итак, нами уже охарактеризован ряд факторов, влияющих на возникновение сексуальных дисфункций у больных со СТОСН. Однако следует назвать и проанализировать воздействие еще двух факторов, участвующих в симптомообразовании при данной патологии. Одним из них является "смысловое поле" (семантика) опасения неудачи. Поясним что это такое. У пациента, обратившегося к врачу с указанной патологией, можно узнать не только о том, что он не уверен в успехе интимной близости или даже уверен в ее неуспехе, но также и о содержании его опасений. При расспросе больной указывает, чего именно он боится: ослабления или исчезновения эрекции или расстройств эякуляции (в подавляющем большинстве случаев ускоренного семяизвержения). Нередко он может опасаться и того и другого. Именно это опасение является той патологической программой, которая может определить сценарий неполноценно протекающей интимной близости ("самореализующееся пророчество"). Помимо тревожного опасения конкретных копулятивных нарушений, "смысловое поле" СТОСН может содержать также такие элементы, как боязнь предстать в глазах партнерши сексуально несостоятельным (боязнь опозориться), а также тревогу, связанную с прогнозом, что он не удовлетворит женщину. Иногда речь может идти и о боязни огласки.

Опасения больного в обстановке интимной близости зависят от того, какие именно копулятивные расстройства предшествовали развитию синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи, и не определяются тем, шла ли речь о ситуационных нарушениях, "сбоях", связанных с физиологическими колебаниями сексуальных функций, или же половых расстройствах, изначально обусловленных другими заболеваниями. Так, если это были эрекционные "сбои", то семантика СТОСН включает именно опасение расстройств эрекции. Вместе с тем бывает и так, что хотя нарушение проявилось в ускоренном семяизвержении, тем не менее при последующих попытках пациент боится

возникновения эрекции "сбоев", что может их и вызвать. Такая возможность вполне объяснима, так как лишь подтверждает высказанную нами ранее мысль, согласно которой СТОСН имеет большую связь именно с теми копулятивными нарушениями, которые более значимы в смысле возможного срыва интимной близости. Следует отметить, что в процессе течения СТОСН нередко можно зафиксировать склонность к усложнению его семантики. Так, например, если вначале пациент боится только того, что произойдет ускоренное семяизвержение, то с течением времени к этому может присоединиться и тревога по поводу качества эрекции.

Другим фактором, определяющим патогенное влияние СТОСН, является эмоциональное напряжение в преддверии и во время интимной близости и сопряженные с ним нарушения вегетативной регуляции сексуальных функций. В наличии этого напряжения можно убедиться как задавая прямой вопрос, так и получая ответы на специальные вопросы, позволяющие обнаружить различные его корреляты (мышечный гипертонус, вегетативные дисфункции).

Симптомообразующее влияние эмоционального напряжения и связанных с ним нарушений нервной регуляции сексуальных функций при рассматриваемом синдроме вполне доказуемо. Так, в ряде наблюдений мы фиксировали, что, несмотря на наличие тревожного опасения только нарушений напряжения члена или только ускоренного семяизвержения, одновременно страдала как эрекция, так и эякуляторная функции.

Резюмируя приведенные выше данные по анализу формирования симптомов при синдроме тревожного ожидания сексуальной неудачи, следует указать на следующие симптомообразующие факторы:

- 1) смысловое поле (семантику) опасения неудачи;
- 2) эмоциональное напряжение в преддверии и во время интимной близости и сопряженные с ним нарушения нервной регуляции половых функций;
- 3) гиперконтроль сексуальных функций;

4) сексологическую симптоматику, изначально обусловленную другой патологией, на которую наслаивается усугубляющее влияние синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи;

5) личностные реакции на половое расстройство;

6) сексуальную дизритмию;

7) основные симптомы, определяющие появление производных от них копулятивных нарушений.

Если первые четыре вышеназванных фактора специфичны для изучавшегося синдрома, то остальные таковыми не являются и могут участвовать в организации копулятивных нарушений при любых сексуальных расстройствах.

Литература

1. *Васильченко Г.С.* О некоторых системных неврозах и их патогенетическом лечении. – М.: Медицина, 1969. – 184 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. *Кондратенко Р.П.* Клинико-статистическая характеристика впервые обратившихся за сексологической помощью // Актуальные вопросы сексопатологии: Тех докл. 1-й всесоюз. конф. сексопатологов. – М., 1986. – С. 11–13.
4. *Кочарян Г.С.* К вопросу о симптомообразовании при сексуальных расстройствах и диагностической значимости отдельных симптомов // Современные проблемы сексопатологии. – Киев – Ворошиловград, 1986. – С. 42–43.
5. *Кочарян Г.С.* Психотерапия синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи // Г.С. Кочарян, А.С. Кочарян. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. – М.: Медицина, 1994. – С. 178–207.
6. *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.
7. *Маслов В.М.* Клиническая феноменология анэякуляторных расстройств // Диагностика, лечение и профилактика половых расстройств: Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР / Под ред. А.А. Портнова. – М., 1978. – Т. 81. – С. 50–54.

Библиографическая справка о статье: Кочарян Г. С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и характеристика сексуальных дисфункций // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т. 8, №2. – С. 108–115.