

Г. С. КОЧАРЯН

**СИНДРОМ ТРЕВОЖНОГО ОЖИДАНИЯ
СЕКСУАЛЬНОЙ НЕУДАЧИ У МУЖЧИН
И ЕГО ЛЕЧЕНИЕ**



Харьков
"Основа"
1995

ББК 56.9

К. 75

УДК 616.69-008.1-085.851

Публикуется по рекомендации специализированного Совета Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии РФ им. В. П. Сербского (г. Москва)

В монографии доктора медицинских наук, профессора кафедры медицинской сексологии и медицинской психологии Харьковского института усовершенствования врачей Кочаряна Гарника Суреновича рассмотрены формирование, физиологические и психологические механизмы патогенеза, сексологические и несексологические клинические проявления, а также лечение (в основном психотерапия) наиболее универсального, но ранее малоизученного, сексопатологического синдрома у мужчин — синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи. Не ограничившись традиционным подходом к изучению половых расстройств, автор исследовал разнообразные модификации поведения, имевшие место у больных во время интимной близости (психическая саморегуляция сексуальных функций) и вне таковой, включая различные проявления феномена сублимации. В работе представлены новые концептуальные подходы. Помимо результатов проведенных исследований, разработанных оригинальных психотерапевтических приемов и методик, а также рекомендаций по дифференцированной психотерапевтической коррекции упомянутого синдрома и его медикаментозному лечению, в монографии в широком обзорно-аналитическом плане представлена проблема психогенных сексуальных расстройств (в их соотношении с изучавшимся синдромом) и их психотерапия.

Для сексопатологов, психотерапевтов, психиатров, медицинских психологов.

К 4108110100-000 Заказное
226-95

ISBN 5-7768-0427-2

© Г. С. Кочарян, 1995

© Garnik S. Kocharyan, M.D., Ph.D., 1995

Anxious sexual failure expectation syndrome in males and its treatment

Annotation

The monograph by the Doctor of Medical Science (M. D., Ph. D.), the Professor of the Department of Medical Sexology and Medical Psychology of the Kharkov Institute of Advanced Training for Doctors Garnik Surenovich Kochairyan. (Kharkov, Ukraine) deals with the formation, physiological and psychological mechanisms of the pathogenesis, sexological and nonsexological clinical manifestations as well as the treatment (mainly psychotherapy) of the most universal sexopathological syndrome in males which was insufficiently studied before — the anxious sexual failure expectation syndrome. The author did not confine himself to the traditional approach to studying sexual disturbances and has investigated various behavioural modifications which took place in his patients during intimacy (psychic self-regulation of sexual functions) and without it, including various manifestations of the phenomenon of sublimation. This work displays new conceptual approaches. Along with the results of the studies performed, original psychotherapeutic ways and technique as well as the developed recommendations for differential psychotherapeutic correction of the above syndrome and its medicinal treatment the author, reviewing the relevant literature, analyzes the problem of psychogenic sexual disturbances (in correlation between them and the syndrome which was studied) and describes their psychotherapy.

For sexopathologists, psychotherapists, psychiatrists, medical psychologists.

Kharkov: Osnova Publishers, 1995

Введение

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. Свядоц, 1982, 1988; Д. Л. Буртянский, В. В. Кришталь, Г. В. Смирнов, 1987, 1990; И. И. Горпинченко 1991; Б. В. Шостакович, А. А. Ткаченко, 1992; W. H. Masters, V. E. Johnson, 1970; K. Imieliński, 1974, 1986; H. S. Kaplan, 1974, 1994; S. Kratochvíl, 1985, 1991; G. Wagner, R. Green, 1985; Z. Lew-Starowicz, 1991).

Разного рода психические нарушения часто изначально лежат в основе сексуальных расстройств, а нередко осложняют их течение. Г. С. Васильченко (1985) утверждает, что только стержневое поражение психической составляющей копулятивного цикла диагностируется у 50,8% обследованных мужчин, обратившихся за сексологической помощью. 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 (Г. С. Васильченко, 1983; С. Т. Агарков, 1984), но также при психопатиях (А. В. Голобурда, 1986), шизофрении (С. А. Овсянников, Л. И. Овсянникова, 1987; А. А. Нохуров, 1988), в интермиссии маниакально-депрессивного психоза (Н. Ш. Татлаев, 1984). К тому же ожидание 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.

Значительная частота упомянутого синдрома объясняется большой значимостью сексуальной сферы, обусловленной ее включением в контекст интерперсональных отношений. Вместе с тем анализ литературы по данному вопросу показывает, что почти до последнего времени рассматривались различные частные аспекты СТОСН, однако он никогда не являлся предметом самостоятельного всестороннего, углубленного исследования в аспекте формирования, развития, симптомообразования, клинических проявлений. Не изучались психологические и были

недостаточно разработаны физиологические механизмы патогенеза указанного синдрома, не исследовались изменения поведения у больных с этой патологией, отсутствовали рекомендации по дифференцированной психотерапевтической коррекции СТОСН, учитывающие многообразие его характеристик. Все вышеизложенное обусловило важность изучения этого синдрома как в теоретическом, так и в прикладном аспектах.

В результате определены психотравмирующие факторы, участвующие в формировании СТОСН, и непосредственные причины сексуальных “сбоев”, приводящих к развитию изучавшегося 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 со СТОСН и выделены симптомообразующие факторы, принимающие участие в развитии половых расстройств при указанном синдроме; предложена концепция симптомообразования при сексуальных расстройствах; исследованы психические и поведенческие, а также имеющие место в обстановке интимной близости психовегетативные и психосенсорные нарушения у больных со 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; исследованы 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 девять психотерапевтических приемов и методик.

Монография основана на материалах докторской диссертации “Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин (формирование, патогенетические механизмы, клинические проявления, психотерапия)”, защищенной нами 22 декабря 1992 г. в г. Москве на заседании Специализированного совета НИИ общей и судебной психиатрии им. В. П. Сербского (ныне Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии РФ).

Все пожелания, высказанные читателями, а также интересные предложения будут с благодарностью приняты и рассмотрены автором.

Наши координаты приведены в “Кратких сведениях об авторе”.

Глава 1. Психогенные сексуальные расстройства у мужчин и методы их психотерапевтической коррекции

1.1. Проблема психогенных расстройств потенции и синдром тревожного ожидания неудачи

В специальной литературе широко распространен термин “психогенная импотенция” (Н. В. Иванов, 1966; В. Н. Лезненко, 1967; В. В. Андрианов, Л. Н. Собчик, 1969; И. М. Аптер, 1969, 1972, 1974; А. Я. Голанд, 1969; Г. Г. Корик, 1973; Э. Э. Бус, 1982; Л. М. Щеглов, 1982; И. М. Виш, В. Я. Романюк, А. Г. Гериш, 1985; A. Coleman, В. Taube, 1959). Помимо того, можно найти различные наименования, более или менее подобные этому термину по смыслу: “кортикальная импотенция” (И. М. Порудоминский, 1968; В. Д. Кочетков, 1968), “функциональная импотенция” (Б. С. Бамдас, 1969; L. Wershub, 1959), “функционально-неврогенная импотенция” (С. А. Торосян, 1969), “функционально-невротические формы нарушений половой функции” (Г. Б. Попхадзе, 1971), “функциональные сексуальные расстройства” (S. Kratochvil, 1985), “функциональные половые нарушения” (V. Frick-Bruder, 1979), “функционально-динамические (функционально-психогенные) формы импотенции” (П. Б. Посвянский, 1967; В. В. Андрианов, 1972), “психогенные сексуальные расстройства” (Б. А. Воскресенский, Д. Е. Рохман, 1986; А. В. Гришин, 1987), “психогенная копулятивная дисфункция” (Л. К. Лысенко, Б. Е. Израилев, 1982; М. Б. Белобородов, Н. Я. Квасовцева, 1986), “психогенная форма полового бессилия” (Д. Трайков, 1977), “психическая импотенция” (И. М. Виш, В. Я. Романюк, В. Н. Селезнев, 1982), “психически обусловленные нарушения потенции” (E. Schilling, L. A. Loth, 1980). Следует отметить, что в настоящее время шифр 302.7 международной статистической классификации болезней, травм и причин смерти 9-го пересмотра, адаптированной в СНГ, под понятием импотенция подразумевает только сексуальные расстройства, характеризующиеся нарушением эрекции вследствие психологических причин, что делает интроекцию невозможной. Совершенно очевидно, что сам факт использования термина в качестве классификационной единицы еще не наделяет ее статусом нозологической формы. Кроме того, как в широкой врачебной среде, так и среди специалистов под импотенцией понимают не только эрекции нарушения и не только те из них, которые обуславливаются воздействием исключительно психологических факторов. Свидетельством этому служит мо-

нография “Импотенция (физиология, психология, хирургия, диагностика и лечение)” (G. Wagner, R. Green, 1985). В ней анализируются нарушения эрекции, обусловленные многими, в том числе и органическими заболеваниями. В связи с тем, что копулятивные дисфункции могут проявляться не только эрекционными нарушениями, получил распространение термин “эректильная импотенция” (И. И. Горпинченко, 1980; М. И. Коган, А. П. Жульнев, Ю. В. Терентьев, 1985; М. И. Коган, Ю. В. Терентьев, 1986; Н. Ф. Дрюк, А. М. Бахарев, Ш. Ш. Хакимов, 1986; М. И. Коган, 1987; В. В. Красулин, С. М. Серебренников, Ю. В. Терентьев, 1990). Анализ показывает, что если придерживаться понимания импотенции, приведенного в упомянутой выше международной классификации, то словосочетания “психогенная импотенция” и “эректильная импотенция” лишены всякого основания.

Имеется также настоятельная необходимость в обсуждении термина “импотенция” с семантической и психогигиенической позиций. Как известно, слово импотенция (*impotencio*) в переводе с латинского обозначает не что иное, как половую слабость, половое бессилие. По нашему мнению, учитывая самую разнообразную сексологическую симптоматику при неоднозначной ее выраженности, далеко не всегда делающей мужчину бессильным в половом отношении, следует пользоваться терминами “сексуальное расстройство”, “сексуальная дисфункция”, “сексуальное нарушение”. Термины “копулятивная дисфункция” и “расстройство потенции” более узки, так как по меньшей мере исключают нарушения, обусловленные изменениями полового самосознания, полоролевого поведения и психосексуальных ориентаций. Обсуждая термин “импотенция” с психогигиенических позиций, нужно признать его Психотравмирующим для пациента, так как больного сексологического профиля при использовании этого термина в большинстве случаев называют импотентом. Указанное обстоятельство, а также семантическая ограниченность и неоднозначность трактовки понятия “импотенция” диктуют необходимость отказа от соответствующей терминологии.

Следует определить объем понятия “психогенная импотенция” и сходных с ним понятий. Так, Н. В. Иванов (1966) полагает, что психогенная импотенция обусловлена нарушениями условнорефлекторной корковой регуляции половой деятельности и выделяет две ее разновидности: вследствие снижения полового влечения и вследствие преобладания тормозных моментов при сохранении полового влечения.

С. С. Либих (1969) выделяет четыре разновидности психогенной импотенций: а) в рамках общих неврозов (при неврастении, истерии, неврозе навязчивых состояний и психастении); б) как системный невроз; в) в рамках реактивного состояния или психогенной реакции (этот вид им-

потенции, как отмечает автор, будучи психогенным, не относится к неврозам, так как при нем нет сложной личностной переработки имевшей место психической травмы, а налицо лишь сравнительно простой механизм реакции на психогенный (социогенный) раздражитель); г) по типу псевдоимпотенции.

И. М. Аптер (1972, 1974) считает, что все формы психогенной импотенции следует относить к неврозам. Этот вид импотенции может развиваться на фоне общих неврозов: неврастении, истерии и психастении. Вместе с тем речь может идти и об изолированном поражении половой системы без явлений общего невроза — системном неврозе. Ранее автор причислял к психогенной импотенции и невротический условный рефлекс (И. М. Аптер, 1969). Описывая клинические проявления психогенной импотенции, он расширяет ее границы, так как относит к ней и формы, где отмечаются гомосексуализм, мазохизм, фетишизм.

Г. Г. Корик (1973) в числе прочих форм сексуальных расстройств выделяет также психогенную импотенцию, к которой он причисляет сексуальные расстройства при неврозах (неврастении, неврозе навязчивых состояний, психастении, истерии), психопатиях (психастеноидной, у возбудимых и истероидных психопатов), у “нормальных” лиц при нарушениях условнорефлекторной регуляции половой функции (системный сексуальный невроз), а также при некоторых психозах (шизофрении, маниакально-депрессивном психозе, эпилепсии, острых инфекционных психозах). Подводя итоги рассмотрения психогенной формы импотенции, автор отмечает, что она представляет собой очень сложную и в высшей степени гетерогенную группу, в которой представлены все градации нервно-психических нарушений — от неврозов и психопатий до психозов и явных органических поражений коры головного мозга.

Значительный объем понятия “психогенная импотенция” предусмотрен также классификацией копулятивных расстройств, предложенной И. Ф. Юнда (1981), в которой автор выделяет моно- и полисиндромную психогенную копулятивную дисфункцию. Если к первой из них он относит сексуальные расстройства, обусловленные тревожно-мнительными чертами характера, чрезмерным психоэмоциональным напряжением, системным неврозом и неврозоподобным состоянием, то ко второй — сексуальные дисфункции, связанные с общими неврозами, различными психозами (в том числе шизофренией) и даже органическими заболеваниями нервной системы.

С. А. Торосян (1969), выделяя функциональные сексуальные нарушения невrogenного генеза, указывал, что в этой группе следует разли-

чать сексуальные расстройства при неврастении, истерии и психастении. П. И. Загородный (1970) отмечает, что нарушения половой функции могут возникать и в результате психогенных невротических расстройств. Последние он относит к функциональным половым расстройствам. Расшифровывая понятие “функциональные половые расстройства”, автор относит к ним (П. И. Загородный, 1975). сексуальные нарушения при неврозах, реактивных состояниях, психопатиях и психопатоподобных состояниях, а также системный сексуальный невроз и соматогенно-динамические нарушения.

Л. Я. Мильман (1972) в своей классификации также выделяет функциональные сексуальные расстройства, которые связывает с тремя общими неврозами: неврастением, психастенией и истерией. S. Kratochvíl (1985) считает функциональные сексуальные нарушения расстройствами, при которых отсутствует способность ощущать сексуальное удовлетворение или невозможно осуществление полового акта, приводящего к сексуальному удовлетворению, несмотря на наличие всех анатомо-физиологических предпосылок и отсутствие направленности на необычные сексуальные цели.

И. М. Порудоминский (1968) в своей классификации выделяет кортикальную импотенцию, которая развивается вследствие функциональных заболеваний центральной нервной системы. В большинстве случаев, как указывает автор, эта импотенция обусловлена функциональными расстройствами кортикальной деятельности, нейродинамическими нарушениями раздражительного и тормозного процессов. Среди причин, вызывающих импотенцию, он называет общие неврозы (неврастению, психастению, невроз навязчивых состояний и истерию), а также системный сексуальный невроз. К рассматриваемой форме импотенции автор причисляет и ее вариант с извращением половой функции, к которому он относит все виды перверсий, не исчерпывающиеся, однако, только рамками кортикальной импотенции.

В. Д. Кочетков (1968) отмечает, что половые расстройства кортикального генеза (кортикальная импотенция) характеризуются нарушением высших приспособительных механизмов, связанных с изменением высшей нервной деятельности. Среди причин указанной формы импотенции первое место, по мнению автора, занимают неврозы (неврастения, истерия, психастения и системный сексуальный невроз). К кортикальной импотенции автор также причисляет половые дисфункции при психопатиях и некоторой другой патологии (шизофрения, олигофрения, циклотимия, эпилепсия), при которой, в частности, могут наблюдаться сексуальные извращения.

Обращает на себя внимание пестрота трактовок различными авторами диагностических понятий “функциональная” и “психогенная” импотенция, чего нельзя отметить в трактовках “кортикальной импотенции”. Отнесение сексуального расстройства к группе “психогенная импотенция” подразумевало в представлении многих авторов его связь с тем или иным психическим заболеванием, а к группе “кортикальная импотенция” — поражение коры головного мозга. Выделение же функциональной импотенции зиждилось на признании того факта, что она не определяется заболеваниями, при которых выявляются какие-либо органические поражения, а если и отмечаются какие-то соматические болезни, то существующие сексуальные расстройства (соматогенно-динамические по П. И. Загородному, 1975) преходящи и зависят от общего состояния здоровья и сопутствующих вегетативных дисфункций.

По нашему мнению, понятие “функциональное расстройство”, очевидно, является несколько неопределенным и достаточно условным. То, что сегодня представляется функциональным, завтра, по мере увеличения диагностических возможностей, может быть исключено из этой категории. Но и в наши дни ряд авторов (А. И. Струков, Л. В. Кактурский, 1977; А. И. Струков, О. К. Хмельницкий, В. П. Петленко, 1983; М. М. Хананашвили, 1983 и др.) полагают, что достижения современной биологии и медицины позволяют уверенно отрицать существование функциональных болезней и дают возможность находить морфологический субстрат, адекватный любому нарушению функции. Это утверждение распространяется и на неврозы (М. М. Хананашвили, 1978; М. М. Александровская, А. В. Кольцова, 1980; М. Г. Айрапетянц, А. М. Вейн, 1982; А. В. Вельдман, Ю. А. Александровский, 1987);

И все же есть группа сексуальных расстройств, которые можно было бы назвать функциональными, так как их существование определено не предполагает наличия какого-либо патоморфологического эквивалента функции. К ним, в частности, могут быть отнесены дисфункции, обусловленные ситуационными, психологическими и социально-психологическими факторами или дефектами сексуального поведения партнера. По нашему мнению, если говорить о психогенных и функциональных сексуальных расстройствах как близких понятиях, то первое следует считать предпочтительным, так как оно более емкое и методологически безупречное.

В отношении применения терминов психогенные и кортикальные половые расстройства как сходных следует отметить следующее. Попытка отождествления этих расстройств исходит из положения о том, что кора головного мозга является материальным субстратом высшей нервной (психической) деятельности. По нашему мнению, предпочти-

тельнее говорить о психогенных сексуальных расстройствах, а не о кортикальных, так как психическая деятельность (а также обусловленные психогенными воздействиями процессы) зависят не только от состояния коры, но и ряда нижележащих церебральных образований. Целесообразности использования названных диагностических терминов в качестве синонимов также противостоит существующая точка зрения (С. С. Либих, 1969), согласно которой для полного уяснения роли психогенного фактора и нарушений, вызванных им, необходимо рассматривать происходящие патологические сдвиги с позиций целостной личности (т. е. с позиций не только нейрофизиологических, но и социально-психологических). Помимо этого, не следует забывать о возможности органического поражения коры головного мозга.

При рассмотрении некоторыми авторами указанных в обзоре форм невротоз обращает на себя внимание несоответствие одной из них современным нозологическим рубрикам. Речь идет о психастении, которая нередко подается в качестве невротоза. В настоящее время подавляющее число психиатров относят ее к психопатиям. Все становится на свои места после небольшого исторического экскурса. Так, известно (А. М. Свядоц, 1982), что в начале XX века Пьер Жане выделил из невротоза заболевание, характерным признаком которого считал явление навязчивости и назвал его психастенией (от слов психическая астенция). Термин стал широко применяться во французской и отечественной литературе, в то время как в немецкой в качестве синонима употребляли термин “невротоз навязчивых состояний”. Постепенно и в отечественной литературе психастению начали называть невротозом навязчивых состояний. Вместе с тем и до настоящего времени А. М. Свядоц (1971, 1982) считает целесообразным использовать диагноз “психастения” для обозначения невротоза навязчивых состояний, который развивается у психастеноидных психопатов, в то время как психопатию со сходными клиническими проявлениями он предлагает называть психастенической психопатией. В отечественном и совместном с иностранцами руководствах по психиатрии психастения как психопатия идет соответственно под рубрикой “психастенический” тип психопатии (А. Б. Смулевич, 1983) и “тормозимый” тип психопатии (Б. В. Шостакович, В. Ф. Матвеев, 1988). Последняя нозологическая рубрика более собирательна, так как объединяет патологические личности, в структуре которых ведущее место занимают астенические, психастенические и шизоидные патохарактерологические проявления, а астенический тип психопатии, в отличие от шизоидного, в приводимой Б. В. Шостаковичем и В. Ф. Матвеевым классификации отдельно не выделяется.

При анализе подходов к пониманию психогенных сексуальных расстройств (попытка отнести к ним дисфункции, обусловленные органическими церебральными поражениями, не обсуждается нами, так как не выдерживает ни малейшей критики) обращает на себя внимание тенденция ряда авторов причислял» к ним не все расстройства, обусловленные различными психическими заболеваниями, а только такие, которые являются следствием психогенных нарушений психики. Указанный подход, в частности, в значительной мере присущ С. С. Либиху (1969).

По нашему мнению, упомянутый подход более правомерен. Психогенным сексуальным расстройством, по-видимому, не может быть признано такое, которое обусловлено, например, шизофренией, т. к. данное заболевание не является психогенным, хотя в ряде случаев речь может идти о психогенной провокации шизофренического манифеста или очередного обострения названной патологии. В рассматриваемом плане целесообразно придерживаться психиатрической традиции, согласно которой к психогенным психическим заболеваниям относят неврозы и реактивные психозы (А. А. Портнов, Д. Д. Федотов, 1971). Вместе с тем психогенные сексуальные дисфункции (этот термин может быть признан более широким, чем психогенные сексуальные расстройства, так как он менее сопряжен представлением о наличии патологии) могут наблюдаться при различных, подчас даже неосознаваемых, психогенных влияниях, непосредственной мишенью которых является как сексуальная сфера, так и зона межличностных отношений сексуальных партнеров, которая, в свою очередь, может быть лишь передаточным звеном неблагоприятных воздействий более высокого иерархического регистра (социогенные влияния). Поэтому психогенные сексуальные дисфункции не ограничиваются только рамками психогенных психических заболеваний, а могут наблюдаться и у совершенно здоровых мужчин, например, при сексуальных дисгармониях, обусловленных психологической и социально-психологической дезадаптацией партнеров. Причиной таких дисфункций может стать и поведение женщины во время интимной близости, например, выражающее безразличное или неприязненное ее отношение к сексуальному контакту.

Психогенные сексуальные дисфункции могут быть и реакцией на неблагоприятные или непривычные условия проведения интимной близости и т. д.

По нашему мнению, целесообразно различать психогенные сексуальные расстройства в узком и широком смысле этого понятия. К первым из них следует относить такие, которые развились вследствие непосредственной психотравматизации сексуальной сферы (упреки и ссоры на сексуальной почве, специфические ятрогенные воздействия и т. д.), а

также “пространства” межличностных и сексуально-эротических отношений партнеров, и действия внешних помех при осуществлении интимной близости. К упомянутым расстройствам следует причислять не только те нарушения, которые обусловлены актуальными, ныне действующими неблагоприятными психогенными факторами, но и дисфункции, являющиеся результатом влияния указанных факторов в прошлом. Это могут быть, например, последствия сексуальных психотравм в детском и более позднем-возрасте, включая различные неблагоприятные воспитательные и средовые воздействия, а также различные, паторефлекторные фиксации (Д. Л. Буртянский, В. В. Кришталь, 1974; Г. С. Васильченко, 1977; К. Imieliński, 1986). К числу психогенных сексуальных расстройств в рассматриваемом смысле следует отнести и сформировавшиеся в результате суммации неблагоприятных психогенных воздействий условно-рефлекторные (кондиционные) формы перверсий. Сексуальные же нарушения, которые возникают, например, при неврозах, обусловленных производственной психотрауматизацией, могут быть названы сексуальными дисфункциями при психогениях или признаны психогенными сексуальными расстройствами в широком смысле данного понятия.

Анализ приведенных трактовок психогенных сексуальных расстройств, а также сексуальных нарушений с различными более или менее близкими наименованиями показывает, что синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи является их неотъемлемой частью. Вместе с тем со всей определенностью следует заявить, что этот синдром не ограничивается только рамками истинно психогенных сексуальных дисфункций. Его можно наблюдать при непсихогенных психических заболеваниях и аномалиях развития личности (например, шизофрении, психопатиях). Таким образом, названный синдромом не может быть причислен исключительно к категории психогенных нарушений при рассмотрении его с позиций, традиционных для психиатрической дифференциации.

Кроме этого, следует отметить, что синдром тревожного ожидания неудачи занимает в иерархической диагностической лестнице лишь положение синдрома и ни в коем случае не должен идентифицироваться с какой-либо нозологической единицей. Кардинальной характеристикой указанного синдрома является наличие тревожного ожидания неудачи, максимально проявляющегося в обстановке интимной близости. Не каждый больной с половым расстройством является носителем упомянутого синдрома, так как мужчина с каким-либо сексуальным нарушением может прогнозировать неудачу и даже наверняка быть уверенным

в некачественном половом контакте, но при этом не испытывать в обстановке интимной близости беспокойства по указанному поводу.

1.2. Механизмы развития психогенных сексуальных нарушений, синдрома тревожного ожидания неудачи и его клинические проявления

В специальной литературе имеются различные патогенетические трактовки психогенных сексуальных расстройств. Обобщая, можно выделить четыре группы концепций; психоаналитические, бихевиориальные, экзистенциальные, взаимодействия (К. Imieliński, 1986).

Изучение работ, в которых возникновение сексуальных расстройств рассматривается с позиций психоанализа (J. Sadger, 1923; W. Layman, 1972; L. Bieder, 1974; J. Marmor, 1976; B. Winid, 1978; V. Frick-Bruder, 1979; J. Karacan, C. A. Moore, 1982; R. Greenson, 1986), показывает, что можно выделить их следующие патогенетические механизмы. Так, сексуальные нарушения нередко объясняют исходя из известного положения З. Фрейда об Эдиповом комплексе (S. Freud, 1925, 1989) и связывают их с особенностями во взаимоотношениях, возникающих между мальчиком и родителями на определенном возрастном этапе, именуемом Эдиповым периодом. В связи с этим называют такие факторы, как опасение родителей противоположного пола в отношении возникновения сексуальных реакций у детей по отношению к ним и замечания матерей, направленные на табуирование эрекции сына. Указывают также на состояние сексуальной конкуренции родителей со своими детьми одноименного пола, результатом чего является такое воспитание, когда грядущие половые отношения рассматриваются как нечто угрожающее. Обвиняют и подсознательный страх пациентов, связанный с Эдиповым комплексом, когда нарушения эрекции рассматриваются как результат подсознательного восприятия супруги в качестве объекта, с которым должна существовать эмоциональная, а не сексуальная близость. Называют и неразрешенные конфликты фаллическо-эдиповой стадии, когда характерный для этого периода, детский страх кастрации не преодолевается, как при нормальном развитии, а сохраняется и переносится на женские половые органы, символизирующие мать. Неосознанное опасение, что член может быть отрезан во влагалище, ведет к нарушению эрекции и уклонению от совокупления, которое рассматривается как опасное. Указывают также на бессознательное чувство вины кровосмешения и боязнь кастрации при чрезмерно тесных отношениях со своими обольстительными матерями. В тех же случаях, когда мать больше воспринимается как могущественная и требователь-

ная, чем любящая, результатом может быть восприятие вагины как ненасытной или наказующей, что приводит к возникновению страха перед половым актом (отец в таких случаях выполняет подчиненную роль в семье или его вообще нет). Половые расстройства в психоанализе рассматриваются и как следствие чувства вины и как результат попыток избежать проявлений неосознаваемых садистических наклонностей. Указанные расстройства также объясняются неосознаваемой мужчиной боязнью женщин или же ощущением своей сексуальной неполноценности. R. Green (1985) отмечает, что помимо ориентации, сосредоточивающей свое внимание при объяснении расстройств эрекции на Эдиповом комплексе, есть и другая психоаналитическая ориентация, согласно которой причины болезни нужно искать в нарушении межличностных отношений (D. Hastings, 1971; L. Salzman, 1972; H. S. Kaplan, 1974; H. Gill, J. Temperlay, 1974). В этих случаях расстройства эрекции рассматриваются как проявление враждебности по отношению к партнерше. Пример такого подхода можно найти в публикации M. S. Mimoun (1984), в которой рекомендуется при диагностике сексуальных расстройств делать попытки к обнаружению враждебности между партнерами, поскольку супружеская пара — “особое место”, где со всей силой осуществляется проекция родительских образов (R. Porto, G. Abraham, 1978).

Помощь в осмыслении сексуальных расстройств с психоаналитических позиций может оказать гипноз, который облегчает доступ к неосознаваемому психическому материалу. Так, H. Deabler (1976) предложил больному с расстройством эрекции в состоянии гипноза представить себя в интимной ситуации со своей женой и, используя идеомоторную технику, установил связь с воображаемыми образами, по-видимому, возникающими у пациента в связи с его сексуальным поведением. В результате были установлены индикаторы торможения половой активности. Обнаружены три слоя факторов подсознания, оказывающие угнетающее воздействие на половую функцию. Первый слой — яркие воспоминания о наказании за мастурбацию, которое налагалось на него матерью, второй — яркие юношеские воспоминания о том, как мать рьяно прививала взгляды о порочности половой жизни и строго предостерегала, чтобы он избегал девушек. Третьим слоем был подавленный образ памяти, как он, будучи юношей, представлял свою мать обнаженной. Следует отметить, что между его женой и матерью было очень близкое внешнее сходство.

Бихевиориальные концепции объясняют происхождение сексуальных расстройств, исходя из положения, что все формы поведения являются приобретенными, а следовательно, подчиняются законам научения.

Нарушения поведения являются ничем иным, как следствием отсутствия обучения правильным, желательным формам поведения или результатом научения неправильным формам поведения или нежелательным навыкам. Обучение такому поведению происходит прежде всего в ситуациях, сопровождающихся страхом, испугом или в конфликтных ситуациях. Современная теория, касающаяся психологического базиса сексуальных нарушений и терапии, основывающаяся на бихевиориальном подходе, была представлена W. H. Masters, V. E. Johnson (1970), H. S. Kaplan (1979) и другими специалистами в области сексуально-поведенческого тренинга. Их основным вкладом явилось признание сексуальной дисфункции скорее как проблемы поведения, чем как симптома серьезной психопатологии. В качестве примера нарушений, обусловленных воздействием поведенческих факторов, можно привести паторефлекторную форму расстройства потенций (В. В. Кришталь, 1975) и патологические сексуальные стереотипы, обусловленные многолетней и систематической мастурбацией (Г. С. Васильченко, 1956, 1977; Г. С. Кочарян, 1985; К. Imieliński, 1972). К формируемым бихевиориально расстройствам могут быть также отнесены все парафилии, возникающие условно-рефлекторным путем. Редкий случай поведенчески сформированного расстройства описан La Femina (1977). Его проанализировали J. Godlewski и M. Szalankiewicz (1984). Речь идет о мужчине с сексуальным нарушением которое удалось ликвидировать, используя в качестве одного их главных компонентов лечения непристойные названия мужских и женских половых органов. Они произносились партнершей или были записаны на магнитофонную ленту. Эффективность лечения доказала прочную ассоциацию между половым возбуждением и указанным вербальным материалом.

Экзистенциальные концепции наибольшее внимание уделяют проблемам, связанным с сознательным существованием человека. Образ мира и сознание собственной личности определяют поведение человека, тесно связанное с этими представлениями. Источником нарушений является конфликт между собственными оценками окружающего мира и суждениями о нем и оценками и осуждениями о нем других людей. Расстройства возникают в результате принятия навязанных другими людьми оценок и ценностей, не соответствующих собственным взглядам. В такой ситуации специфической формой существования становятся отклонения от нормы, а достижению зрелости препятствуют трудности в реализации собственных потенциальных возможностей (К. Imieliński, 1986).

Концепции взаимодействия (М. Р. Satir, Z. Hoch, 1978) основное внимание уделяют процессам, происходящим не в самом человеке, а

возникающим в результате его взаимодействия с другими людьми. Расстройства возникают в результате длительно существующего несоответствия между содержанием передаваемой информации и ситуационным контекстом, что затрудняет получение внешней информации и правильную оценку собственных мыслей и переживаний. Важное значение при этом имеет нарушение процесса коммуникации, наблюдающееся во взаимоотношениях с людьми, имеющими большую ценность и значимость для человека, причем особенно важную роль играет нарушение невербальной коммуникации (К. Imieliński, 1986).

Н. S. Kaplan (1979) предлагает одну многоступенчатую концепцию этиологии психогенной сексуальной дисфункции. Боязнь (или безразличие, гнев и другие сильные аффекты) расценивается в качестве непосредственной предпосылки дисфункции, включая гиполибидемию или алибидемию, нарушение эрекции или же расстройство оргазма. Случаи боязни классифицируются в зависимости от глубины психического уровня. Непосредственные предшественники боязни временами являются “вершиной айсберга”, основанием которого служат более глубокие бессознательные конфликты. Количество концептуальных уровней или глубин предшественников, является произвольным и оценивается качественно. Различают три таких уровня: поверхностный, средний и глубокий. К поверхностному относятся нереалистические сексуальные ожидания, “зрительное наблюдение” при управлении собственными сексуальными реакциями, а также контролирование ответных реакций партнера, боязнь выполнения полового акта, умеренные затруднения супружеского взаимодействия временные ситуационные проблемы, обусловленные невозможностью уединения, неправильной информированностью или невежеством, пережитки порожденного воспитанием чувства вины. В поверхностном уровне боязнь выполнения полового акта является наиболее часто называемым причинным фактором, непосредственно обуславливающим нарушение эрекции (J. Wolpe, 1958; A. J. Cooper, 1969; W. C. Lobitz, J. LoPiccolo, 1974; Н. S. Kaplan, 1979). А. J. Cooper (1969), который обследовал 46 молодых мужчин с эрекционными и эякуляторными нарушениями предположительно психогенного происхождения, подчеркнул, что в 56% наблюдений преимущественно был представлен страх неудачи. Опасение показаться сексуально неполноценным и подвергнуться насмешкам со стороны партнерши были отмечены соответственно у 44 и 40% обследованных. Относящиеся к среднему уровню предпосылки боязни включают страх интимной ситуации и совершения полового акта, страх потерять контроль над собой, беспокойное ожидание успеха или неудачи, серьезные супружеские конфликты, отсутствие взаимопонимания или влечения к партнеру и

более глубокий страх отказа. Обычно бессознательные, эти предпосылки коренятся в религиозных и культурных табу, впечатлениях детства или серьезных трудностях супружеского взаимодействия. Глубокий уровень предпосылок боязни включает серьезные затруднения во взаимоотношениях и более обширные интрапсихические конфликты, вероятно, коренящиеся в факторах раннего развития, например, конфликтах во взаимоотношениях между родителями, кровосмешении или травмирующих психику впечатлениях (D. H. Wallace, L. G. Barbach, 1974). Следует отметить имеющиеся в литературе противоречивые данные в отношении оценки влияния травматического сексуального анамнеза на интимную проблематику. Так, если D. Hogan (1978) утверждает, что не существует научных данных, на основании которых можно предположить, что у людей с указанными проблемами более травматический сексуальный анамнез, то исследования F. McCall-Perez (1986) свидетельствуют об обратном.

Особо значимым фактором, способствующим возникновению психогенных сексуальных расстройств (мнимых и истинных) у мужчин, является боязнь последствий онанизма, влияние которого на психику и соматическое состояние получило адекватную оценку лишь в сексологической литературе последних десятилетий (Г. С. Васильченко, 1977; К. Imieliński, 1972; S. Schnabl, 1983 и др.). Большое влияние онанофобических установок становится тем более очевидным, что по данным многочисленных опросов мастурбация у мужчин имеет чрезвычайно широкое распространение (И. С. Кон, 1988; A. Kinsey et al., 1948; К. Imieliński, 1972; V. Sigusch, G. Schmidt, 1973; U. Clement, 1986 и др.).

Необходимо отметить, что в поисках этиологии нарушений эрекции в рассмотрение вовлекались самые различные личностные факторы. В качестве таких причин предполагались чувство собственной неполноценности и чрезмерная чувствительность к критике в свой адрес (E. Gutheil, 1959). Сообщалось, что мужчины с психогенными нарушениями эрекции чрезмерно застенчивы, послушны, замкнуты и чувствительны к критике, особенно в отношении своего телосложения (el-Senoussi et al., 1959). В другом исследовании А. Cooper (1967) установил, что наиболее распространенным типом личности мужчины с психогенными нарушениями эрекции был тип с истерическими отклонениями, часто проявляющий себя незрелым, требующим к себе внимания, поведением которого легко управлять. Нарушение потенции в этих случаях рассматривалось как следствие “карательного” стиля поведения, принятого между супругами. Вместе с тем С. Т. Агарков и Н. К. Липгарт (1983) отмечают, что хотя в клинике истерического невроза наблюдается быстрое переключение психического на соматиче-

ское и истерическая симптоматика направлена на тех лиц, которых больной считает виновниками своих неудач, однако нарушения потенции, по их мнению, у данного контингента больных наблюдаются очень редко. Это авторы объясняют высокой престижностью нормальной потенции в обиходных представлениях и тем, что механизм, “условной приятности” болезни не затрагивают “безусловно приятные” сексуальные отношения. Поэтому, по их утверждению, реакции ожидания неудачи при истерии практически не встречаются. Однако все это не исключает нарушений потенции по истерическим механизмам при конфликте в сфере интимных, отношений или в качестве орудия “эмоционального шантажа” супруги при межличностных коллизиях. О влиянии личностной predisпозиции на возникновение сексуальных проблем и стиль половой жизни свидетельствуют исследования Айзенка (Н. J. Eysenck, 1976; Н. J. Eysenck, G. Wilson, 1979), которые, в частности, вскрывают тот факт, что сдержанные и заторможенные интроверты тяготеют к более индивидуализированным тонким и устойчивым отношениям, что часто сопряжено с психологическими проблемами и трудностями.

I. Кагасан, С. А. Моогс (1982) рассматривают важный вопрос о том, почему такой неспецифический фактор, как боязнь, у одного человека ведет к Нарушению сексуальных функций, а у другого — к иным расстройствам. В связи с этим авторы приводят одну из гипотез, согласно которой каждый индивидуум реагирует на неспецифический стресс специфически, что зависит от его природы и развития. Согласно указанной гипотезе, у мужчины может возникнуть нарушение эрекции в ответ на стресс, если он воспитывался в семье с конфликтующими между собой родителями и строгими моральными устоями, имел соблазнительную мать и слабого отца, которые вызывали у него чувство вины кровосмешения или подвергали его наказанию за мастурбацию, а в настоящее время его не поддерживает партнерша или же он страдает от венозной, артериальной или какой-либо другой физической аномалии гениталий. Как указывалось нами ранее, синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи в большей части случаев может быть отнесен к психогенным сексуальным расстройствам. Однако ряд его форм, обусловленных, например, психопатиями и шизофренией, выходит за рамки указанных расстройств.

В литературе нашли отражение различные патогенетические трактовки упомянутого синдрома, который нередко фигурирует под названием “невроз ожидания неудачи”. Объясняя механизмы развития сексуальных расстройств при этом синдроме, авторы, как правило, прибегают к физиологическим и клиническим трактовкам.

Н. В. Иванов (1966), характеризуя психогенную импотенцию вследствие преобладания тормозных моментов, мешающих реализаций полового акта при сохранности полового влечения, описывает клинические проявления, которые, по всей видимости, в части случаев можно отнести к синдрому тревожного ожидания неудачи, хотя в авторском тексте такое диагностическое словосочетание отсутствует. Так, он подчеркивает, что наиболее характерным для этой формы сексуального расстройства является исчезновение напряжения члена в самый ответственный момент, что сочетается с сохранностью спонтанных, эрекций.

И. М. Порудоминский (1968), описывая разновидность кортикальной импотенции, которую он объясняет торможением эрекционной функции, указывает, что при торможении эрекционного центра, как правило, страдают адекватные эрекции. Вместе с тем спонтанные эрекции часто сохранены и нарушаются лишь при чрезмерной фиксации пациента на половых органах и его постоянной настороженности. Ночью больным могут сниться нормальные половые акты, что сопровождается хорошим напряжением члена, оргазмом и семяизвержением (поллюцией), а в случае чрезмерного гиперконтроля эрекций последние страдают и при эротических сновидениях. Автор отмечает, что причины, способствующие усилению тормозных влияний коры головного мозга на половые центры, весьма многочисленны. Среди них он, в частности, называет различного рода фобии, в том числе и боязнь неудачи. И. М. Порудоминский указывает, что торможение эрекционной функции порой по ничтожному поводу может развиваться у больных психастенией вследствие того, что нередко только при одном представлении о возможности полового акта у них возникают постоянные сомнения, страхи и неуверенность в своих половых способностях. Характеризуя кортикальную импотенцию с повышением возбуждающего влияния на половую функцию, автор отмечает, что в возникновении преждевременного семяизвержения кортикального происхождения может играть роль и боязнь неудачи.

В. Д. Кочетков (1968) также сообщает, что “психастенический невроз” может стать причиной кортикальной импотенции с торможением половой функции. Патогенетическую основу последней автор объясняет свойственной психастении легкостью развития тормозного процесса и его инертностью. Торможение эрекционной, реже — эякуляторной функции возникает у этих больных по каждому ничтожному поводу. Отсюда у них только при одном представлении о возможности полового акта возникают постоянные сомнения и страхи, например, боязнь неудачи, постоянная неуверенность в своих половых способностях. Физиологическую основу навязчивых сомнений относительно реализации

полового акта, как указывает автор, следует усматривать в наличии двух конкурирующих очагов возбуждения в коре головного мозга, из которых один, связанный с опасением (“больной пункт”), индукционно тормозит другой, обуславливающий отправление половой функции. Следует отметить, что как И. М. Порудоминский, так и В. Д. Кочетков полагают, что боязнь неудачи может привести и к торможению эякуляции.

И. Я. Дашевский (1969), обследовавший 127 мужчин с синдромом коитофобии, предложил выделять полную и парциальную коитофобию. При полной — больной испытывает страх перед совершением полового акта с любой женщиной, а при парциальной — только с определенной. По мнению названного автора, целесообразно также различать коитофобию дебютантов и лиц, ранее живших половой жизнью. Помимо этого, упомянутый автор показал, что у лиц с выраженными истероидными чертами характера коитофобия развивается обычно как следствие сексуального срыва. Варианты коитофобии в данной группе крайне разнообразны и их развитие носит преимущественно острый характер. Среди пациентов указанной группы часты случаи парциальной коитофобии. У мужчин с психастеническими чертами характера коитофобия развивается в силу присущей им склонности к повышенной тревоге и сомнениям неуверенности в своих силах, которые за счет психотравмирующих обстоятельств оказываются доминирующими в области сексуальной сферы. Обычно опасения таких больных носят умозрительный характер и часто связаны с отсутствием должной сексуальной культуры. Среди этой группы пациентов формируется преимущественная часть дебютантной коитофобии. Особую группу составляют больные с вялотекущим шизофреническим процессом и шизоидными чертами характера. Коитофобия проявляется у них в неопределенных опасениях по поводу протекания полового акта, его качества, правильности поведения и адекватности ощущений при нем. Для их переживаний характерен ипохондрический налет и разнообразные сенестопатии в области половых органов. В то же время, как отмечает И. Я. Дашевский, данные субъективного и объективного анализа часто не позволяют обнаружить у этих лиц истинную сексуальную недостаточность.

П. И. Загородный (1970), описывая нарушения сексуальных функций при неврозах и реактивных состояниях у мужчин, отмечает, что среди обследованных им больных преобладали “синдромы импотенции”, развившиеся по механизму навязчивого страха, боязни и неуверенности, что приводило к нарушению либидо, эрекции и оргазма у 9/10 от общего количества больных психастенией. У остальных пациентов,

где имели место и эякуляторные расстройства, также отмечались вегетативные нарушения с преобладанием рефлекторной возбудимости симпатического отдела. Больные неврозом навязчивости, как отмечает автор, представляют более разнородную группу по сравнению с психастенией. Клиническая картина у этих больных характеризуется моносимптомностью — ярко выраженным страхом перед интимной близостью. Механизм развития сексуальных расстройств при неврозе навязчивых состояний тот же, что и при психастении. В их основе лежат страх и чувство неуверенности. Развитие боязни оказаться наедине с женщиной автор связывает с патологической инертностью торможения.

И. М. Аптер (1972) считает одной из причин психогенной импотенции различные страхи. При наличии боязни перед половой близостью обычно тормозится эрекционный рефлекс. Описывая больных с истерическим неврозом, он отмечает, что для них характерна повышенная аффективность, эмоциональная лабильность с резкими колебаниями настроения, повышенная внушаемость. На такой почве случайная неудача при интимной близости приобретает особое значение для больного, склонного к преувеличению и гиперболизации незначительных ощущений и переживаний. Вследствие повышенной внушаемости и самовнушаемости он при приближении полового акта побаивается повторения неудачи. Характеризуя больных психастенией, автор отмечает, что главными особенностями их психики являются нерешительность, неуверенность, сомнения во всем. У таких пациентов минимальное сомнение, мысль о том, что “вдруг не получится, как надо”, может привести к нарушению половой функции. Это автор объясняет тем, что при рассматриваемом заболевании функции подкорки и первой сигнальной системы развиты меньше, чем второй сигнальной системы. Поэтому какое-либо сомнение, обусловленное возбуждением деятельности второй сигнальной системы, может легко затормозить половую функцию, связанную, по мнению И. М. Аптера, в основном с деятельностью первой сигнальной системы и подкоркой как энергетическим источником. Поэтому у такого больного может легко развиться половая слабость. Описывая невроз навязчивых состояний, И. М. Аптер (1972) отмечает, что у больного с указанным заболеванием может существовать навязчивая мысль, что он окажется сексуально несостоятельным даже тогда, когда у него нет полового расстройства. При упомянутом неврозе осуществляется постоянная борьба больного с навязчивостью. Пациент может понимать, что у него нет половой слабости, однако навязчивая мысль об этом не оставляет его в покое.

Л. Я. Мильман (1972), характеризуя невротические расстройства, отмечает, что у больных психастенией (так он называл невроз навязчи-

вых состояний) подчас отмечается коитофобия. Характеризуя различные нарушения семяизвержения, автор, в частности, отмечает, что некоторые больные прямо указывают на наступление у них преждевременного семяизвержения при половом акте в том случае, когда они только подумают о такой возможности.

А. М. Свядоц (1982), описывая невроз ожидания, который он считает особым видом невроза навязчивых состояний (ранее автор выделял его как самостоятельную форму невроза), отмечает, что импотенция у мужчин, проявляющаяся в исчезновении эрекции в “самый ответственный момент”, вызванная тревожным ожиданием неудачи, является одной из самых частых форм этого заболевания. Течение невроза ожидания, по мнению автора, обычно благоприятное. Однако иногда оно может оказаться очень мучительным и длительным (держится годами). Описывая формирование этого невроза, автор отмечает, что чаще всего он возникает у молодых людей после двух-трех неудачных попыток начать половую жизнь. Причины неудачи могут, быть различными: неопытность молодого человека, плохо ориентирующегося в расположении женских половых органов, повышенная возбудимость, ведущая к наступлению семяизвержения еще до введения полового органа, онанофобия, состояние алкогольного опьянения, длительное сопротивление девушки и т. д. Первая неудача обычно вызывает лишь чувство насто-роженности, но если за ней следуют новые неудачи, то возникает глубокая тревога и боязнь потерпеть фиаско (“опозориться”). При онанофобии эта боязнь может возникнуть и до начала половой жизни. Автор подчеркивает, что невроз ожидания неудачи чаще всего возникает у тревожно-мнительных лиц. Наличие слабой половой конституции также предрасполагает к его возникновению. Он подчеркивает, что часто наблюдал его у молодых людей с крупными половыми органами, создававшими дополнительные трудности при попытке дефлорации. В дальнейшем их сексуальные функции нормализовывались. Невроз ожидания, как отмечает А. М. Свядоц (1982), может явиться причиной избирательной импотенции по отношению к определенной женщине. Также он описывает случай, когда один мужчина при встрече с каждой . новой партнершей волновался, опасался неудачи и поэтому первый половой акт провести с ней не удавалось. Вместе с тем в последующие дни его половая функция полностью нормализовывалась. Описывая клинические проявления невроза ожидания неудачи, автор отмечает, что, помимо расстройств эрекции, речь может идти об эякуляторных нарушениях. Так, в частности, называется ускоренное семяизвержение, которое, возникнув по различным причинам, может сохраняться и после того, как вызвавшая его причина устранена, так как оно поддер-

живается тревожным ожиданием неудачи. Помимо преждевременной эякуляции, как считает автор, невроз ожидания неудачи может приводить к появлению психогенной анэякуляции.

Г. Г. Корик (1973), понимая психастению как невроз навязчивых состояний у психастеноидных психопатов, отмечает, что у этих больных сексуальная активность находится на нижней границе нормы или даже угнетается более значительно. При неосложненной психастении снижено половое влечение, ослаблены эрекции и сила оргастических ощущений. В связи с этим больные часто фиксируют внимание на половой сфере. Возникает навязчивое состояние неуверенности в своих мужских способностях или страх неудачи. Фиксация внимания на половой сфере и фобия по условнорефлекторному механизму еще более тормозят половую функцию. Данное торможение характеризуется особой стойкостью, поскольку все условнорефлекторные связи у психастеника отличаются патологической устойчивостью. Следует зафиксировать внимание и на высказываниях автора по поводу полового влечения у больных с психогенными сексуальными расстройствами. По его мнению, снижение либидо встречается у данной категории пациентов довольно редко, что контрастирует с активно выявляемыми у них жалобами. Это автор объясняет абстрактным характером понятия “половое влечение” по сравнению с понятиями “эрекция” и “эякуляция”, которые достаточно конкретны и однозначны. В связи с этим больной, который просто боится провести половой акт из-за предшествующих неудач, часто говорит, что у него снижено влечение. Наши исследования свидетельствуют о том, что дело обстоит далеко не так однозначно.

И. А. Мизрухин (1967) в своей публикации, посвященной сексуальным расстройствам при неврозах, отмечает, что у больных истерией в случае нескольких “фиаско” могут развиваться истерические фобии, легче преодолеваемые по сравнению с психастеническими. Обычно у них отсутствует мучительное переживание по поводу своей неполноценности, подобное тому, что наблюдается у психастеников. Позиция этих лиц по отношению к своей болезни содержит черты инфантильных оценок, стремление обвинять партнера, поверхностное переживание болезни. Неудачи у больных истерией, как полагает автор, возникают вследствие того, что представления об интимной близости и яркие сексуальные фантазии, связанные с ними, оказывают на пациентов значительно более сильное действие, чем присутствие реального объекта. Характеризуя сексуальную проблематику при психастении, автор отмечает, что больной переживает предстоящую сексуальную встречу не в чувственном воображении, а в мыслях с фобическими установками. Интимная близость носит для него характер экзамена, в провале кото-

рого он не сомневается. Фобическая установка и сомнения, размышления о неизбежной неудаче, страх последствий “провала” ведут к отказу психастенической личности от испытания себя. По своей природе, как считает автор, страдающий психастенией — однолюб, ибо только в привычной обстановке, при любовном и покровительственном отношении партнерши у него ослабевает переживание страха. После удачного полового сношения половая жизнь больного психастенией налаживается, но его никогда не покидают сомнения в своей полноценности, чувство вины и стыда, опасение, что жена не испытывает удовлетворения из-за его слабости. Описывая сексуальные расстройства при неврозе навязчивых состояний, автор отмечает, что особенности половых расстройств при этом заболевании зависят от выраженности основной симптоматики. Так, при большой интенсивности обсессивных переживаний интерес к половой жизни падает и половое влечение снижается. Особенно затруднена половая жизнь при фобиях. У ряда больных можно было наблюдать сексуальные расстройства, непосредственно связанные с содержанием навязчивых переживаний. В других случаях тяжесть синдрома навязчивости не мешала половой жизни и больные после полового акта испытывали временное уменьшение проявлений навязчивостей.

О. З. Лившиц (1969) в публикации, посвященной особенностям сексуальных расстройств, развившихся в молодом возрасте, показал, что для части больных они были неожиданностью, в то время как другие заранее шли на близость с чувством тревоги и опасения в отношении своих возможностей совершить нормальный половой акт. Неуверенность в сексуальном благополучии в этих случаях объяснялась онанофобией, тревожными опасениями лиц с психастеническими чертами характера, сравнением эрекций (как спонтанных, так и адекватных), имеющих на данный момент, с эрекциями, которые наблюдались в прошлом (например, с эрекциями периода юношеской гиперсексуальности).

Г. С. Васильченко и С. А. Овсянников (1978) отмечают, что в практической сексопатологии редко встречаются больные, у которых не удастся выявить таких проявлений навязчивости, как страх неудачи, опасение потерпеть “фиаско” при половой близости. Эти навязчивые страхи (фобии) в ряде случаев появляются спонтанно, аутохтонно даже еще до начала половой жизни. Внешние факторы, являющиеся пусковым механизмом для развития подобных страхов и опасений, также могут иметь место и быть различными. Однако, как отмечают авторы, общим правилом в таких случаях является то, что подобного рода расстройства развиваются у лиц с чертами психастеничности, тревожной мнительности, склонных к повышенной фиксации на своем здоровье.

Часто причиной навязчивых страхов и опасений у тревожно-мнительных личностей являются превратные опасения о фатальных последствиях онанизма (онанофобия), что в далеко зашедших случаях приводит к развитию коитофобии. Авторы отмечают, что у пациентов сохраняется критика к фиксации на болезненных опасениях. Они стараются побороть их, но не могут избавиться от них усилием воли. В некоторых случаях подобного рода нарушения психики возникают и развиваются после действительных неудач при попытке к половой близости. Эти неудачи бывают и психологически понятны (например, отсутствие адекватной обстановки к проведению полового акта, негативное поведение женщины и др.), но, несмотря на такую “понятность”, может развиться стойкая сверхценная фиксация на мысли о своей половой неполноценности. По мнению авторов, у больных с сексуальными нарушениями, обусловленными навязчивыми страхами, при снижении адекватных эрекции спонтанные эрекции, как правило, не страдают.

С. И. Грошев (1967) для объяснения механизмов развития невроза ожидания неудачи опирается на учение о доминанте А. А. Ухтомского. По его мнению, в течение указанного невроза наблюдаются две фазы: экзальтация и смена доминант. Фаза экзальтации характеризуется возникновением дополнительного пункта возбуждения, проявляющегося страхом возможного повторения неудачи, который усиливает доминантный сексуальный комплекс и вызывает экзальтацию. Это выражается в ускоренном семяизвержении. При очень высоком тоне пункта “ожидания неудачи” возникает фаза смены доминант, проявляющаяся нарушением эрекции. Отмечается, что возможен и третий вариант, при котором симптоматика носит смешанный характер. Оценивая приведенную автором фазность изменений сексологической симптоматики, следует отметить, что в большинстве случаев с самого начала у больных с характеризуемой патологией отмечаются эрекционные нарушения.

Н. К. Липгарт и С. Т. Агарков (1983) отмечают, что ими было проведено детальное психопатологическое обследование 46 больных с синдромом ожидания неудачи. Установлено, что у 17 из них (36,9%) кроме этого основного синдрома имелись и другие системные нарушения, также развившиеся по механизмам “ожидания неудачи”. Авторы считают, что исходя из четкой ситуационной дезинтеграции инициальных этапов отдельных физиологических актов целесообразно рассматривать выявленные сопутствующие системные нарушения как сочетанные невротические реакции “ожидания неудачи”.

Синдром тревожного ожидания неудачи трактуется в числе других сексopatологических синдромов с первичным поражением сексуальной сферы в контексте теории функциональных систем П. К. Анохина

(С. Т. Агарков, 1984). Автор отмечает, что при повторных неудачах возникает неустраняемое рассогласование ожидаемого и реального результата деятельности. Это вызывает ряд адаптивных сдвигов в функциональной системе копулятивного цикла. Происходит активация акцептора результата действия, направленная на сличение программы и результата действия с целью коррекции отклонений в деятельности системы. Однако ориентировочно-исследовательская деятельность вступает в силовые отношения с процессом афферентного синтеза и подавляет его. На данном этапе половое расстройство, выступающее в качестве преграды, стимулирует деятельность по его устранению, что обуславливает активацию центральных механизмов гомеостаза и включает адаптивные поведенческие стереотипы. Неэффективность адаптивных мер вынуждает функциональную систему избегать областей усиленной потребности. Это приводит к перестройке акцептора результата действия. Вследствие данной перестройки отклонения в параметрах реализации полового акта становятся уже ожидаемыми, а ставшая ненужной гиперактивность адаптивных механизмов редуцируется и происходит частичная дезинтеграция системы (А. М. Вейн, 1981). В итоге наступает своеобразный компромисс или “амальгама” (Е. В. Шмидт, Ф. Б. Бассин, 1981) патологических и адаптивных механизмов (так называемое “устойчивое патологическое состояние” по Н. П. Бехтеревой, 1974).

В этой же работе (С. Т. Агарков, 1984) рассматриваются различные невротические срывы у мужчин при истинных и мнимых сексуальных расстройствах. Указывается, что клинические формы невротического срыва у мужчин с нарушением потенции представлены преимущественно острыми и затяжными неврастеническими и тревожно-фобическими невротическими реакциями и неврастенией. Другие формы невротических расстройств для данного контингента больных малохарактерны и возникают, как правило, под действием дополнительных психотравм. Подчеркивается, что вне зависимости от нозологической принадлежности в клинической картине невротических расстройств у мужчин с сексуальными нарушениями акцентируются обсессивные проявления, представленные преимущественно синдромом ожидания неудачи в интимной близости, а также аффективные астенические и соматические проявления. Показано, что у мужчин молодого возраста при переживаниях сексуальной несостоятельности преобладают тревожно-фобические невротические расстройства, а с возрастом нарастает удельный вес неврастенических расстройств, которые доминируют в период возрастного ослабления сексуальности.

А. В. Голобурда (1986) в публикации, посвященной некоторым вариантам течения половых расстройств, имеющих психогенное начало, отмечает, что при клинико-анамнестическом обследовании мужчин, обращающихся за сексологической помощью к врачу-сексопатологу, в ряде случаев выявляется психогенный дебют сексуального расстройства. Его причиной наиболее часто служит “внезапное” обнаружение больным своей половой “несостоятельности” (например, при изменении параметров копулятивного цикла, обусловленном сменой полового партнера или же вследствие физиологических колебаний сексуальности) с последующей неадекватной личностной реакцией на этот факт. В результате происходит быстрое формирование невротической реакции “ожидания неудачи” в интимной близости и возникает так называемая “психогенная импотенция”. Однако дальнейшая судьба этих больных различна. В частности, при изучении 50 пациентов с психогенным дебютом сексуального расстройства обнаружено, что в одних случаях (19 наблюдений) они практически отказались от дальнейших попыток к близости с женщинами или же предпринимали их крайне редко с целью “проверить” результат лечения. У данных больных на протяжении ряда лет сохранялся страх неудачи и интимной близости. В других случаях (31 наблюдение) пациенты с психогенным дебютом нарушения потенции не снижали половую активность и, несмотря на страх неудачи, настойчиво продолжали предпринимать попытки половой близости. У 10 из них в последующем наблюдалось спонтанное улучшение половой функции и отмечалась редукция прежних страхов, а в 21 наблюдении, несмотря на настойчивые попытки проведения близости, спонтанного улучшения сексуальных функций не происходило. Тем не менее по истечении некоторого времени страх неудачи в интимной близости уменьшался и у этих больных, постепенно трансформируясь в убежденность, что половой акт не удастся, и пациенты предпринимали попытки к близости совершенно спокойно, принимая очередную неудачу как закономерность. По-видимому, на данном этапе в этой группе больных, как отмечает автор, диагноз “психогенная импотенция” уже недостаточен.

В другой своей работе А. В. Голобурда (1987) рассматривает различные типы сексуальных расстройств с психогенным дебютом в зависимости от личностных черт и психопатологических расстройств. Указывается, что группа больных с психогенной импотенцией, характеризующейся ожиданием неудачи, далеко не однородна. Первая подгруппа пациентов — лица с психопатологической, в том числе и психотической, отягощенностью, которые с момента полового расстройства полностью отказывались от дальнейших попыток близости с жен-

щинами, а если и предпринимали их, то очень редко либо с целью “проверки” результатов лечения, либо по инициативе женщины. У большинства этих больных черты тревожной мнительности сформировались уже после возникновения полового расстройства и расценивались как одно из проявлений декомпенсации психопатии. Пациенты второй подгруппы являлись достаточно гармоничными личностями и лишь у части из них было выявлено заострение отдельных характерологических черт. В отличие от мужчин первой подгруппы они не снижали половую активность, несмотря на страх неудачи. У части из них происходило спонтанное улучшение половой функции и отмечалась редукция прежних страхов. У других же больных из этой подгруппы половая функция не улучшалась, однако страх неудачи редуцировался. Автор отмечает, что у лиц второй подгруппы чувство неуверенности и страх, неудачи не связаны с их характерологическими особенностями и могут расцениваться как ситуационная невротическая реакция. В заключение делается вывод о том, что психогенный дебют полового расстройства у мужчин нередко становится возможным и без наличия в их личностном преморбиде тревожно-мнительных черт. Их формирование (или же заострение) происходит уже после возникновения нарушения потенции и лишь при наличии явной преморбидной психопатологической, в том числе и психотической, отягощенности. Этот же; автор (А. В. Голобурда, 1986) рассматривает дифференциально-диагностические критерии разграничения нарушений потенций у мужчин при истерическом неврозе и психопатии истероидного круга. Он отмечает, что во втором случае решающее значение в возникновении нарушений потенции имеют характерологические особенности больных, затрудняющие приспособление этих лиц в быту и приводящие к конфликтам с сексуальным партнером, что усугубляет физиологические колебания сексуальности, способствует частым сексуальным абстиненциям и приводит к легкому формированию выраженных реакций “ожидания неудачи” в интимной близости по механизмам аутосуггестии. При психопатии истероидного круга, как правило, наблюдается психогенный дебют нарушения потенции. Реакции больных с истерическим неврозом на половые нарушения, как отмечает автор, в подавляющем большинстве случаев носят вторичный характер, клинически проявляясь в «мягкой» форме (в виде неуверенности в своих силах, опасений и т. д.) и являются адекватными. У психопатов истероидного круга реакция личности на факт “импотенции” является первичной, клинически ярко выраженной (вплоть до “коитофобии”) и, как правило, неадекватной.

А. И. Драновский (1987) считает целесообразным выделять в рамках невроза навязчивых состояний невроз ожидания эрекции в форме

анэрекциифобии и гипозэрекциифобии. В дальнейшем, как отмечает автор, может произойти титуляризация симптома и смена доминанты, т.е. присоединиться ускоренная эякуляция. Приведенные данные подтверждают наше мнение, что описанная С. И. Грошевым (1967) при неврозе ожидания неудачи динамика сексологической симптоматики может иметь совершенно другое направление. Вместе с тем нельзя не отметить неправомотность диагноза “невроз ожидания эрекции”, так как в таком случае, очевидно, следовало бы говорить и о неврозе ожидания ускоренного семяизвержения или даже анэякуляции, что никак не оправдано.

А. Т. Канделаки (1986) обследовал 28 больных преимущественно молодого возраста (21 больной до 30 лет). Все пациенты с первичным психогенно-реактивным поражением сексуальной сферы укладывались в разряд невроза навязчивых состояний ввиду наличия в клинической картине как начальных единичных проявлений навязчивых опасений в успешном осуществлении полового акта, так и стойких картин коитофобии с прекращением сексуальной активности. В то же время, как отмечает автор, особое тематическое содержание невротических расстройств с фиксацией на половой сфере, а также обязательная констелляция личностных и сексологических характеристик дают возможность отнести эти случаи невроза к особой группе фобического невроза с сексуальной тематикой. Развитию фобического невроза с сексуальной тематикой при наличии сексуально значимых психогенных факторов особенно часто способствовали личностная астеническая акцентуация и индивидуальная сексологическая предрасположенность (слабая половая конституция). С учетом различных комбинаций преморбида (личностного и сексологического), психогенных факторов (сексуально значимых), своевременности обращения больных за адекватной помощью, а также обратимости сексуальных нарушений выделены два варианта течения фобического невроза с сексуальной тематикой: благоприятный и затяжной. Благоприятное течение автор отмечал у незначительного числа больных. Клиническая картина в этом случае исчерпывалась невротическими реакциями, онанофобическими переживаниями. Обратное развитие невротической симптоматики наступало в короткие сроки с восстановлением половой активности, соответствующей типу половой конституции. Динамика расстройств при затяжном варианте фобического невроза с сексуальной тематикой характеризовалась нарастанием явлений с навязчивым ожиданием неудачи, коитофобией.

А. Т. Канделаки и Э. Г. Гвишиани (1990) с целью выявления влияния сосудистого фактора в происхождении эректильной импотенции у больных “неврозом ожидания неудачи” обследовали 46 мужчин, которым был установлен этот диагноз. В качестве контрольной группы были

обследованы 50 здоровых добровольцев, не предъявлявших жалоб на эректильную дисфункцию. Антологическое обследование включало интракавернозное папавериновое тестирование и ультразвуковую доплерографию артерий полового члена. В результате обследования у 37 из 46 больных неврозом ожидания неудачи выявили пограничную сосудистую патологию полового члена (80,4%). 42 человека из этой группы (91,3%) были курильщиками. Среди 50 добровольцев контрольной группы пограничную сосудистую патологию обнаружили у 31 (62%), 29 (94%) из них были курильщиками. Авторы приходят к заключению, что бальным неврозом ожидания неудачи обязательно следует проводить ангиографическое обследование, так как, по их предположению, пограничная сосудистая патология полового члена является одним из факторов, снижающих порог резистентности личности к психосексуальным стрессовым воздействиям.

R. Green (1985), ссылаясь на литературные данные, отмечает, что страх неудачи, возникший после единичного эпизода нарушения, эрекции, может приводить к длительному периоду ухудшения половой функции, что следует трактовать уже как "страх выполнения". Этот последний, в свою очередь, является причиной еще большего числа эпизодов нарушения эрекции и таким образом возникает самоподдерживающийся порочный круг страха и нарушений половой функции. Как отмечают J. Terregman и H. Terregman (1970), страх неспособности совершения полового акта является сильнейшим из известных одерживающих средств, мешающих эффективно выполнению сексуальной функции, просто потому, что он целиком и полностью уводит испуганного индивидуума в сторону от его (ее) чувств, блокируя восприятие сексуальных раздражений, вызываемых половым партнером или отраженных от него.

K. Imieliński (1986) сообщает, что невротические расстройства эрекции могут быть результатом чрезмерного сексуального возбуждения, особенно у молодых людей. Они отмечаются с того момента, когда у мужчины возникает представление, что он болен. Каждая неудача при попытке совершить половой акт по принципу аутосуггестии, связанной с реакцией страха в ожидании неудачи, влечет за собой несостоятельность при следующей попытке к интимной близости, что приводит к развитию и углублению невротического дефицита эрекции. В этот период часто бывает достаточно одного лишь совета, чтобы устранить расстройство. Если же он никем не был дан, то мужчина все сильнее утверждает в сознании, что болен, все больше опасается за свою судьбу и сексуальную потенцию, чаще концентрирует внимание на собственных половых органах. Все это в совокупности с боязнью быть скомпрометированным и осмеянным, а также неверие в свои силы

превращается в факторы, тормозящие появление эрекции. Если сумма таких тормозящих факторов превысит порог сексуальной возбудимости, то не только полностью исчезают эрекции, но и вторично снижена сексуальная потребность. В указанных случаях обнаруживаются парадоксальные реакции, заключающиеся в том, что чем больше мужчина, страдающий неврозом, эмоционально увлечен (т. е. чем больше он привязан к партнерше), тем менее выраженным становится его сексуальное возбуждение (вместо него может возникать состояние нервного напряжения) и слабее эрекции, либо они вовсе исчезают. Наоборот, чем меньше мужчина привязан к партнерше, тем лучше у него (страдающего неврозом) функционирует “психосексуальный аппарат”. Это связано с меньшей выраженностью боязни компроментации. Сходный парадоксальный эффект вызывают эротические ласки, применяемые женщиной. В обычных условиях они повышают степень сексуального возбуждения и силу эрекции. Но у мужчин, страдающих сексуальным неврозом, они могут вызвать обратный эффект, т. е. обусловить полное исчезновение эрекции при их первоначальной частичной выраженности или же вызвать семяизвержение даже без наличия эрекции. Причиной таких реакций является выраженный страх неудачи, блокирующий возможность появления эрекции.

Ф. Коккотт (1980) утверждает, что множество психически обусловленных расстройств половой функции носит отпечаток “невроза страха”. По мнению автора, теоретически можно объяснить формирование этого невроза с помощью так называемой теории двух фаз Моврера (1950), согласно которой он развивается после травмирующего события в прошлом. Травмирующее переживание обуславливает появление чувства страха перец ситуацией, которая находилась в непосредственной связи с травмирующим событием. В последующем пациент избегает подобных ситуаций и бывает вознагражден тем, что чувство страха не появляется. Так развивается вторичная условная привычка избегать ситуаций, вызывающих это эмоциональное состояние. Отмеченная реакция избегания производит впечатление невроза страха.

Подводя итоги рассмотрения представленных выше работ, можно отметить, что, несмотря на наличие исследований, посвященных синдрому тревожного ожидания неудачи, правомочно утверждать, что он часто растворялся в психогенных сексуальных расстройствах, “сексуальных неврозах”. Приведенные данные носят в основном фрагментарный характер, что диктовало необходимость проведения специальных углубленных и всесторонних исследований больных с упомянутым синдромом, используя современные клинические и параклинические методы.

1.3. Психотерапия психогенных расстройств потенции и синдрома тревожного ожидания неудачи

Хотя в современной литературе до сих пор размышляют о возможных механизмах влияния психотерапии на организм человека, ее сущности, называют различных авторов, впервые предложивших термин “психотерапия”, а также подвергают критическому анализу возможность отнесения отдельных видов лечения к психотерапии, которая на сегодняшний день насчитывает несколько сотен методов (С. V. Haldipur, 1985; J. D. Frank, 1986; M. Gauchet, G. Swain, 1986), неоспоримым является ее огромный лечебный эффект. Она постоянно пополняется новыми методиками (А. Haunel, F. Ferrero, 1986). Чтобы лечение было эффективным, врач любой специальности должен владеть азами психотерапии (J. Veran, 1988). Это утверждение с поправкой на необходимость гораздо более глубокой квалификации в данной области является непреложным для психиатров (S. E. Greben, 1987; D. W. Mann, 1989) и сексопатологов (И. З. Вельвовский, Е. Н. Мейтина, 1969; Г. С. Васильченко, 1983; Г. С. Кочарян, А. С. Кочарян, 1994; К. Imieliński, 1986). Для последних психотерапия — часто ведущий (психогенные сексуальные нарушения), а иногда и единственный (мнимые сексуальные расстройства) метод лечения. В качестве вспомогательного метода она используется даже при хирургическом лечении половых расстройств (В. В. Кондрашов, 1985). В литературе обсуждаются различные действующие факторы психотерапии. В частности, считается, что в ее положительном влиянии большую роль играют неспецифические факторы, которые нужно искать в терапевтической ситуации и межличностных отношениях больного и врача (В. Vozok, K. E. Bühler, 1988), включая различные возможности невербальной коммуникации (Л. В. Трубицына, 1990), так как на долю невербального общения приходится, по различным подсчетам, в среднем от 60 до 93% всей передаваемой и получаемой в процессе общения информации (G. Burgoon, 1985). Большое значение для эффективности лечения имеет и терапевтическая мотивация пациента (M. Froese, 1989; M. Geyer, G. Plöthner, P. Winiecki, 1989). А. М. Фридман (1990), ссылаясь на мнение D. Frank, а также Garfield, отмечает, что на результативность психотерапии влияют эмоциональная заинтересованность и конфиденциальность взаимоотношений врача и больного, установка больного на излечение, рациональная или концептуальная схема лечения, терапевтический ритуал, а кроме того, взаимодействие, объяснение, десенситизация, информация и время. Ознакомлению с различными факторами,

определяющими успешность психотерапии, посвящен обзор американской литературы по этому вопросу, подготовленный Р. А. Зачеписким (1979 г.). Оценке эффективности психотерапии были посвящены Лондонский проект (1970 — 1972 гг.), исследования, проведенные фондом Менингера (1956 — 1968 гг.), и исследование, осуществленное в университете Вандербильта (1979 г.), на основе которых был выделен ряд критериев, объективизирующих результаты лечения (Р. Hermann, 1986). Считается, что когда речь идет об оценке эффективности психотерапевтических воздействий, нужно не только сравнивать состояние больных до лечения и после его окончания, но и анализировать процесс изменения в ходе течения болезни (Р. Winiecki et al., 1989).

В настоящее время редко применяется только какой-либо один из психотерапевтических методов. Чаще речь идет об их сочетанном использовании. Более того, ситуация в настоящее время такова, что речь не просто идет о совместном применении индивидуальной, семейной и групповой терапии (что является общепринятым). Так, в США возрастает тенденция к интеграции разных школ с игнорированием существующих теоретических различий, что характеризует становление интегративно-эkleктического направления современной психотерапии (G. L. Klerman, M. M. Weismann, 1987; B. D. Beitman, M. R. Goldfried, J. C. Norcross, 1989; I. W. Miller et al., 1989).

В лечении психогенных сексуальных расстройств, как отмечалось нами ранее, ведущее место занимает психотерапия. С этой целью используются различные методы. Психотерапевтический процесс начинается уже при обследовании больного, так как стиль поведения врача на этапе диагностики может оказать на пациента существенное влияние. В. Н. Лезненко (1967) отмечает, что при психогенной импотенции трудно провести грань между обследованием больного и психотерапевтическим воздействием.

После проведения обследования, как правило, осуществляется разъяснительная или рациональная психотерапия (Д. В. Панков, 1985), которая имеет широкое применение в сексологической практике в связи с низким уровнем сексологических знаний и сексуальной культуры и предполагает, помимо всего прочего, советы врача по ознакомлению больного с популярной сексологической литературой (К. Imieliński, 1985, 1986). На необходимость применения психотерапии этого вида при психогенных сексуальных расстройствах указывают многие авторы (А. С. Мирзоян, 1974; И. М. Виш, В. Я. Романюк, А. Г. Гериш, 1985; В. В. Михайлов, 1986 и др.). Анализ доступной нам литературы свидетельствует о том, что имеется мало специальных приемов, относящихся к рассматриваемому психотерапевтическому мето-

ду, которые могут быть использованы для лечения психогенных сексуальных расстройств. Предлагаемый же Э. М. Дворкиным (1979) эффективный прием соматизации*, к сожалению, может быть применен лишь для лечения половых расстройств органического генеза. Приемы же, рекомендуемые для лечения психогенных сексуальных нарушений у мужчин (А. Б. Федоров, 1987; A. Finkel, R. Thompson, 1972), по нашему мнению, не всегда являются бесспорными. Так, A. Finkei и R. Thompson (1972) советуют объяснять пациентам с данными нарушениями, что они больны “умеренным простатитом”. Этот диагноз, по мнению авторов, воспринимается больными легче, чем мнение о наличии у них психогенных нарушений эрекции. Пациентам предписывали увеличить количество потребляемой жидкости и назначали сульфаниламидный препарат, а при последующих визитах их постоянно уверяли в том, что простатит постепенно излечивается. По истечении некоторого времени им говорили, что они могут попытаться возобновить половые сношения при благоприятном стечении обстоятельств. По существу такое психотерапевтическое воздействие является искусственным приемом “соматизации”, использование которого может оказать ятрогенное воздействие, так как в быту широко распространено мнение о неизлечимости простатита, тем более “умеренно” выраженного. Диагноз психогенного расстройства потенции, обусловленного психологическими причинами, по нашему мнению, выглядит куда более безобидно.

При лечении больных с психогенными сексуальными расстройствами широко используется и косвенная психотерапия в варианте опосредования (плацебо-эффект) или потенцирования каких-либо обладающих действительным влиянием средств. Плацебо-эффект, рассматриваемый с различных теоретических позиций (D. R. Frank, 1986), несомненен (Н. Казинс, 1989; G. Langer, 1986), что подтверждается и сексологической практикой. Показательным в этом плане является исследование Д. Трайкова (1973), который применил для лечения сексуальных расстройств, обусловленных различными формами неврозов, специально изготовленные для данной цели пилюли “Плацебо”. Их прием осуществлялся по специальной схеме в течение 45 дней. Из 65 мужчин, которые принимали эти пилюли, 13 пациентов (20%) выздоровели, у 36 (55,4%) — состояние улучшилось, а у 16 (24,5%). —

* Этот прием заключается в том, что врачу рекомендуется объяснить больному, что сексуальное расстройство является таким же равнозначным симптомом соматического заболевания, как и другие (головная боль, бессонница, одышка, отеки, повышение артериальное давление и т. п.). Пациенту указывают, что сексуальные нарушения будут уменьшаться и исчезать так же, как уменьшаются и исчезают прочие соматические симптомы.

изменений в состоянии здоровья выявлено не было. О силе плацебо-эффекта сообщает и Г. С. Васильченко (1974), который отмечает, что иногда при назначении сексопатологами некоторых лекарств, обладающих определенным действием, получаемый результат при соответствующей психологической подготовке прямо противоположен фармакологически детерминируемому. Потенцирование применяется в сексологической практике чаще, чем опосредование. Потенцируются медикаментозные средства (А. М. Мещеряков, 1986), физиотерапевтические процедуры (Д. Л. Буртянский, В. В. Кришталь, А. Т. Филатов, 1978), а также различные виды рефлексотерапии (К. С. Сарафян, В. Г. Петросян, 1980; Э. Э. Бус, 1982; В. И. Сухоруков, 1982, 1985; Н. А. Драпалюк, 1985; М. Б. Белобородов, Н. Я. Квасовцева, 1986). В последние годы широкое распространение в лечении половых расстройств получила локальная декомпрессия (Г. С. Васильченко, Р. В. Беледа, Б. А. Горячев, 1981, 1983; Р. В. Беледа, Б. А. Горячев, 1982; Р. В. Беледа, Л. А. Фотина, О. Р. Беледа, 1986; И. И. Горпинченко, 1986), предложенная с этой целью Р. В. Беледой (А. с. N 774558). По механизму действия этот вид лечения следует относить к физиотерапии. Он не только психотерапевтически потенцируется (Г. Я. Мушер, 1985, 1988), но и сам обладает мощным психотерапевтическим действием (Б. Б. Малахов, М. Я. Рубинштейн, 1987; И. А. Писаренко, 1988).

В терапии психогенных сексуальных расстройств у мужчин широко используется гипносуггестивная терапия (П. Б. Посвянский, 1974; Г. С. Васильченко, 1983; Н. В. Crasilneck, 1979; D. L. Araoz, 1982; S. Kratochvíl, 1985). Неизмеримо чаще в гипнотическом состоянии проводятся внушения, направленные на формирование программы нормального полового акта (Н. В. Иванов, 1966; М. С. Лебединский, 1971; К. М. Варшавский, 1973; Э. М. Дворкин, 1979; Я. И. Бараш, 1987; Ю. В. Колбасин, 1987; Ю. И. Минасенко, А. М. Мещеряков, 1988; Н. В. Crasilneck, 1979; D. Reuben, 1991 и мн. др.), что мы называем гипносуггестивным программированием. Гораздо реже с лечебной целью в гипнотическом состоянии моделируется ситуация интимного сближения (Г. С. Кочарян, 1987; Richardson, 1964; S. Kratochvíl, 1969, 1985). Такое воздействие названо нами гипносуггестивным моделированием. Исключительно редко (А. С. Бабаджанян, А. А. Лавриненко, Б. Н. Кац, 1985) применяется гипнокатарсис (S. Freud, 1911, 1923). Гипносуггестивное программирование в основном носит симптоматическую направленность (не во всех случаях), чего нельзя сказать о двух других перечисленных вариантах использования гипнотического метода с лечебной целью.

Наркопсихотерапия применяется для лечения сексуальных расстройств не так часто, о чем, в частности, свидетельствует анализ работ, представленных в материалах отечественных сексологических конференций различных уровней. Это обстоятельство, по-видимому, может быть частично объяснено тем, что одним из показаний к проведению наркопсихотерапии является пониженная внушаемость и малая гипнабельность больных. М. Э. Телешевская (1969) к одному из показаний применения наркопсихотерапии с использованием барбитуратов относит системный сексуальный невроз. Помимо барбитуратов (М. Э. Телешевская, 1979), для наркопсихотерапии используется и закись азота, которая, обладая эйфоризирующим, адаптивным, анксиолитическим, анальгезирующим, релаксирующим и вегетотропным действием, способствует оптимизации психотерапевтического процесса. Описано применение этого вещества и для наркопсихотерапии затяжных малокурабельных сексуальных расстройств психогенного характера (Е. П. Осипов, К. Ф. Пирнат, М. Г. Кунцевич, 1982). Лечение строилось следующим образом. Сеансы проводились 3 раза в неделю. Продолжительность каждого из них составляла 5-10 мин. Курс состоял из 10-12 сеансов. Психотерапевтическое воздействие осуществлялось в 4 этапа. Из 23 больных, которым сеансы психотерапии проводились на фоне закиси азота, у 11 наступило выздоровление, у 7 — значительное улучшение, у 4 — улучшение. Положительный эффект не был отмечен только в одном случае.

Определенное место среди психотерапевтических методов лечения психогенных сексуальных расстройств занимает аутогенная тренировка (АТ), улучшающая сексуальные функции посредством психической саморегуляции. Следует отметить, что эти функции не относятся к числу Легко тренируемых, однако предпосылки для использования АТ с целью их улучшения все же имеются. Так, известно, что даже у мужчин, не прошедших специальную подготовку, отмечается определённая способность влиять на степень кровенаполнения члена (D. Laws, H. Rubin, 1969; D. Henson, H. Rubin, 1971; M. Zuckerman, 1983), которая усиливается при использовании биологической обратной связи (S. Herman, M. Prewett, 1974; E. Csillad, 1976). Также известно, что мужчины могут, используя различные приемы, влиять и на продолжительность полового акта (D. Reuben, 1991). Первые попытки использования АТ для лечения сексуальных расстройств предпринимались еще в 30-х годах (И. М. Перекрестов, Р. М. Перекрестов, 1974). АТ при лечении половых расстройств, как правило, является лишь одним из структурных компонентов комплекса терапевтических мероприятий (В. В. Андрианов, 1974). Врач обычно проводит занятия АТ с группой пациентов

(Г. С. Васильченко, 1983). Иногда это осуществляется и индивидуально. Следует отметить, что Г. С. Беляев (1969), применявший АТ для лечения психогенных сексуальных расстройств у мужчин, отмечал, что создание специализированных групп из больных сексологического профиля нецелесообразно, так как, по его мнению, это приводит к возникновению у пациентов своеобразного негативизма, эгротогений и уклонению от лечения. Следствием этого является высокий отсев в группах, где каждый знает о заболевании другого. Поэтому автор рекомендует включать больных сексологического профиля в общие группы. Это мнение разделяет и И. А. Копылова (1969). Однако негативное отношение к созданию групп, состоящих только из больных половыми расстройствами, встречает вполне обоснованные возражения (см. ниже). Для коррекции сексуальных нарушений используют возможности низшей и высшей ступени АТ, а также программирование и моделирование (Я. Г. Голанд, 1973; В. В. Андрианов, 1974). С целью ускорения АТ применяется гипносуггестия (Я. Г. Голанд, 1973), а для более быстрого достижения конечного результата из программы обучения иногда исключаются некоторые упражнения АТ. С. С. Либих (1967) подчеркивает, что можно выделить три основных направления применения АТ для лечения сексуальных расстройств. Первое направление (специальная АТ) предусматривает коррекцию конкретных сексологических симптомов, второе (общая АТ) — воздействие на сопутствующие сексуальному расстройству явления или вызывающие его причины (тревогу, страх, ожидание неудачи, нарушения сна, ипохондрические фиксаци, боли и т. д.) с целью их смягчения или ликвидации, третье — использование АТ в качестве основы для других видов психотерапии (гипноза, систематического лечебного самовнушения). Выделяют два, отличающихся между собой, подхода к применению АТ для лечения сексуальных расстройств. Первый подход предполагает использование “длинных” схем (В. В. Андрианов, 1974; Д. Л. Буртянский, В. В. Кришталь, А. Т. Филатов, 1978), которые при их применении охватывают значительный временной интервал (до 2,5 — 3 мес.). Этот подход базируется на предварительном усвоении шести (I. H. Schultz, 1987) или пяти (М. С. Лебединский, 1971) упражнений АТ низшей ступени. Вторым подходом предусматривает построение схемы лечения, ориентирующейся на вариант, известный в литературе под названием “направленная тренировка органов” (H. Kleinsorge, G. Klumbies, 1965). В отечественной литературе представлен позитивный опыт применения различных вариантов АТ для лечения психогенных сексуальных расстройств у мужчин (С. С. Либих, 1967; Г. С. Беляев, 1969; А. М. Святощ, 1971; П. И. Загородный, 1970, 1972; К. И. Мирковский, 1972;

В. В. Андрианов, 1972, 1974; А. С. Мирзоян, 1973; Д. Л. Буртянский, В. В. Кришталь, 1974; Б. М. Баранов, В. А. Жмуров, 1974; Н. М. Донченко, Ю. В. Кукурекин, 1974 и др.). В ряде случаев для этой цели АТ сочетается с рефлексотерапией (В. П. Киценко, 1982; Л. К. Лысенко, Б. Е. Израилев, 1982).

В лечении сексуальных расстройств нашла применение и поведенческая (бихевиориальная) терапия (V. Meyer, E. Chesser, 1975), опирающаяся на психологическую теорию Б. Ф. Скиннера (B. Skinner, 1986), которая, как это не парадоксально, изначально была применена в терапии, а не в психиатрии (A. D. Futterman, D. A. Schapiro, 1986). I. Marks (1987) подчеркивает, что особенно успешной бихевиориальная терапия может быть при фобиях и сексуальных расстройствах и что ее отдельные приемы достаточно просты и не требуют больших затрат времени врача. Если для лечения различных перверсий, в том числе и имеющих условнорефлекторное происхождение, широко применяется аверсионная терапия, опирающаяся на использование рвотных средств и электрических разрядов (M. I. Raymond, 1956; B. James, 1962; F. Clark, 1963; C. V. Blacemore, 1963; J. C. Barker, 1964; I. M. Marks, M. G. Gelder, 1967; M. Zierhoffer, 1968; K. Imieliński, 1974, 1976), то с целью терапии психогенных расстройств потенции используется метод реципрокного торможения. Одну из частных его методик разработал J. Wolpe (1958), назвавший ее систематической десенсибилизацией (Б. Д. Карвасарский, 1985). Об успешном применении этой методики для лечения расстройств эрекции сообщают R. Auerbach и P. Kilman (1977), которые, разделив 16 человек на две группы (основную и контрольную), проводили в каждой их них по 15 занятий (в контрольной группе использовалась только релаксация). Эффект оказался значительно выше в основной группе, где, помимо улучшения сексуальных показателей, отмечалось значительное улучшение в не-сексуальных аспектах партнерской коммуникации. Z. Birk в 1973 г. опубликовал работы, где рассматривал биологическую обратную связь как метод поведенческой терапии (A. D. Futterman, D. A. Schapiro, 1986). В этой связи можно назвать “метод зеркала”, который используется для лечения сексуальных расстройств и предполагает сбор анамнестических данных с использованием магнитофона, анкет, оценочной шкалы и видеоманитофона (E. Schilling, N. A. Loth, 1980).

Для лечения психогенных сексуальных расстройств за рубежом все шире используется секс-терапия, разработанная W. H. Masters и V. E. Johnson (1970), которая при ее сравнении с различными методами психотерапии обнаруживает близость с поведенческой терапией. Секс-терапия предполагает лечение половых расстройств с помощью тренинга

сексуальных реакций. Принципы, которые были положены в основу этого метода, следующие (Г. С. Васильченко, 1972): отказ от лечения пациентов-одиночек и прием на лечение только супружеских пар; необходимость работы с этими парами двух терапевтов (мужчины и женщины), чтобы исключить возможность недопонимания психофизиологических сексуальных проявлений одного из партнеров врачом противоположного пола; безмедикаментозное лечение (фармакологические средства назначаются исключительно редко при наличии прямых соматических показаний). S. Kratochvíl (1985) отмечает что секс-терапия позволяет осуществить коммуникационный и функциональный тренинг, а также ликвидировать страх (десенсибилизация *in vivo*). При использовании этого метода у 510 пар получены исключительные результаты (W. H. Masters, V. E. Johnson, 1970): общий процент терапевтических неудач составил всего лишь 18,9%, а катamnестические данные, полученные спустя 4,5 — 5,5 лет у 226 супружеских пар, указывали на очень низкий процент рецидивов (7,1%). Секс-терапия нашла свое отражение и дальнейшее развитие в трудах Н. S. Kaplan (1974, 1979); J. Annon (1974); J. LoPiccolo, L. LoPiccolo (1978); E. Lux (1981); S. Kratochvíl (1985) и др. В работах перечисленных, а также других авторов, можно найти различные отклонения от классической техники и некоторые новинки. Это, в частности, касается рекомендаций о целесообразности сочетания неглубокого психоанализа и собственно секс-терапевтических приемов, возможности работать одному врачу с парой. Предусматриваются и иные сроки лечения, его проведение в стационаре (В. Мастерс и В. Джонсон проводили двухнедельный курс лечения в амбулаторных условиях), а также возможность коррекционной работы лишь с одним из партнеров. Так, например, G. Kockott (1980) описывает программу терапии психогенных сексуальных расстройств у мужчин по Цильбергелду. Пациенту предлагают представить ситуацию интимной близости, которая, вызывает у него страх, одновременно мастурбируя при этом. В процессе тренинга представления постепенно перестают сопровождаться чувством страха, утрачивая его как один из составных элементов целостного переживания. Рассматривая сочетание секс-терапии с психоанализом, M. S. Mimoun (1984) отмечает, что в соответствии с психодинамической концепцией секс-терапии обычно рассматривают и лечат симптом, выдвигаемый на первый план самим пациентом (или пациентами), не забывая, однако, и о проявлениях подсознательного (Н. S. Kaplan, 1974). В случае отсутствия сопротивления коррекция ограничивается только сексологическими проявлениями. Когда же по мере лечения сталкиваются со стойким сопротивлением, что, несомненно, является проявлением серьезных внутренних конфликтов, то возникает

необходимость в более интенсивной психотерапии (R. Porto, Abracham, 1978). По нашему мнению, гарантией эффективности секс-терапевтических приемов является их включение в систему лечебных (в том числе психотерапевтических) мероприятий, предусматривающую не только симптоматическое, но и патогенетическое воздействие.

В терапии психогенных сексуальных расстройств используется (L. Cameron-Bandler, 1985) и относительно новый метод психотерапевтических воздействий — нейролингвистическое программирование (НЛП), возникший в 70-х годах. Он получил свое развитие благодаря работам Ричарда Бэндлера, Джона Гриндера, Лесли Комерон-Бэндлер, Джузит Делозье и др. (R. Bandler, J. Grinder, 1975, 1979, 1981; J. Grinder, R. Bandler, 1975, 1978). У истоков возникновения НЛП находится опыт изучения работы Милтона Эриксона, Вирджинии Сатир, Фрица Перлса и других корифеев психотерапии. Применяя принципы НЛП, можно детально описать любую человеческую активность, что позволяет легко и быстро производить глубокие и устойчивые ее изменения. В НЛП известны такие психотерапевтические техники, как изменение личностной истории, контекстуальное и шестишаговое переформирование (рефрейминг), наложение, трехпозиционная визуально-кинестетическая диссоциация, ассоциирование с переживанием, терапевтическая метафора, взмах, “взрыв навязчивости”, “последняя соломинка” и др. (К. Андреас, С. Андреас, 1994; L. Cameron-Bandler, 1993; R. Bandler, 1994). Использование НЛП в сексологии в отечественной литературе было впервые описано нами в методических рекомендациях Минздрава СССР “Новые психотерапевтические приемы и методики в сексологической практике”, вышедших в 1991 г.

Для лечения психогенных расстройств потенции и перверсий применяется психоаналитическая техника (L. H. Rubinstein, 1958; I. Bieber et al., 1962; С. Allen, 1969; J. O'Connor, L. Stern, 1972; К. Imieliński, 1974, 1986; В. Reynolds, 1977; R. Greenson, 1986). Используется как глубокий, так и поверхностный психоанализ. Последний является сокращенным вариантом первого и включает интерпретацию ассоциаций, проводимую в течение нескольких недель.

У больных сексологического профиля, в частности, с целью коррекции масштаба переживаний может быть использован психосинтез, отцом которого является итальянский психиатр Роберто Ассаджоли (R. Assagioli). В 1926 г. он основал институт психосинтеза во Флоренции, который стал первым международным центром подготовки соответствующих специалистов. В своей работе “Динамическая психология и психосинтез” упомянутый автор пишет, что последовательно разрабатываемая им концепция, включает как идею восстановления состояния, предшест-

вовавшего диссоциации психических функций в результате психологической травмы или серьезного конфликта, так и идею о развитии целостной и гармоничной личности. Он отмечает, что хотя обе эти идеи были почерпнуты у других авторов, разработанная им система носит более всеобъемлющий характер, будучи в то же время более определенной и технологичной (Р. Ассаджолли, 1994).

Музыкотерапия также применяется для лечения сексуальных расстройств, в том числе и психогенных. Ее считают одним из видов психотерапии (U. Müller, 1966; Ch. Schwabe, 1969; Z. Matejowa, S. Masura, 1984). Если в одних случаях в лечении нервно-психических нарушений (Л. С. Брусиловский, 1979) музыкотерапии отводится лишь вспомогательная роль (“американская” школа), то в других, напротив, музыкотерапия рассматривается как метод, играющий центральную роль (“шведская” школа). К. Imieliński (1986) отмечает, что в сексологии музыкотерапия применяется как вспомогательный метод и предназначена для синхронизации сексуального поведения партнеров. Влияние музыки на сексуальную сферу подтверждается исследованиями Кинзи (И. С. Кон, 1988; Р. Н. Gebhard., А. В. Johnson, 1979). В отечественной литературе имеются лишь единичные публикации, в которых сообщается о применении музыкотерапии в сексологической практике (С. А. Гуревич, 1982, 1986). Вместе с тем З. В. Рожановская (1985) сообщает, что за рубежом музыкотерапия широко используется для лечения сексуальных расстройств и дисгармоний. Воздействуя опосредованно через общее эмоциональное состояние, музыкотерапия может уменьшать астенические проявления, раздражительность, тревожность, внутреннее напряжение.

Групповая психотерапия применяется при психогенных половых расстройствах как с целью коррекции нарушений межличностных отношений, являющихся причиной или следствием этих расстройств, так и при сексуальных расстройствах без нарушения упомянутых отношений. Хотя некоторые специалисты высказывались против создания специальных групп сексологических больных (см. выше), другие (В. Н. Лезненко, 1967, 1969; А. Я. Голанд; 1969; Э. М. Дворкин, 1969; Б. Е. Израилев, 1982) придерживаются противоположной точки зрения на том основании, что в группе устраняется свойственное большинству больных чувство одиночества, переживание исключительности своего страдания и неуверенность в излечении. Следует отметить, что за последнее время в отечественной психотерапии произошли изменения в понимании термина “групповая психотерапия” (Б. Д. Карвасарский, В. А. Мурзенко, 1977; Г. Д. Исурина, 1983; А. С. Слущкий, В. Н. Цапкин, 1985), что сблизило его с содержанием, вкладываемым в данный термин зарубежными

авторами. Это выразилось в постепенном отказе от термина “коллективная психотерапия”, а также в исключении из разряда групповой психотерапии таких форм работы, как групповой гипноз и аутогенная тренировка, проводимая с группой пациентов. Использованию групповой психотерапии для лечения психогенных сексуальных расстройств посвящена кандидатская диссертация В. Н. Лезненко (1969). К. Imieliński (1974) отмечает, что групповая психотерапия постепенно приобретает все большую роль в лечении половых расстройств и может быть, в частности, использована при невротических формах, а S. Kratochvíl (1985) сообщает, что боязнь сексуальной неудачи может быть частным проявлением более широкого чувства социальной неудачи, неспособности реализовать свои желания. В этих случаях автор считает показанным проведение с пациентами сексологического профиля занятий, направленных на тренировку различных навыков общения в психотерапевтической группе.

В лечении психогенных сексуальных расстройств и связанных с ними дисгармоний применяется семейная терапия. Термин “семейная терапия” семантически неоднозначен. Можно выделить два смысловых оттенка, под углом которых рассматривают этот метод лечения. Если выделение указанной терапии по объему воздействия связано с пониманием данного метода как инструмента оптимизации семейных отношений (С. С. Либих, 1979; А. И. Захаров, 1982; В. М. Воловик, 1973. и др.), то его рассмотрение как метода воздействия предполагает терапевтическое влияние на пациента с использованием группового семейного эффекта. Поэтому в первом случае речь идет о психотерапии семьи, а во втором о психотерапии семьей. В сексологической практике большую роль приобретает такой частный вид семейной терапии, как супружеская, которая представляет собой особую форму психотерапии, ориентированную на супружескую пару и ее проблемы (S. Kratochvíl, 1991). Различия в смысловых оттенках понятий семейная и супружеская терапия нашли отражение в специальной литературе (M. Kozakiewicz et al., 1985). Если в одних случаях для коррекции сексуальных дисфункций, обусловленных нарушениями межличностных отношений мужа и жены, достаточно ограничиться работой с парой (супружеская терапия), то в других, вследствие того, что ухудшение отношений супругов может быть связано с выраженным неблагоприятным влиянием со стороны их родственников, возникает необходимость в расширении терапевтического диапазона (семейная терапия). В публикации Б. М. Ворника и Е. В. Легкоступа (1990) подчеркивается, что полноценность половых функций обуславливается не только состоянием здоровья каждого из сексуальных партнеров, но и всей совокупно-

стью их межличностных отношений. Совершенно справедливо авторы отмечают, что в связи с усложнившейся дифференциацией внутреннего мира личности произошло усложнение сексуально-эротической коммуникации, детерминированной этим внутренним миром, что привело к увеличению числа факторов психологического характера, которые могут блокировать эротическую и сексуальную реализацию. В специальной литературе нашли отражение возможности использования семейной и супружеской терапии в сексологической практике (Д. Л. Буртянский, В. В. Кришталь, 1982; Н. К. Липгарт, С. Т. Агарков, 1982; Г. С. Васильченко, Г. Ф. Дейнега, 1983; Г. Ф. Дейнега, 1985; В. В. Кришталь, Н. К. Агишева, 1985; Д. Л. Буртянский, В. В. Кришталь, Г. В. Смирнов, 1987, 1990; Й. Вальскис, З. Стрейкус, В. Янкаускас, 1985). По нашему мнению, продуктивным в анализе семейных отношений следует считать так называемый “экономический подход” (Л. Б. Каварскис, 1985). При таком подходе семейные отношения рассматриваются как взаимовыгодный обмен ценностями в различных относительно независимых сферах (материальной, сексуальной и др.). Хотя этот обмен не всегда осознается, однако его “баланс” сознательно и неосознанно контролируется каждым участником.

Приблизительно в течение 10 лет разрабатывается предложенная В. Е. Рожновым (1985, 1988) *концепция эмоционально-стрессовой психотерапии* (М. Е. Бурно, 1985; В. П. Колосов, 1985; И. С. Павлов, 1985; В. Е. Рожнов, А. В. Свешников, 1985; А. С. Слуцкий, В. Н. Цапкин, 1985; В. Е. Смирнов, 1985; Б. Е. Егоров, 1988). Эмоционально-стрессовая психотерапия нашла применение в лечении половых расстройств при неврозах (Ю. Л. Покровский, Ю. П. Чаргейшвили, 1985; Д. В. Панков, 1987). Изучению возможностей этой терапии в лечении психогенных сексуальных нарушений у мужчин посвящены исследования А. В. Гришина (1987, 1988). Автором было предложено несколько эмоционально-стрессовых психотерапевтических приемов. Один из них состоит в прямом и косвенном внушении появления во время бессонной ночи (специально назначалась депривация сна на 36 ч), ближе к утру, сильных и продолжительных эрекции. Суггестия проводилась на высоком эмоциональном уровне. Результаты лечения 31 пациента оказались следующими: 17 больных (первая группа) смогли провести успешные половые акты спустя 24-36 ч после начала депривации. Во второй группе (6 чел.) эффект был постепенным и нестойким. Он развивался в течение недели на фоне приема азафена. В третьей группе (8 больных) эффект отсутствовал (у половины пациентов этой группы отмечалось неприятие данного метода, неверие в его терапевтические возможности). Другой приём, который предложил А. В. Гришин, был назван им

“осуждение угасшей симптоматики”. Автор отмечает, что ипохондрическая симптоматика создает у больных нацеленность на применение сильнодействующего лекарства, каковым “может быть” плацебо. Со временем устанавливается четкая зависимость между качеством полового акта (в частности, выраженностью эрекции) и приемом плацебо. В данном случае на первом этапе рекомендуется проводить разъяснительную работу, направленную на объяснение психогенного механизма сексуального расстройства, которое ранее было у больного. Убедившись в принятии позиции врача, пациенту можно раскрыть тайну, связанную с применяемым им “лекарственным средством”, и преподнести это как еще одно неоспоримое доказательство психогенного генеза его заболевания.

При проведении психотерапии больным с психогенными расстройствами потенции неминуемо возникает вопрос о предпочтительных в каждом конкретном случае психотерапевтических методиках или их сочетаниях. Б. Я. Первомайский и Г. В. Кузнецова (1974), обсуждая проблему о рациональной психотерапии неврозов, отмечают, что вопрос о соотношении гипнабельности, типе высшей нервной деятельности и форме невроза был разработан Б. Н. Бирманом (1934), который считал, что степень внушаемости зависит от преобладания первой или второй сигнальной системы, а также от состояния тонуса коры головного мозга. В случае преобладания второй сигнальной системы гипнабельность низкая, а при слабости указанной системы и, соответственно, низком тонусе коры — высокая. В связи с этим авторы сообщают, что больные психастенией (так они называют невроз навязчивых состояний) и гиперстенической формой неврастении характеризуются пониженной гипнабельностью и, в соответствии с этим, не советуют проводить больным психастенией гипносуггестивную терапию. Они рекомендуют в таких случаях разъяснительную и рациональную психотерапию, чтение специально подобранной литературы, гетеросуггестию наяву, аутогенную тренировку. При истерическом неврозе, по их мнению, более показанными являются гипнотерапия, наркопсихотерапия, “стрессопсихотерапия”, психотерапия игнорированием симптоматики (по Шарко). Вместе с тем использование разъяснительной и рациональной психотерапии, а также аутогенной тренировки в этих случаях дает меньший терапевтический эффект. Однако исследования В. В. Иванова и Т. В. Шнуренко (1990) свидетельствуют о том, что внушаемость больных истерическим неврозом неоднозначна, что зависит от личностного преморбида и клиники истерического невроза. Так, среди больных с истерическим неврозом лица с истероидной личностной структурой наиболее внушаемы, а с “тормозимым” типом преморбида — наименее

внушаемы. Авторы также утверждают, что внушаемость больных истерическим неврозом избирательна по отношению к различным приемам суггестии, причем такая избирательность является специфической для каждого типа личности. Обсуждая вопросы лечения больных неврастением, Б. Я. Первомайский и Г. В. Кузнецова (1974) рекомендуют врачам использовать разъяснительную и рациональную психотерапию, а также гипноз-отдых. Они отмечают, что если в лечении психастении и истерии (неврозов) психотерапевтическое воздействие является ведущим, то при неврастении психотерапии отводится лишь вспомогательная роль. Вопрос об эффективности психотерапии больных с сексуальными расстройствами, обусловленными неврозами, в зависимости от формы последних обсуждается в работе С. А. Торосьяна и К. П. Сафаряна (1972). Рекомендации, которые даются авторами, соответствуют установкам Б. Я. Первомайского и Г. В. Кузнецовой (1974).

Хотя вопросы психотерапии синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи, не сопряженного с эндогенными психозами, во многом растворяются в материале, посвященном психотерапии психогенных сексуальных расстройств, все же можно выделить ряд специальных приемов и методик, которые целенаправленно используются для ликвидации тревожного состояния в обстановке интимной близости. Так, например, широко известен “метод мнимого запрета”, который также называется “методом запретного плода” (А. М. Свядоц, 1982; К. Imieliński, 1974; S. Kratochvíl, 1985). При его использовании пациенту на некоторое время (примерно на неделю) запрещаются половые сношения и одновременно разрешаются ласки и поцелуи при совместном пребывании в постели с партнершей. Это приводит к уменьшению тревожного ожидания сексуальной неудачи вследствие исключения возможности проведения полового акта. Спустя очень небольшой срок больной может нарушить этот запрет с положительным результатом, что в дальнейшем приводит к нормализации сексуальных показателей. При использовании этого метода врач обычно посвящает партнершу в намеченный план и инструктирует ее не препятствовать мужчине, когда он нарушит табу. Уменьшающим страх действием обладает и чистосердечное признание в своих сексуальных затруднениях благожелательной партнерше (S. Kratochvíl, 1985), что вследствие уменьшения ответственности за возможную неудачу приводит к снижению гиперконтроля над ситуацией и эмоционального напряжения, а следовательно, способствует выздоровлению.

Сходным влиянием обладает “охранная грамота”, которую А. М. Свядоц (1982) советует выдавать больным, страдающим неврозом ожидания неудачи. Указанная грамота представляет собой написанное

на бланке медицинское заключение, где указывается, что у данного человека отсутствуют признаки заболевания половой сферы, но имеются явления невроза ожидания, которые иногда могут тормозить половую функцию. Сообщается, что пациенту рекомендуется психотерапия (самовнушение и др.), а также постепенное привыкание (адаптация) его и женщины друг к другу. Мужчине дается совет ознакомить свою партнершу с “охранной грамотой” либо заранее, либо после сексуальной неудачи. По наблюдениям А. М. Свядоца, вручение указанной грамоты делало больных более уверенными и облегчало их вступление в интимный контакт.

Ослабляющем тревожное ожидание действием обладает и метод контрастного самовнушения по М. Л. Танцюре (1956), являющийся одним из вариантов метода негативного воздействия (К. Dunlop, 1923, 1942). Его использование применительно к синдрому тревожного ожидания неудачи, проявляющегося, например, эрекционными нарушениями, заключается во внушении себе больным в обстановке интимной близости, что напряжение члена у нег не возникнет как бы он к этому не стремился. Об успешном применении контрастного самовнушения при психогенных сексуальных расстройствах у мужчин сообщают И. М. Виш, В. Я. Романюк, В. Н. Селезнев (1982), которые, используя его у 38 больных, в 32 наблюдениях отметили полное выздоровление, а в 6 — улучшение. Негативное воздействие тождественно методу парадоксальной интенции (V. Frankl, 1990).

Ослабляющим тревожное ожидание неудачи действием обладают также методы “гинекологическое положение” и “медовый месяц” (К. Imieliński, 1971, 1974). Первый из названных методов позволяет при имитации положения женщины на гинекологическом кресле и расположении половых органов партнеров на одном уровне, прибегнув к помощи рук, а также косметического крема или вазелина, ввести слабоэрегированный или даже вовсе неэрегированный член во влагалище. Вначале не рекомендуется совершать фрикции, так как пенис может просто выскользнуть из половых путей женщины. Однако спустя некоторый промежуток времени, в течение которого проводятся ласки, а также ослабевает тревожное ожидание неудачи (ведь член введен и бояться, что это может не произойти, уже не надо), фрикции разрешаются. Данный метод использовался К. Imieliński (1974) в тех случаях, когда другие психотерапевтические воздействия не давали эффекта. Лечебный результат достигался достаточно быстро. Только в 1970 г. указанный метод был применен названным автором в 22 случаях “невротических расстройств” напряжения члена. При этом излечение было достигнуто у 18 пациентов. Метод “медовый месяц” представляет собой

разновидность метода “мнимый запрет”, однако в отличие от последнего, где половые акты запрещается проводить, как правило, в течение недели, врач не разрешает попытки к их проведению в течение месяца. Затем больному обещают назначить лечение. В течение лее этого месяца пациент почти сразу после прихода домой должен ложиться со своей партнершей в постель и находиться там с ней до утра. Указанное время значительно превышает то, которое занимает ночной сон. В вечернее время больному рекомендуют, лежа в кровати с женщиной, смотреть телевизор, читать и т. п. Это делается с той целью, чтобы он укладывался в постель не с намерением совершить половое сношение, а в целях взаимно приятного времяпрепровождения. В этих условиях пациент, освобожденный от ответственности, связанной с необходимостью осуществления сношения, привыкший к постоянному телесному контакту с партнершей и с надеждой ожидающий начала лечения, постепенно ощущал снижение тревоги, что часто приводило к нарушению запрета и совершению полового акта при хорошей эрекции. Это вселяло веру в свои силы и ликвидировало лелсаций в основе расстройства страх. Указанный метод, как и предыдущий, был назван К. Имелинским ассоциированным, так как он применяется в сочетании с разъяснительной психотерапией и скрытой суггестией.

С. И. Грошев (1967) предложил метод для ликвидации ускоренного семяизвержения, обусловленного синдромом тревожного ожидания неудачи. Механизм его терапевтического влияния состоит в отвлечении мужчины от тревожных мыслей о возможной сексуальной неудаче, достигаемом с помощью вербального раскрепощения, заключающегося в свободном высказывании партнерше слов восхищения ею.

С. В. Владимиров-Клячко (1972) поднял вопрос о необходимости использования при лечении сексуальных расстройств и дисгармоний петтинга, который гарантирует возникновение оргазма у супруги, что снимает с мужчины ответственность за качество полового акта, а следовательно, нейтрализует фактор тревожного ожидания неудачи. Уверенность же женщины в том, что у нее наступит разрядка, является желательной предпосылкой для искреннего поощрения и ободрения его мужа при его затруднениях. Идея ценности использования петтинга с лечебно-реабилитационной целью в последнее время широко пропагандируется С. С. Либихом (1990). Обосновывая необходимость его применения, автор отмечает, что исторически сложилось представление о ведущем значении эрекции полового члена при сексуальных контактах. Вместе с тем, как подчеркивает С. С. Либих, главным показателем качественного полового акта является оргазм. Суть рекомендуемой им методики сводится к следующему. Во время первой беседы с мужчиной

и женщиной в отдельности их подробно расспрашивают о том, что они ждут от половой жизни. Свои требования они отражают, заполнив соответствующий опросник. Затем во время беседы с обоими партнерами составляется общая, дифференцированная для каждой пары, программа петтинга (своеобразный “контракт”), учитывающая предыдущий сексуальный опыт мужчины и женщины. В соответствии с принципом парадоксальной психотерапии обычные половые акты на этом этапе проводить запрещается. В случае нарушений эрекции психогенной природы использование глубокого петтинга может привести к их ликвидации, так как в силу того, что напряжение члена игнорируется как компонент полового общения, ликвидируется синдром тревожного ожидания неудачи. Это нередко приводит к тому, что партнеры нарушают “запрет” проведения обычных половых актов..

А. В. Гришин (1988), разрабатывая концепцию В. Б. Рожнова (1985, 1989) об эмоционально-стрессовой психотерапии, для ликвидации синдрома тревожного ожидания неудачи невротического генеза у мужчин предложил использовать приём, состоящий из эмоционально-стрессового самовнушения с использованием идеомоторной маятниковой пробы. Смысл этого приема состоит в том, что больному ярко и образно, сообразуясь с его эмоциональным состоянием, раскрывается механизм сексуального расстройства. Объясняется воздействие страха и тревоги на половую функцию, подчеркивается во многом самовнушенный характер сексуального расстройства. Добившись принятия позиции психотерапевта, больного просят привести примеры действия самовнушения на организм. Затем ему предлагают думать о движении удерживаемого им маятника (идеомоторная проба). После того как маятник раскачается, пациенту рекомендуется представить свою сексуальную партнершу. Движения маятника при этом сразу же прекращаются. Тогда больному объясняют, что во время попыток совершить половой акт с ним происходит аналогичное. Так как в данный период он не думает о женщине, совершенно не видит ее, а занят только своей эрекцией, то мысли о последней по механизму самовнушения “нарушают автономную сосудистую реакцию”. Затем пациенту внушается, что он “перестанет быть маятником”, “не будет железкой на нитке” и сможет в интимной обстановке избавиться от “эгоистического самонаблюдения”, сосредоточив все свое внимание непосредственно на женщине. В заключение больной получает инструкцию 3 раза в день самостоятельно проводить пробу с маятником с использованием приведенных выше эмоционально-стрессовых самовнушений.

И. Я. Дашевский (1969), обсуждая тактику психотерапевтической работы при коитофобическом синдроме, подчеркивает ее зависимость от

личностного преморбида. Там, где речь идет о лицах с истероидными чертами характера, он рекомендует проведение авторитарной рациональной психотерапии; а также гипносуггестивной. Касаясь вопроса о целесообразности привлечения партнерш указанных больных к лечению, автор отмечает, что это не всегда желательно. Такая осторожность, по его мнению, должна быть проявлена в связи со свойствами данной группы пациентов эгоцентризмом и переоценкой собственной личности, обуславливающих “страх развенчания”, который может усилить коитофобические проявления. Больные с коитофобией, у которых обнаруживаются психастенические черты характера, нуждаются в массивной разъяснительной психотерапии, детальном анализе всех опасений и сомнений. Первостепенное значение в этих случаях приобретают психологические беседы с партнершей, поскольку зачастую именно она сексуально более активна. Использование гипнотерапии у этих пациентов не дает выраженного эффекта. Автор считает показанным применение упомянутым больным АТ с целью убедить их в способности управления собственными вегетативными функциями и возможности позитивного контроля над ними. Пациенты же с коитофобией, где имеет место вялотекущий шизофренический процесс или обнаруживаются шизоидные черты характера, нуждаются в длительной настойчивой рациональной психотерапии.

В литературе также можно найти различные рекомендации в отношении этапности психотерапии и ее целевых установок, а также системных психотерапевтических воздействий при синдроме тревожного ожидания неудачи невротического генеза (А. Е. Алексейчик, 1974; Л. М. Щеглов, 1982, 1983, 1985).

Завершая эту часть обзора литературы, следует отметить, что большая роль указанных воздействий в лечении синдрома тревожного ожидания неудачи, а также недостаточная разработка вопроса его дифференцированной психотерапевтической коррекции диктуют необходимость создания и использования новых методологических подходов, методов, приемов и методик, а также дальнейшее совершенствование психотерапевтической тактики.

Глава 2. Материал и методы исследования

Нами в общей сложности обследовано 478 мужчин в возрасте от 16 до 78 лет включительно. В это число вошло 214 пациентов с различными сексуальными расстройствами в возрасте от 16 до 78 лет, которые распределены следующим образом: до 20 лет — 2 чел. (0.9 %); 20 — 29 лет — 68 чел. (31.8%); 30 — 39 лет — 59 чел. (27.6%); 40 — 49 лет — 52 чел. (24.3%); 50 — 59 лет — 22 чел. (10.3%); 60 — 69 лет — 8 чел. (3.7 %); 70 лет и более — 3 чел. (1.4 %). Эти мужчины были обследованы амбулаторно. Также углубленно обследовано 254 чел. со СТОСН (27 из них изначально входили в состав первой из указанных групп). Их распределение по возрасту, семейному положению, образованию и социальному статусу отражено соответственно в табл. 1—4. При формировании этой группы не предусматривалось каких-либо ограничений со стороны психической и соматической сфер. Вполне достаточным основанием для включения в упомянутую группу было наличие синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи, чем бы он не обуславливался. Основным в этом синдроме, как следует из его названия, является тревожное ожидание невозможности выполнения или нарушения способности к полноценному осуществлению полового акта. Идеаторное ядро указанного ожидания определяет соответствующее эмоциональное состояние. Упомянутое ожидание, как отмечалось нами ранее, максимально выражено в обстановке интимной близости, что, как правило, приводит к нарушению сексуальных функций вследствие их дезавтоматизации.

Помимо больных основной группы, обследовано 37 практически здоровых мужчин без копулятивных нарушений в возрасте от 21 до 44 лет, вошедших в состав контрольных групп, сформированных для оценки гормональной и нервной (церебральной) регуляции половых функций у больных со СТОСН.

К обследованию и лечению привлекались жены (партнерши) пациентов.

Таблица 1
Распределение 254 больных со СТОСН по возрасту

Частота	Возрастные группы					
	до 20	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69 лет
Абс. кол-во обл.	2	105	84	38	17	8
%	0.8	41.3	33.1	14.9	6.7	3.2

Таблица 2
Распределение 254 больных со СТОСН по семейному положению

Частота	Семейное положение			
	Женат	Холост	Разведен	Вдовец
Абс. кол-во обсл.	87	143	19	5
%	34.3	56.3	7.5	1.9

Таблица 3
Распределение 254 больных со СТОСН по образованию

Частот	Образование					
	Начальное	Неполное среднее	Среднее	Средне-специальное	Незаконченное высшее	Высшее
Абс. кол-во обследован.	1	10	122	43 .	18	60
%	0.4	3.9	48.1	16.9	7.1	23.6

Таблица 4
Распределение 254 больных со СТОСН по социальному статусу

Частота	Социальный статус						
	Рабочие	Колхозники	Служащие	Военнослужащие	Студенты	Школьники	Пенсионеры (по возрасту и инвалидности)
Абс. кол-во обсл.	149	1	62	12	21	1	8
% .	58.7	0.4	24.4	4.7	8.3	0.4	3,1

Одним из основных явился метод структурного анализа сексуальных расстройств (Г. С. Васильченко, 1977), основывающийся на общей теории функциональных систем П. К. Анохина (1980) и физиологической концепций о стадиях и составляющих копулятивного цикла (Г. С. Васильченко, 1952, 1956, 1977).

У мужчин выделяют четыре составляющих: нейрогуморальную, психическую, эрекционную и эякуляторную, каждая из которых вносит свой вклад в анатомо-физиологическое обеспечение сексуальных функций. Нейрогуморальная составляющая связана с деятельностью глубоких структур головного мозга и всей системы эндокринных желез, обеспечивающих выраженность полового влечения и соответствующую возбудимость различных отделов нервной системы, регулирующих половую деятельность. Психическая составляющая, связанная с деятель-

ностью коры головного мозга, определяет направленность полового влечения, облегчает возникновение эрекции до момента интроитуса и обеспечивает специфические для человека формы проявления половой активности, в том числе соответствие поведенческих реакций условиям конкретной ситуации и морально-этическим требованиям. Эрекционная составляющая, анатомо-физиологическим субстратом которой являются спинальные центры эрекции с их экстраспинальными отделами, а также половой член, представляет конечный исполнительный аппарат, обеспечивающий, главным образом, механическую сторону полового акта. В последнее десятилетие, характеризуя эту составляющую, обращают внимание и на состояние сосудов, участвующих в обеспечении эрекции (Г. С. Васильченко, 1983). Эякуляторная составляющая, основанная на интеграции структурных элементов от простаты с ее собственным нервным аппаратом до парацентральных долек коры головного мозга, обеспечивает главную биологическую задачу всей половой активности — выделение мужского оплодотворяющего начала. У женщин в отличие от мужчин выделяют не четыре, а три составляющих: нейрогуморальную, психическую и генитосегментарную (И. Л. Ботнева, 1977).

Структурный анализ состоит из нескольких этапов. На первом этапе устанавливается степень функциональной сохранности каждой из составляющих коцулятивного цикла, а в случае ее поражения идентифицируется клиническая форма синдрома. Обе задачи решаются на основе специально разработанных критериев и реестра типовых синдромов. Переходной фазой между первым и вторым этапом структурного анализа является заполнение структурной решетки, что позволяет наглядно представить всю имеющуюся патологию и способствует выделению стержневой (ключевой) формы нарушения, дает представление о личностном и соматическом преморбиде и развивающихся как вторичное осложнение синдромах. На втором этапе выявляются различные формы синдромотаксиса (сочетания синдромов) и эмергентные свойства (новые качества, порождаемые системой и не сводимые к свойствам элементов). Следующий этап структурного анализа — выяснение динамики развертывания патологической картины. Заключительный этап.— оценка патогенных факторов.

Применение этого метода при сексуальных нарушениях у мужчин предполагает использование в качестве элементов психопатологического, неврологического, урологического, андрологического и специального сексологического обследований.

Ценность метода структурного анализа заключается в том, что он позволяет глубоко и всесторонне осмыслить половое расстройство и разработать эффективную лечебную программу.

Также нами применялся системно-структурный анализ сексуальной гармонии супружеской (партнерской) пары (В. В. Кришталь, Н. К. Агишева, 1985). В. В. Кришталь (1986) отмечает, что системный анализ сексуальной гармонии принципиально соответствует структурному анализу сексуальных расстройств, разработанному Г. С. Васильченко (1977).

С учетом многомерности обеспечения сексуальной гармонии выделяются (В. В. Кришталь, 1990) четыре ее компонента: социальный, психологический, социально-психологический и биологический. Социальный компонент определяется уровнем общей и сексуальной культуры, социализацией сексуальности, сложившейся дифференциацией мужских и женских социальных ролей, стереотипов мужественности и женственности, и оценивается в зависимости от состояния социокультурной, информационно-оценочной и сексуально-поведенческой составляющих. Состояние психологического компонента оценивается ролью психологических факторов (осознаваемых и неосознаваемых), особенностей личности в развитии и проявлении сексуальности каждого из супругов и степенью их соответствия. Состояние социально-психологического компонента обусловлено парным характером сексуальной функции, формированием малой группы, т. е. семьи, уровнем межличностных отношений супругов и его влиянием на их сексуальное поведение. Биологический компонент определяется состоянием анатомио-физиологической регуляции сексуальных функций. Смысл системно-структурного анализа сексуальной гармонии состоит в определении сохранности каждого из ее компонентов, вычленении (по отдельным составляющим каждого из названных компонентов) факторов, участвующих в организации сексуальной дисгармонии, с учетом формируемой этими факторами структуры патогенного влияния, обуславливающего сексуальную дисгармонию. Все это дает возможность осуществлять ее многомерную и дифференцированную коррекцию.

В работе использовались и клиничко-лабораторные методы. Исследовался секрет предстательной железы (Н. И. Бокуняева, 1975). Данный анализ включен в комплекс обязательных исследований у больных с половыми расстройствами и позволяет, наряду с клиническим обследованием, установить или исключить наличие воспалительной патологии простаты, что очень важно, так как указанная патология нередко сопровождается сексуальными нарушениями (И. И. Горпинченко, 1974; В. Н. Ткачук, А. Г. Горбачев, Л. И. Агулянский, 1989).

В клинико-психологических исследованиях мы опирались на концепцию психологических функциональных системных механизмов поведения человека в психотравмирующих ситуациях (А. С. Кочарян, 1986), которая представляет собой развитие учения З. Фрейда о психологической защите (S. Freud, 1911, 1989, 1990), — феномене, привлекающем внимание многих отечественных и зарубежных исследователей (Ф. В. Бассин, 1969; Ф. В. Бассин, В. Е. Рожнов, М. А. Рожнова, 1974; Ю. С. Савенко, 1974; В. М. Воловик, В. Д. Вид, 1976; В. Е. Рожнов, М. Е. Бурно, 1978; Р. А. Зацепицкий, 1980; В. А. Ташлыков, 1984; З. Ю. Кутателадзе, 1985; Ю. В. Чайка, 1986; Н. Sjöbäck, 1973; S. Arieti, 1978; M. Kofta, 1978, 1979; A. Kolanczyk, 1978, 1982; A. Senejko, 1981). Согласно рассматриваемой концепции, в эмоционально трудных ситуациях поведение человека претерпевает изменение, которые могут быть интегрально представлены в виде пяти регуляторных механизмов: защиты, совладания, разрядки, манипуляции, компенсации. Особенность этих механизмов состоит в том, что все они направлены на редукцию эмоционального напряжения. Данные механизмы интегрируют три структурных образования психики: конативный (поведенческий), когнитивный (познавательный) и аффективный. То есть иначе говоря, указанные механизмы представляют целостный характер связи указанных субструктур. В случае функционирования механизма манипуляции положение несколько осложняется — имеет место выход в интерперсональный план. Нельзя по отдельным конативным, когнитивным и аффективным формам квалифицировать поведение. Свое истинное содержание они приобретают только в системе целостной связи, лишь в контексте определенного системного механизма. Например, поведенческая регрессия (инфантильные формы поведения) может являться результатом работы как механизма защиты, так и механизма манипуляции. Различение указанных механизмов становится возможным только исходя из анализа конкретной ситуации, вскрывающего истинное назначение функционального механизма. Также по-разному может быть оценена и агрессия, которая в одном случае может быть проявлением механизма разрядки, а в другом — манипуляции. Таким образом, за однозначной феноменологией могут стоять различные психологические механизмы.

Целесообразность использования указанной концепции и ее разработка обуславливались тем, что для мужчин с сексуальными нарушениями и особенно для тех, у кого имеет место синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи, ситуация интимного сближения является психотравмирующей, что может приводить к “включению” различных описанных выше психологических функциональных системных

механизмов, вызывая определенные изменения поведения как во время, так и вне интимной близости. Функционирование же этих механизмов может диктовать определенные психотерапевтические подходы.

В связи с тем, что эта концепция развивалась нами применительно к клинике, патогенезу и психотерапии сексуальных расстройств и дисгармоний, более подробно в соответствующем преломлении она будет представлена в клинко-психологическом разделе монографии, а также, в главе, посвященной психотерапии синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи.

При проведении исследований нами использовались различные психодиагностические методы.

Применялся опросник для определения акцентуированных свойств личности, разработанный Н. Schmieschek (1975) на основе концепции акцентуированных личностей (К. Leonhard, 1989). Необходимость в использовании такого опросника обуславливалась тем, что в возникновении неврозов, при которых среди обращающихся за сексологической помощью СТОСН выявляется наиболее часто, имеют значение не только неблагоприятные психогенные воздействия, но и личностный преморбид (А. Е. Личко, 1983, 1985; Б. Д. Карвасарский, 1990). При каждой акцентуации существует место наименьшего сопротивления, которое является наиболее уязвимым к воздействиям определенного рода (Н. А. Михайлова, А. П. Федоров, Э. Г. Эйдемиллер, 1986).

Также нами применялся Миннесотский многопрофильный личностный опросник (ММРІ) в модификации Е. Ф. Бажина в соавт. (1974). Необходимость использования этого опросника диктовалась тем, что он дает достаточно глубокое представление о личности обследуемого.

Применение личностного опросника Бехтеревского института (ЛОБИ) позволяет диагностировать (А. Е. Личко, 1983) сложившийся под влиянием болезни паттерн отношений к самой болезни, к ее лечению, врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе (учебе), одиночеству и будущему, а также к своим витальным функциям (самочувствие, настроение, сон, аппетит). Опросник дает возможность выявлять 13 типов отношений (А. Е. Личко, Н. Я. Иванов, 1980). Целесообразность использования этого опросника обусловлена тем, что реакция личности на заболевание представляет собой действенный фактор, влияющий на исходное состояние больного, определяет его поведение, которое может способствовать или, напротив, препятствовать лечению, что диктует определенную психотерапевтическую тактику.

Нами также применялся метод исследования фрустрационной толерантности (S. Rosenzweig, 1945). Необходимость использования данного экспериментально-психологического метода объясняется тем, что

для больных с синдромом треножного ожидания сексуальной неудачи ситуация, в которой они находятся, несомненно, является фрустрирующей. Метод же Розенцвейга позволяет оценить стилевые направления и типы реагирования на фрустрацию.

Сокращенный вариант метода выбора цвета Люшера (Л. Н. Собчик, 1990), который применялся нами, позволяет судить об эмоциональной сфере личности (В. М. Блейхер, И. В. Крук, 1986), что представляется одним из важных элементов диагностики состояния больных с сексуальными расстройствами.

Также использовался метод семантического дифференциала в варианте D. Feldes (1976), который позволяет определить отношение испытуемого к самому себе. Целесообразность его применения в нашей работе объясняется тем, что при фрустрациях, повышенной тревожности, внутренних конфликтах и т. д. значение определенных понятий отклоняется от нормы, что особенно ярко выражено при фобиях (И. Г. Беспалько, И. Н. Гильяшева, 1983).

Также нами (совместно с В. А. Неботовым) проводились электрофизиологические и психофизиологические исследования (электроэнцефалография со световой и вербальной стимуляцией). ЭЭГ используется не только в диагностике органических поражений головного мозга (Л. Р. Зенков, 1982), но и при неврозах (И. А. Святогор, А. А. Верещагина, Г. В. Буторина и др., 1987), что представляет интерес как в теоретическом, так и в практическом плане (В. Я. Деглин, А. С. Слуцкий, 1974).

Речь не всегда идет только о чисто физиологических исследованиях. Стремление, возникающее к объединению психологических и физиологических сторон в изучении механизмов невротических расстройств, привело к разработке психофизиологического эксперимента, что нашло отражение в многочисленных работах. Независимо от того, какая методика использовалась — гальванометрия, ЭЭГ, плетизмография, ЭМГ и др. (Б. Д. Карвасарский, 1990). При проведении психофизиологических исследований с использованием ЭЭГ применяется вербальная стимуляция и фотосюжеты, отражающие особенности травмирующей ситуации (Е. К. Яковлева, 1958; В. В. Бобкова, 1971; В. Г. Мягер, 1976; Т. А. Немчин, 1976 и др.). Если при обычных сенсорных раздражениях можно судить о реактивности различных анализаторных систем, то словесные воздействия, которые использовались и нами, позволяют выявить избирательную выраженность реакции на смысловое значение раздражителя.

Включение ЭЭГ, в том числе и с использованием вербальных стимулов, в комплекс обследований было обусловлено тем, что это имеет

определенное значение для понимания нейрофизиологических механизмов и клинических проявлений синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи невротического генеза. Необходимость применения данных методов диктовалась и тем, что» несмотря на наличие в литературе психофизиологических исследований, посвященных изучению механизмов избирательного реагирования отдельных физиологических систем при неврозах (Б. Д. Карвасарский, 1969; Б. Ф. Тищенко, 1971 и др.), в доступной литературе мы не нашли данных об аналогичных исследованиях у изучавшегося нами контингента больных.

Для того чтобы судить о состоянии гормонального обеспечения сексуальных функций у больных со СТОСН невротического генеза, мы также изучали состояние у них системы гипофиз — надпочечники — гонады (совместно с Л. Ю. Сергиенко). Определение уровня гормонов в плазме крови производилось радиоиммунологическим методом с помощью широко используемых коммерческих наборов (КИТ) отечественного и зарубежного производства с соблюдением всех регламентирующих моментов, определяемых соответствующими инструкциями. Так, для определения лютеинизирующего гормона (ЛГ) использовали набор “ЛНК-PR” (Франция), фолликулостимулирующего (ФСГ) — набор “FSHK” (Франция), пролактина — набор “HPRLK-PR” (Франция), адренокортикотропного гормона (АКТГ) — набор “АСТНК” (Франция), соматотропного гормона (СТГ) — набор “HGh” (Франция), кортизола — набор “Корт-³H” (Минск, ИБОХ), дегидроэпиандростерона — набор “DS-2100” (США), тестостерона — наборы “Стерон-Т-1251” (Минск, ИБОХ) и набор “Testok” (фирма “Sorin”, Франция), эстрадиола — набор “Стерон-Е₂” (Минск, ИБОХ).

Для учета специфического связывания использовали установки для радиориммунологического исследования “Бета-2” и “Гамма-12” (производство завода “Медаппаратура”, г. Киев). Обработка данных производилась по специальным программам на микро-ЭВМ “БЗ-28”.

Однако известно, что меченый тестостерон обнаруживается в клеточных ядрах в виде дигидротестостерона. Многочисленными исследованиями было показано, что в андрогенозависимых тканях тестостерон главным образом действует в виде своего 5_α-восстановленного производного — дигидротестостерона (ДГТ), который образуется из циркулирующего тестостерона прямо в чувствительных клетках. При испытании на андрогенную активность (увеличение массы предстательной железы или семенных пузырьков) у кастрированных самцов крыс ДГТ оказался вдвое активнее тестостерона (J. Terperman, H. Terperman, 1989). Перевод тестостерона в ДГТ осуществляется с по-

мощью фермента 5 α -редуктазы, от активности которой зависит результат воздействия тестостерона. Поэтому нами (совместно с Л. Ю. Сергиенко) были предприняты радиоферментные исследования, направленные на определение активности 5 α -редуктазы. Указанную активность определили по методу J. J. Dube и соавт. (1975). Количество меченых тестостерона и 5 α -ДГТ после хроматографии на тонком слое измеряли на отечественном счетчике "Бета-2". Конечные результаты подсчитаны с учетом потерь гормонов на всех этапах проведения методики. По этим результатам были получены графики распада тестостерона и содержания ³НДГТ в гомогенате гормонально-чувствительной области кожи лобка. Поскольку 5 α -ДГТ, образуясь из тестостерона, подвергается дальнейшим превращениям, об активности 5 α -редуктазы судили по 2 показателям — скорости распада тестостерона (V₀) и количеству 5 α -ДГТ, содержащемуся в пробе в момент остановки реакции.

В настоящее время хорошо известно, что биологический эффект гормона возможен только в том случае, когда клетка способна узнавать этот гормон, специфически связывать его и инициировать гормональные эффекты. Поэтому большое внимание уделяется изучению процесса рецепции, который является одним из ключевых механизмов, обеспечивающих биологическое узнавание и взаимодействие гормона на клеточном уровне. Нами (совместно с Л. Ю. Сергиенко) с целью определения чувствительности тканей к гормональным андрогенным стимулам проводились радиорецепторные исследования. Определение активности поглощения андрогенчувствительной тканью ³Н-тестостерона проводили следующим образом (В. В. Натаров, Н. Г. Цариковская, М. С. Бирюкова, Л. Ю. Сергиенко, 1987). Непосредственно после взятия у больного крови для определения тестостерона и других гормонов в условиях полной асептики производили забор кусочка кожи из области пахового треугольника (на границе с нижней частью живота). Для этого кожу обрабатывали спиртом, протирали насухо стерильным сухим тампоном и производили с помощью хлористого этила поверхностную анестезию. Захватив стерильным пинцетом складку кожи, срезали ее стерильной бритвой. Захват кожи производился таким образом, чтобы после среза выступали мелкие капли крови, что свидетельствовало о проникновении в глубокие слои кожи. Ранку заклеивали стерильной повязкой, а кусочек кожи взвешивали и тут же помещали во флакон со средой Игла, содержащей 0.5 мкк ³Н-тестостерона в 1 мл. Флаконы помещали в термостат на 1 ч при 37°C. После окончания инкубации биоптат кожи промывали в 3 порциях подогретого до 37°C раствора Хэнкса и гомогенизировали в 1.5 мл концентрированной муравьиной

кислоты. Гомогенат переносили во флаконы для счета» заливали 15 мл дирксанового сцинтиллятора и радиоактивность проб считали на установке для радиоиммунологических исследований «Бета-2».

Проводилась математико-статистическая обработка результатов, полученных при использовании различных методов исследования.

Глава 3. Анализ синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи

3.1. Частота и формирование

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 (1986), выполняют главенствующую (“стержневую”) функцию в организации сексуальных расстройств у 23.1 % больных, а по данным Р. П. Кондратенко (1986) — у 43.2%. Вместе с тем среди нарушений, относящихся к названной классификационной рубрике, тревожно-фобические формы занимают 61.6% (Г. С. Васильченко, 1986).

Нами было проведено специальное исследование по установлению частоты изучавшегося синдрома (стержневого и нестержневого). С этой целью амбулаторно обследовано 214 мужчин с различными половыми расстройствами в возрасте от 19 до 78 лет. Указанный синдром был обнаружен у 44 чел. (20.6%). По возрасту пациенты, у которых он был выявлен, распределились так: до 20 лет — 1 чел. (2.3%), 20 — 29 лет — 27 чел. (61.3%), 30 — 39 лет — 10 чел. (22.7%), 40 — 49 лет — 5 чел. (11.4%), свыше 50 лет 1 чел. (2.3%). Таким образом, полученные результаты, свидетельствующие о том, что СТОСН наблюдается более чем у каждого пятого больного, обратившегося за сексологической помощью, лишней раз подтверждают актуальность предпринятых исследований.

Весьма значимым является изучение формирования: СТОСН, так как это дает возможность не только понять механизмы данного формирования, но и, что особенно важно, наметить комплекс профилактических мер, препятствующих его возникновению. С этой целью нами проведены специальные исследования 220 больных со СТОСН, наблюдавшимся при неврозах, акцентуациях, психопатиях и шизофрении. Все больные были разделены на три группы в зависимости от хронологии возникновения у них изучавшегося синдрома, которая определялась по отношению к периоду манифестации сексуальных расстройств. Первую группу (доманифестное формирование) составили пациенты (27 чел.;

12.3±2.2%), у которых СТОСН развился до возникновения этих расстройств. Во вторую группу вошли мужчины (5 чел.; 2.3±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 ожиданием 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 этого не произошло, что и побудило мужчин обратиться за лечебной помощью. Третью группу составили пациенты (188 чел.; 85.5±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±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±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. 5 представлена разбивка больных по обозначенным выше группам и подгруппам, характеризующим возникновение СТОСН.

Таблица 5

Формирование синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи в хронологическом аспекте

Хронологические варианты СТОСН	Обследованные больные	
	абс. кол-во	P±Sp
Доманифестный	27	12.3 ±2.2
Манифестный	5	2.3±1.0
Постманифестный	188	85.5±2.4
а) острое и подострое развитие	124	66.0±3.5
б) постепенное развитие	64	34.0±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 неудовлетворить 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 5 была выявлена акцентуация характера тревожно-мнительного типа, а у одного — мозаичная психопатия. Лишь один пациент из данной группы 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 эро-

тических 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. ($7.4 \pm 3.0\%$), 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. ($3.7 \pm 3.6\%$), увренность 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±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±3.0% и 25.0±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±3.5%), а также постепенным (64 чел.; 34.0±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±0.8%), нарушение спонтанных сексуальных показателей — у 1 чел. (0.8±0.8%), копулятивные нарушения (физиологические и патологические) — у 101 чел. (81.5±3.5%), упреки и поведение партнерши — у 24 чел. (19.4±3.6%), разглашение сведений о сексуальной несостоятельности — у 1 чел. (0.8±0.8%), ятрогенные воздействия — у 2 чел. (1.6±1.1%), сведения о депотенцирующем действии анаболических стероидов — у 1 чел. (0.8±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 повсйгруппевцелом, сексуальные “сбои” при интимной близости выступали в качестве психотравмирующих факторов достоверно чаще, чем упреки и поведение партнерши (соответственно 81.0±3.5% и 19.4±3.6%; $p < 0.001$).

В подгруппе с постепенным постманифестным 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±1.6%), копулятивные нарушения (физиологические и патологические) — у 45 чел. (70.3±5.7%), упреки и поведение партнерши у 23 чел. (35,9±6.0%), измены жены — у 2 чел. (3.1±2.2%), боязнь не удовлетворить супругу — у 1 чел. (1.6±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. 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. ($18.5 \pm 3.5\%$), 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. ($1.6 \pm 1.1\%$).

Таблица 6
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 подострое развитие (124 набл.)		постепенное развитие (64 набл.)	
	абс. к-во больных	$P \pm S_p$	абс. к-во больных	$P \pm S_p$	абс. к-во больных	$P \pm S_p$	абс. к-во больных	$P \pm S_p$
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.)		постепенное развитие (64 набл.)	
	абс. к-во боль- ных	P±Sp	абс. к-во боль- ных	P±Sp	абс. к-во боль- ных	P±Sp	абс. к-во боль- ных	P±Sp
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
Информации о патогенном илиянии 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	-	-	-	-	-	-

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.1 и ятрогения, встречались каждый у 1 больного (0.8±0.8%). У 16 пациентов (12.9±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+3.5%), что достоверно превышает число истинных сексуальных расстройств, которые явились непосред-

венной 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 манифестном 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 постеганным 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. Данные о частоте обнаружения непосредственных причин сексуальных “сбоев”, предшествующих формированию вариантов постманифестного развития СТОСН, отражены в табл. 7.

Также актуальным является вопрос о симптоматике, предшествующей развитию СТОСН. Так, в группе больных с острым-подострым постмаанифестным развитием СТОСН (124 чел.) эрекционные нарушения предшествовали развитию СТОСН у 97 чел. ($78.2 \pm 3.7\%$), ускоренная эякуляция — 18 чел. ($14.5 \pm 3.2\%$), одновременно нарушения эрекции и эякуляции — у 7 чел. ($5.6 \pm 2.1\%$). Помимо этого, у 1 пациента ($0.8 \pm 0.8\%$) отмечалась неадекватная личностная реакция на нормальную продолжительность полового акта, которая воспринималась как ускоренная, а в одном случае ($0.8 \pm 0.8\%$), хотя эрекция была полной, но пациент не смог осуществить интроекцию, так как был сильно пьян. Анализ показал, что изолированные эрекционные нарушения достоверно преобладали над изолированным ускорением семяизвержения (соответственно $78.2 \pm 3.7\%$ и $14.5 \pm 3.2\%$; $p < 0.001$), а также над сочетанием нарушений эрекции и эякуляции (соответственно $78.2 \pm 3.7\%$ и $5.6 \pm 2.1\%$; $p < 0.001$). Вместе с тем число больных, где развитию СТОСН предшествовали изолированные эякуляторные нарушения, достоверно преобладало над количеством пациентов, где речь шла о сочетании эрекционных и эякуляторных расстройств (соответственно $14.5 \pm 3.2\%$ и $5.6 \pm 2.1\%$; $p < 0.02$).

Таблица 7
Частота непосредственных причин сексуальных “сбоев”, предшествующих формированию вариантов постманифестного развития СТОСН

Непосредственные причины сексуальных “сбоев”, приведших к развитию СТОСН	Варианты постманифестного развития СТОСН			
	Острое-подострое (124 набл.)		Постепенное (62 набл.)	
	абс. к-во обсл.	$P \pm Sp$	абс. к-во обсл.	$P \pm Sp$
Истинные сексуальные расстройства	23	18.5 ± 3.5	44	71.0 ± 5.8
Сексуальная абстиненция, и дизритмия	23	18.5 ± 3.5	6	9.7 ± 3.8
Употребление алкоголя	17	13.7 ± 3.1	2	3.2 ± 2.2
Увеличение предварительного периода	15	12.1 ± 2.9	–	–
Неблагоприятные условия для интимной близости	10	8.1 ± 2.5	–	–
Волнение, угнетенное состояние и т. п.	8	6.5 ± 2.2	–	–
Негативное восприятие физических и психических качеств и свойств партнерши	8	6.5 ± 2.2	–	–
Ссоры с женой	–	–	6	9.7 ± 3.8

Продолжение табл. 7

Непосредственные причины сексуальных “сбоев”, привед- ших к развитию СТОСН	Варианты постманифестного развития СТОСН			
	Острое-подострое (124 набл.)		Постепенное (62 набл.)	
	абс. к-во обсл.	P±Sp	абс. к-во обсл.	P±Sp
Усталость, общая астениза- ция	7	5.6±2.1	4	6.5±3,1
Мысли о возможной неудаче	3	2.4+1.4	–	–
Фиксация внимания на на- пряжении члена	3	2.4±1.4	1	1.6+1.6
Нарушение непрерывности при проведении интимной близости	2	1.6±1.1	–	–
Идеализация женщины	1	0.8 ±0.8	–	–
Чувство вины по отношению к партнерше	1	0.8±0.8	–	–
Отсутствие желания	1	0.8±0.8	–	–
Изменение сексуальной пози- ции	1	0.8 ±0.8	–	–
Боль в яичке	1	0.8±0.8	–	–
Неверие мужчины, что такая красивая женщина достанет- ся ему	1	0.8±0.8	–	–
Отвлечение внимания	1	0.8±0.8	–	–
Превышение индивидуально- оптимального сексуального ритма	1	0.8±0.8	–	–
Ятрогения	1	0.8±0.8	–	–
Не установлены	16	12.9±3.0	–	–

Помимо этого, нами был проведен анализ частоты выявления различных сексуальных дисфункций, предшествующих возникновению СТОСН при его остром-подостром постманифестном развитии у 102 больных, у которых именно личностная реакция на копулятивные нарушения явилась непосредственной причиной формирования СТОСН. Оказалось, что в данной группе изолированные нарушения эрекции наблюдались у 84 чел. (82.4±3.8%), изолированное ускорение семяизвержения — у 12 чел. (11,8±3.2%), сочетанное психотравмирующее влияние эректоц-ных и эякуляторных нарушений — у 4 чел. (3.9±1.9%). Два наблюдения, ще в одном случае (1.0±1.0%) речь шла о неадекватной личностной реакции на нормальную продолжительность полового акта как на уско-ренную, а в другом (1.0±1.0%) — о сексуальной неудаче, обусловлен-

ной сильным опьянением при полной сохранности эрекции (см. выше), были выявлены именно в этой подгруппе из 102 чел.

Статистический анализ и здесь показал достоверное преобладание изолированных нарушений эрекции над изолированными эякуляторными расстройствами (соответственно $82.4 \pm 3.8\%$ и $11.8 \pm 3.2\%$; $p < 0.001$), а также сочетанными нарушениями эрекции и эякуляции (соответственно $82.4 \pm 3.8\%$ и $3.9 \pm 1.9\%$; $p < 0.001$). Изолированные же расстройства эякуляции наблюдались достоверно чаще, чем сочетание эрекционных и эякуляторных нарушений (соответственно $11.8 \pm 3.2\%$ и $3.9 \pm 1.9\%$; $p < 0.05$).

Также нами были проведены сопоставления частоты различных симптомов, предшествующих развитию СТОСН, между всей группой больных, где речь шла об остром-подостром постманифестном развитии СТОСН, и выделенной из нее подгруппой, где именно сексуальные “сбои” приводили к развитию СТОСН. В результате данных сопоставлений сколько-нибудь существенных различий по всем анализируемым показателям выявлено не было.

Кроме того, был проведен анализ частоты выявления различных сексологических симптомов, предшествующих развитию СТОСН при его постепенном постманифестном развитии (62 чел.). При этом изолированное нарушение эрекции обнаружилось у 25 чел. ($40.3 \pm 6.2\%$), изолированное ускорение семяизвержения — у 22 чел. ($35.5 \pm 6.1\%$), сочетанное нарушение эрекции и эякуляции — у 10 чел. ($16.1 \pm 4.7\%$), анэякуляторные нарушения — у 2 чел. ($3.2 \pm 2.2\%$). Помимо этого, у 2 пациентов ($3.2 \pm 2.2\%$) отмечалась неадекватная личностная реакция на нормальную продолжительность полового акта, которая воспринималась как ускоренная, а в одном случае ($1.6 \pm 1.6\%$) имела место жалоба на потерю способности к повторному совершению полового акта. Обращает на себя внимание тот факт, что в указанной подгруппе по сравнению с Подгруппой больных с острым-подострым развитием соотношение различных симптомов было иным. Так, изолированные эрекционные нарушения встречались почти так же часто, как и изолированное ускорение семяизвержения (соответственно $40.3 \pm 6.2\%$ и $35.5 \pm 6.1\%$; $p > 0.5$). При суммации же всех эякуляторных нарушений (ускоренного семяизвержения и анэякуляторных расстройств) эти различия становились еще менее выраженными (соответственно $40.3 \pm 6.2\%$ и $38.7 \pm 6.2\%$; $p > 0.5$). Вместе с тем изолированные расстройства эрекции наблюдались достоверно чаще, чем анэякуляторные нарушения (соответственно $40.3 \pm 6.2\%$ и $3.2 \pm 2.2\%$; $p < 0.001$), а также сочетание расстройств эрекции и ускоренного семяизвержения (соответственно $40.3 \pm 6.2\%$ и $16.1 \pm 4.7\%$; $p < 0.01$).

Изолированное преждевременное семяизвержение, которое предшествовало развитию СТОСН, также достоверно преобладало над анэякуляторными нарушениями (соответственно $35.5 \pm 6.1\%$ и $3.2 \pm 2.2\%$; $p < 0.001$), а также сочетанием эрскционных нарушений с ускоренным семяизвержением (соответственно $35.5 \pm 6.1\%$ и $16.1 \pm 4.7\%$; $p < 0.02$).

Также был проведен анализ частоты обнаружения различных сексологических симптомов, предшествующих развитию СТОСН при его постепенном постманифестном развитии у 44 больных, где собственно реакция личности на копулятивную дисфункцию была причиной развития СТОСН. В порядке уменьшения частоты выявления данные симптомы расположились следующим образом. Расстройства эрекции были выявлены у 21 чел. ($47.7 \pm 7.5\%$), ускоренное семяизвержение — у 11 чел. ($35.0 \pm 6.5\%$), анэякуляторные нарушения — у 2 чел. ($4.5 \pm 3.1\%$), сочетанные расстройства эрекции и эякуляции — у 10 чел. ($22.7 \pm 6.3\%$). Сопоставление частоты этих симптомов показало, что изолированные расстройства эрекции встречались достоверно чаще, чем ускоренное семяизвержение (соответственно $47.7 \pm 7.5\%$ и $25.0 \pm 6.5\%$; $p < 0.05$), а также анэякуляторные нарушения (соответственно $47.7 \pm 7.5\%$ и $4.5 \pm 3.1\%$; $p < 0.001$). Кроме этого, отмечались достоверные различия между числом лиц с ускоренным семяизвержением и количеством больных с анэякуляцией (соответственно $25.0 \pm 6.5\%$ и $4.5 \pm 3.1\%$; $p < 0.01$). Вместе с тем сколько-нибудь существенных различий между количеством пациентов, где СТОСН развился либо в ответ на ускоренное семяизвержение, либо вследствие сочетанного нарушения эрекции и эякуляции (ускоренное семяизвержение), обнаружено не было (соответственно $25.0 \pm 6.5\%$ и $22.7 \pm 6.3\%$; $p > 0.5$).

Нами также было проведено сравнение частоты различных сексуальных дисфункций, предшествующих развитию изучавшегося синдрома в двух группах. Первая группа состояла из пациентов с постманифестным его формированием, а вторая включала только тех больных из первой группы, у которых именно копулятивные нарушения явились причиной развития этого синдрома.

Сопоставление указанных двух групп показало, что сколько-нибудь значимых различий в частоте выявления расстройств эрекции в них нет (соответственно $40.3 \pm 6.2\%$ и $47.7 \pm 7.5\%$; $p > 0.2$). Хотя в целом в группе больных, где СТОСН характеризовался постепенным постманифестным развитием, ускоренное семяизвержение наблюдалось чаще, чем в подгруппе, где оно при таком же развитии являлось непосредственной причиной возникновения синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи, однако данные различия небыли достоверны (соответственно

35.5±6.1% и 25.0±6.5%; $p>0.2$). Что касается анэякуляторных расстройств, то различий в частоте их обнаружения в обеих анализируемых группах также выявлено не было (соответственно 3.2±2.2% и 4.5±3.1%; $p>0.5$). При этом следует отметить, что выявленные анэякуляторные расстройства приводили к развитию СТОСН. Также не было обнаружено достоверных различий между сочетанными сексуальными нарушениями (расстройство эрекции плюс ускоренное семяизвержение) в двух сопоставляемых группах (соответственно 16.1±4.7% и 22.7±6.3%; $p>0.2$). В табл. 8 отражена частота “стартовых” симптомов при различных вариантах постманифестного развития СТОСН (речь идет лишь о тех случаях СТОСН, которые развились вследствие реакции личности на указанную симптоматику).

Таблица 8
“Стартовые” сексологические симптомы у больных с различными вариантами постманифестного формирования СТОСН

Сексологические симптомы	Частота “стартовых” сексологических симптомов (P±Sp) у 102 больных с острым и подострым формированием СТОСН	Вероятность случайности различий* (p)	Частота “стартовых” сексологических симптомов (P±Sp) у 44 больных с постепенным постманифестным формированием СТОСН
Изолированные нарушения эрекции	82.4±3.8	<0.001	47.7±7.5
Изолированное ускорение семяизвержения	11.8±3.2	>0.05	25.0±6.5
Изолированные анэякуляторные нарушения	–	–	4.5±3.1
Сочетание эрекционных и эякуляторных нарушений	3.9±1.9	<0.01	22.7±6,3
Отсутствовали (неадекватная личностная реакция на нормальные сексуальные функции)	2.0±1.4	–	–

*Вероятность случайности различий 0,05 соответствует их достоверности 95%, 0.01 – 99%, 0.001 – 99.9%.

Таким образом, проведенный нами анализ в группе с постманифестным развитием СТОСН (острым-подострым и постепенным) показал, что в порядке значимости симптомы, которые непосредственно участвовали в формировании изучавшегося синдрома в связи с реакцией личности на сексуальные нарушения, расположились следующим образом. На первом месте оказались расстройства эрекции, на втором — ускоренное семяизвержение, на третьем — сочетание эрекционных нарушений и ускоренного семяизвержения. Что касается анэякуляции, то она выполняла указанную функцию в единичных наблюдениях у пациентов с постепенным постманифестным развитием СТОСН. Отсюда можно сделать вывод, что именно расстройства эрекции являются наиболее значимыми для мужчин. Это вполне объяснимо, так как в целом ряде случаев указанные расстройства могут попросту блокировать возможность проведения полового акта. Вместе с тем определенную роль играет и ускоренное семяизвержение, особенно те его варианты, которые практически исключают фрикции. Речь идет о тех случаях, когда эякуляция наступает либо до интродекции (ЕАР), либо еще когда семяизвержение возникает в момент введения (вариант, промежуточный между ЕАР и ЕРА).

Сексологические симптомы, которые являются причиной формирования СТОСН вследствие реакции личности на копулятивную дисфункцию, по нашему мнению, целесообразно называть “стартовыми” или “старт-симптомами”.

Следует отметить, что вопросы формирования синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи многомерны и сложны. В данном разделе вскрыта лишь часть закономерностей данного формирования, которое под другими углами будет рассмотрено в иных разделах монографии.

3. 2. Клинические проявления

3.2.1. Симптоматика и симптомообразование

С целью изучения симптоматики и симптомообразования у больных со СТОСН было углубленно обследовано 254 чел. в возрасте от 16 до 69 лет. У 5 больных ($2.0 \pm 0.9\%$), несмотря на наличие СТОСН, не было выявлено каких-либо копулятивных нарушений (мнимые сексуальные расстройства). У 3 больных ($1.2 \pm 0.7\%$) 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 конкрет-

ный 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 была диагностирована 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 с этой целью был проведен среди 67 пациентов. Оказалось, 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 выявленной 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 симптомов, наблюдаемых при относительно “чистых” формах синдрома тревожного ожидания неудачи, из упомянутых 245 случаев было отобрано 113 (“очищенная” группа), где речь шла об этом синдроме, определяемом рамками акцентуаций и погранич-

ных состояний (неврозы, психопатии). 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 их частоты расположились следующим образом. Расстройства эрекции наблюдалось у 107 чел. ($94.7 \pm 2.1\%$), эякуляции — у 26 чел. ($23.0 \pm 4.0\%$), либидо — у 22 чел. ($19.5 \pm 3.7\%$), оргазма — у 7 чел. ($6.2 \pm 2.3\%$). 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 чел. ($3.8 \pm 3.7\%$). Анализ причин возникновения расстройств эякуляции в “очищенной” группе показал, что у 10 чел. ($38.5 \pm 9.5\%$) из 26, где эти расстройства 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 опосредованным 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 $94.7 \pm 2.1\%$ — 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 вообще 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 бы 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 чел. ($3.6 \pm 3.5\%$). 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 чел. ($17.9 \pm 7.2\%$), выраженная — у 4 чел. ($14.3 \pm 6.6\%$). Таким образом, в сумме сексуальная гипестезия и анестезия были обнаружены у 14 чел. ($50.0 \pm 9.4\%$).

Вопрос об особенностях частотной характеристики симптомов при рассматриваемом синдроме должен быть обсужден и со сравнительных позиций. Так, Г. С. Васильченко (1969) у наблюдавшихся им 600 больных с различными сексуальными расстройствами обнаружил жалобы на эрекцияные нарушения у 453 чел. ($75.7 \pm 1.8\%$), эякуляции — у 313 чел. ($52.2 \pm 2.0\%$), полового влечения — у 175 чел. ($29.2 \pm 1.9\%$). Следовательно, среди обследованных нами больных общей группы расстройства эрекции встречались чаще, чем у неотобранного контингента больных (соответственно $87.3 \pm 2.1\%$ и $75.7 \pm 1.8\%$; $p < 0.001$). Эти различия становились еще более весомыми при сопоставлении частоты эрекцияных нарушений в “очищенной” группе и среди больных, обследованных Г. С. Васильченко (соответственно $94.7 \pm 2.1\%$ и $75.7 \pm 1.8\%$; $p < 0.001$). 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 $75.7 \pm 1.8\%$ и $52.2 \pm 2.0\%$ — $p < 0.001$; $94.7 \pm 2.1\%$ и $23.0 \pm 4.0\%$ — $p < 0.001$). Помимо этого, расстройства эякуляции наблюдались среди неотобранного контингента сексологических больных несравненно чаще, чем расстройства полового влечения (соответственно $52.2 \pm 2.0\%$ 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 со СТОСН и мужчин с различными половыми расстройствами отражена в табл. 9.

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 9
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. полов. расстройствами (по Г. С. Васильченко, 1969)
Нарушения либидо	26.5±2.8	>0.1	19.5±3.7	<0.05	29.2±1.9
Эрекциионные 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

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 затянутым (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 интродекции, которая не удавалась из-за выраженности снижения напряжения члена. Нередко речь шла об альтернирующих эрекссионных нарушениях, когда ко время одних половых актов с данной партнершей напряжение члена было нормальным, а во время других — отмечались различные эрекссионные нарушения. Наблюдались и случаи, когда первый половой акт не удавалось провести из-за ослабления эрекции во фрикционной стадии, а повторный половой

акт, совершаемый в тот же день, протекал нормально. Иногда эрекционные 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, вечерние, а иногда даже и ночные часы. Оценивая характер нарушений утренних эрекций, 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 изначально 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; чбм 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 эрекций. Когда же пробуждения не наступали, рассуждал это как ненормальное явление, так как сам факт пробуждения связывал с наличием напряжения члена.

Тревожное ожидание неудачи и связанный с ним гиперконтроль подчас не оставляют больных и во время сновидений. Например, один из наших больных во время ночного эротического сновидения не мог совершить половой акт, так как следил за эрекцией, что приводило к ее исчезновению. С целью установления частоты существования тревожного ожидания неудачи при эротических сновидениях нами был специально опрошен 71 чел. Оказалось, что 22 чел. ($31.0 \pm 5.5\%$) отрицали у себя наличие таких сновидений, во всяком случае за период с момента возникновения СТОСН, что в ряде наблюдений зависело от регулярности сексуальной самореализации в состоянии бодрствования (половые акты, мастурбация). 32 чел. ($45.1 \pm 5.9\%$) не отметили тревожного ожидания неудачи при эротических сновидениях. 14 чел. ($19.7 \pm 4.7\%$), напротив, утверждали, что такое ожидание (не всегда постоянное) имеет место при указанных сновидениях. 3 чел. ($4.2 \pm 2.4\%$) не могли определенно высказаться по этому поводу, так как плохо помнили детали анализируемых сновидений.

Интерес представляет клиническое наблюдение, не включенное в эту группу, где сновидение отражало связь между ситуацией, когда

больной впервые потерпел фиаско, а также состоянием дел на сегодня. Кроме этого, сновидение символически как бы разрешало эмоционально трудное положение, в котором находился пациент.

Больной Т., 22 года, холост. Диагноз: невроз ожидания неудачи на фоне слабой половой конституции; симптомы гипозрекции и ускоренного семяизвержения. Четыре года назад, перед призывом в армию, попытался совершить половой акт в лесу с 27-летней женщиной легкого поведения, с которой ранее никогда не встречался, по ее инициативе. Она была пьяна, непривычно для него, одета (трусов на ней не оказалось) и вела себя весьма фривольно. Просила партнера поторопиться с интимной близостью, так как, по ее утверждению, спешила домой. Все это привело к исчезновению эрекции члена, которая и изначально, была ослаблена, при попытке совершить иитроекцию. Женщина упреков не высказала. Затем подоспел его друг, у которого с ней все получилось. Вскоре после случившегося этот друг рассказал о постигшей пациента неудаче товарищам и один из них спросил нашего пациента: “Что же ты не мог ее наказать? Что у тебя не...?”. Если не само фиаско наш больной практически никак не отреагировал, то эти слова были ему неприятны. После происшедшего, во время службы и армии, спонтанные эрекции, а также эрекции при просмотре фильмов с эротическими сюжетами были полными. Поэтому считал, что у него все нормально и не понимал, почему его постигла неудача. Сразу же после окончания службы в армии ребята познакомили его с 16-17-летней женщиной легкого поведения, которая ему не понравилась. В тот же день попытался совершить с ней половой акт в насадке, но ничего не получилось. Решил, что это не случайно, так как вспомнил первую неудачную попытку. Обратился за помощью в поликлинику райцентра (жил в селе) где ему посоветовали проконсультироваться у сексопатолога в г. Харькове. В связи с тем, что ему в районе помочь не смоют, а также учитывая тот факт, что его невеста учится в одном из харьковских техникумов, решил обосноваться в Харькове, что и сделал. Врач-сексопатолог, к которому он обратился, посоветовал ему найти женщину, которая умеет приласкать. Совершил 10-15 попыток с разными женщинами легкого поведения, и, несмотря на то, что условия для интимной близости всякий раз были благоприятные, ни одна из попыток не увенчалась успехом. В течение всего этого времени усиливалось тревожное ожидание сексуальной неудачи. В последние полгода перед обращением ко мне спит ночью со своей невестой 2 раза в неделю. Она при этом полностью обнажена, а он в трусах. Объясняет ей отсутствие сексуальной активности со своей стороны тем, что если они начнут жить половой жизнью, то тогда он ее впоследствии оставит. Невеста же в ответ заявляет: “Какие же мы с тобой глупые”. И все же за это время пациент совершил с ней одну безуспешную попытку. Вместе с тем невеста в отместку за то, что он ходил к другим женщинам, о чем она знала, трижды вступала в связь с одним мужчиной. Правда, она даже не догадывается о сексуальном расстройстве у своего жениха. При анализе эротических сновидений у этого больного оказалось, что ему чаще снятся неудавшиеся половые акты и лишь иногда — полноценные. Незадолго до обращения ко мне ему приснился сон, что его друг, у которого в лесу все получилось с пьяной женщиной, проводит половой акт с его невестой, а он присутствует при этом. Затем он (пациент) снимает брюки, показывает ей эрегированный член и говорит: “Смотри, у меня что ли не...?”.

Спонтанные эрекции у больных со СТОСН могут нарушаться не только вследствие гиперконтроля напряжения 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.

Больной М., 30 лет, холост. Диагноз: депрессивный невроз с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи у личности, акцентуированной по аффективно-экзальтированному типу. Обратился за медицинской помощью спустя 3 недели после попытки, которая не удалась из-за отсутствия эрекции, связанного с гиполибидемией, обусловленной употреблением 200 г крепленого вина, которое в последнее время снижает желание. Партнерша его не упрекали, однако он отреагировал на фиаско весьма болезненно. Значительно снизилось настроение, ухудшился ночной сон (засыпал с трудом, просыпался часто), стал слегка раздражительным. Суицидальных мыслей не было. Продолжал ходить на работу, однако даже там не мог более чем на несколько минут отвлечься от мыслей о своей сексуальной несостоятельности. После срыва стал безразличен к происходящему, бездеятельным, меньше читал газеты, не посещал кинотеатров, так как теперь даже интересные фильмы не вызывали у него никакого отклика. Характеризует свое настроение как подавленное. После неудачной попытки а течение 3 недель всего 1 или 2 раза возникало частичное напряжение члена, которое ранее по утрам было полным и почти ежедневным. За 3 недели, которые прошли с момента неудачи, эротических сновидений, да и ночных поллюций, сопряженных с ними, не было. После неудачи часто фиксировал свое внимание на «тепе (и по утрам, и в остальное время).

Таким образом, в данном клиническом наблюдении главный фактор, по нашему мнению, вызывающий снижение эрекции, — субдепрессия, возникшая в результате сексуальной психотравматизации. Гиперконтроль же за напряжением члена в данном случае играет вспомогательную роль.

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 реакции 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 некоторых случаях нами определялось неспецифическое для СТОСН снижение либидо, обусловленное нарушением межличностных отношений в партнерской паре.

Расстройства эякуляции у обследованных нами больных, как указывалось ранее, были обусловлены тревожным ожиданием неудачи (прямое патогенное влияние изучавшегося синдрома), а также его опос-

редованным 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 с вызванными СТОСН эрекционными нарушениями, которые в части случаев являлись причиной различных расстройств эякуляции (ускоренное семяизвержение, эякуляция тарда, 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. 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 усложнении структуры последних. Так, если хронический простатит проявляется лишь эякуляторными нарушениями, а при его утяжелении возникли нарушения эрекции, то эякуляторные нарушения следует считать инициальными симптомами, 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 так далеко, что гипозрекция обусловит анэякуляторный коитус (мнимое отсутствие семяизвержения по В. М. Маслову, 1978). 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.

Мы уже неоднократно упоминали о влиянии тревожного ожидания неудачи на возникновение или усугубление сексуальных нарушений.

Также не раз указывалось на патогенное влияние связанного с этим ожиданием гиперконтроля сексуальных реакций, действие которого особенно наглядно проявляется при расстройствах эрекции (визуальный, мануальный контроль и контроль “по ощущению”). Однако следует назвать все остальные симптомообразующие факторы, которые определяют неблагоприятное влияние изучавшегося синдрома на сексуальные функции. 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 этих 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 об обязанности огласки. В некоторых случаях пациент ориентирован только на себя или преимущественно на себя и его мало волнуют переживания женщины во время и после интимной

близости (андроцентрический вариант СТОСН). В других случаях больного больше беспокоят переживания и самочувствие партнерши в связи с неполноценными половыми актами, а его собственные проблемы рассматриваются преимущественно через эту призму и как бы отходят на второй план (феминистический вариант СТОСН). В ряде случаев речь идет о смешанном варианте СТОСН, когда в создавшейся ситуации пациента приблизительно в равной мере беспокоит как его собственная “копулятивная проблематика”, так и переживания женщины.

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 эрекцияльные “сбои”, то семантика СТОСН включает именно опасение расстройств эрекции. Вместе с тем бывает и так, что хотя нарушение проявлялось в ускоренном семяизвержении, тем не менее при последующих попытках пациент боится возникновения эрекцияльных “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. Приведем соответствующий пример.

Больной Ш., 22 года, холост. Диагноз: невроз ожидания неудачи, анэрекцияльный симптом. Считает себя больным в течение двух лет после первой неудачной попытки, имевшей место сразу после окончания службы в армии. До этого никаких сексуальных проблем не было. Во время прохождения службы половой жизнью не жил. Упомянутая неудачная попытка была с женщиной 20 лет, которая ему не очень нравилась. С ней был ранее знаком, так как вместе учились в школе. Однако никогда до этого не встречался с ней как с женщиной. Решил .. совершить половой акт исключительно для того, чтобы снять сексуальное напряжение (гомеостабилизирующий тип сексуальной мотивации). Желание было огромным. Полчаса ее уговаривал, так как она для приличия сопротивлялась. Эрекция все это время была хорошей. Когда же партнерша, наконец, согласилась, то семяизвержение произошло еще до введения члена. Тогда отреагировал на неудачу спокойно, так как связал ее с длительным половым воздержанием и слишком сильным возбуждением. Хотя женщина упреков не высказывала, однако, на ее лице было видно, что она недовольна. Вторая попытка состоялась спустя 10 дней с 18-летней женщиной легкого поведения вечером в лесу. Был трезв. На этот раз сомневался в успехе. Когда начали обниматься, половое влечение пропало, возникла неуверенность в своих сексуальных способностях появились волнение и боязнь, что напряжение члена может не возникнуть; Так и случилось. Поэтому даже не разделся (мнимая попытка). Сделал вид, что у него не было

намерения совершить половой акт. С этого времени существует постоянная неуверенность и своих мужских качествах.

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 тренога по поводу качества эрекции.

Вторым 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). Для выявления последних нами было опрошено 109 больных со СТОСН, который наблюдался при неврозах, акцентуациях и психопатиях. 76 чел. ($69.7 \pm 4.4\%$) отмечали их у себя, а 33 чел. ($30.3 \pm 4.4\%$) отрицали их наличие. Многие больные, у которых выявились указанные изменения, говорили о возникновении у них напряжения в мышцах всего тела или определенных его участков (верхней половины туловища, ног и т. п.). В ряде случаев, где имело место напряжение мышц всего тела, больные; тем не менее отмечали его преимущественную представленность в определенных мышцах (например, мышцах торса), а у одного пациента напряжение мышц лица сопровождалось расслаблением других мышц. Один из обследованных нами больных сообщил, что мышечное напряжение в верхней половине туловища сочетается у него с ощущением скованности и одеревенелости. Иногда отмечалось подергивание отдельных мышц. Один из наших пациентов указывал на возникновение судорожных явлений в мышцах правого бедра.

Следует отметить, что вегетативные дисфункции, обусловленные психогенными влияниями, в том числе наблюдающиеся при неврозах, находятся в поле зрения исследователей (Г. М. Дюкова, 1977; Г. М. Дюкова и соавт., 1978, 1989; А. М. Вейн, А. Д. Соловьева, О. А. Колосова, 1981; Н. Д. Лакосина, О. Ф. Панкова, 1988; Ю. Л. Курако, В. Е. Волянский, 1989; А. А. Шутов, Л. В. Пустоханова, В. В. Шестаков, 1989; О. Ф. Панкова, А. К. Суворов, 1990 и др.), чего нельзя сказать о данных отклонениях, связанных с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи. Нами же у этих больных выявлялись различные нарушения, которые возникали в обстановке интимной близости и являлись следствием дисфункции вегетативного отдела нервной системы. Они носили характер ситуационных пароксизмов и субпароксизмальных со-

стояний симпатико-адреналового или смешанного характера. Симпатико-адреналовые пароксизмы и субпароксизмальные состояния проявлялись учащенным сердцебиением, ознобом, ознобоподобными гиперкинезами. В единичных наблюдениях отмечались неприятные ощущения в области сердца и за грудиной. У одного пациента было выявлено появление от волнения пульсирующей головной боли височной локализации, которая возникала у него несколько раз в неделю и вне обстановки интимной близости, что являлось следствием постгриппознош хронического энцефалита. Таким образом, СТОСН лишь обнажал существующее соматическое (в широком смысле) неблагополучие, обусловленное неврологическим заболеванием. В одном наблюдении речь шла об учащенном дыхании. В случаях смешанных вегетативных пароксизмов, помимо перечисленных выше проявлений, отмечались затруднения дыхания на вдохе, сопровождающиеся чувством нехватки воздуха. В одном из указанных наблюдений дыхание было настолько затруднено, что, по словам больного, даже возникала “хрипота”. Лишь у одного пациента были зафиксированы затруднения дыхания на вдохе и на выдохе одновременно. Также по результатам опроса имели место урчание в животе, позывы на дефекацию, повышенное потоотделение, редко чувство жара и покраснение лица. У одного пациента, страдающего язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки сразу же после полового акта или. спустя 10-15 мин после его окончания появлялись боли в эпигастральной области, что до возникновения СТОСН у него не наблюдалось. Они возникали тогда, когда он нервничал. В связи с плохим качеством полового акта он нервничал всегда. В одном наблюдении была отмечена отрыжка воздухом. В случае активизации парасимпатического отдела вегетативной нервной системы иногда появлялись позывы к мочеиспусканию, что у одного из обследованных нами больных сопровождалось болями в области мочевого пузыря слабой интенсивности. Для более подробного ознакомления со случаями, где позывы к мочеиспусканию были сопряжены с интимной близостью, приведем ряд примеров. Так, у больного Ш., 34 лет, у которого были диагностированы вторичная патогенетическая титуляризация, персистирующая после санации хронического простатита, и невроз ожидания неудачи, в предварительном периоде почти постоянно появлялись позывы к мочеиспусканию (хотя непосредственно перед интимной близостью мог помочиться). При половом контакте позыв ослабевал, а непосредственно после коитуса вновь усиливался. У пациента С., 25 лет, которому был поставлен диагноз “невроз ожидания неудачи на фоне слабой половой конституции”, через 15 мин после полового акта в 80% случаев также возникали слабые позывы к мочеиспусканию, несмотря на то, что незадолго перед половым актом

он мог помочиться. Количество мочи было малым, позыв к мочеиспусканию, при котором отходила моча обычного цвета, единичным. Интенсивность позыва была такой, что он мог и воздержаться от удовлетворения возникшего желания.

Очень редко описанные нарушения в вегетативной сфере наблюдались изолированно. Чаще речь шла о различных их сочетаниях, о чем, в частности, свидетельствует следующий пример.

Больной С., 49 лет, холост. Диагноз: депрессивный невроз с синдромом тревожно-ожидания сексуальной неудачи на фоне слабой половой конституции, гипнозекционный симптом. Хронический вялотекущий простатит. Олигофрения в степени легкой дсбильности. По время интимной близости в предварительном периоде у пациента появляется напряжение мышц рук, ног, туловища, ознобopodobный гиперкинез в руках и сокращение их отдельных мышц, позывы к мочеиспусканию перед ноиторной попыткой (хотя незадолго До полового акта мог помочиться), из-за чего приходится даже прерывать ласки и удовлетворять возникшую потребность. Помимо этого, у него отмечаются затрудненное дыхание на вдохе, а также повышенное потоотделение.

Кроме обнаруженных с помощью обычного расспроса ощущений, возникающих у больных со СТОСН в обстановке интимной близости, нам удалось обнаружить появление у них в указанной обстановке и других ощущений. Это стало возможным благодаря тому, что мы просили пациентов представить свой страх кинестетически, визуально и аудиально. При этом запястье их правой руки охватывалось левой кистью врача. Такое обследование было проведено среди 33 человек. Кроме нарушений, которые были выявлены нами при простом опросе, пациенты указывали на появление у них тепла в затылочной части головы и в щеках, ощущение пустоты в голове; онемение передней поверхности шеи; тяжесть в верхних, средних и нижних отделах грудной клетки, ощущение сдавливания в груди, онемение по передней поверхности грудной клетки, а также в ее левой половине. Они отмечали холод и онемение в спине, “пробегание” по ней “мурашек”, сжатие мышц всего живота, тяжесть в верхней его половине, давление, холод и онемение в нижней части живота, чувство тепла, поднимающегося из области солнечного сплетения к середине грудной клетки и опускающегося обратно, а также сжатие мышц промежности. Больные также указывали на онемение и холод в члене, ощущение “провала” и пустоты в нем, исчезновение ощущений члена и яичек (“как будто их нет”). Их беспокоили тяжесть, холод и онемение в руках (последнее достигало кистей), онемение в кончиках пальцев рук, “пробегание мурашек” по задней поверхности рук и тяжесть в них; тяжесть, онемение и холод в ногах, скованность в мышцах бедер, “ползание мурашек” в коленных чашечках, слабость в ногах, их “подкашивание” в коленках, а также чувство жара в стопах. Помимо этого, пациенты отмечали ощущение “волнения в сердце”,

холод или тепло во всем теле, слабость во всем организме, ощущение, что тело как бы уходит в ноги, чувствовали одинарный, двойной и тройной (по частоте) пульс во всем теле.

Описанные ощущения значительно чаще наблюдались в различных сочетаниях. Иногда попытки обнаружить их были безуспешными. Сопоставление сданными обычного опроса, который мы проводили в указанных случаях, свидетельствовало о том, что точно такие же ощущения больные в ряде случаев испытывали и в обстановке интимной близости и речь может идти лишь об их различной интенсивности.

Больной С., 28 лет, женат. Диагноз: невроз ожидания неудачи, хронический простатит на фоне слабой половой конституции; симптомы гипозэрекции и ускоренного семяизвержения. При описываемом исследовании по сенсоризации СТОСН сообщил, что у него пропало ощущение члена и яичек (как будто их нет), а также возникли дрожь в коленках, жар в щеках, усиленное потоотделение в подмышечных областях. Последнее отмечал при половых актах и до развития сексуального расстройства, но сейчас его выраженность несколько больше. Констатирует, что все указанные явления имеют место и в обстановке интимной близости, поболее интенсивны. В этой же обстановке возникает дрожь не только в коленках, но и во всем теле.

Нередко пациенты признавали появление у них во время интимной близости лишь некоторых ощущений из тех, что возникали при описываемой пробе.

Больной О., 41 год, женат. Диагноз: невроз ожидания неудачи; симптомы гипозэрекции и гиполибидемии. При пробе с сенсоризацией СТОСН отметил у себя ощущение тепла во всем теле и появление испарины на лбу. Указал на "чувство" пульсации в подмышечных областях и направляющийся от них к кистям рук "поток теплой крови". Если первые ощущения возникают у него и в обстановке интимной близости, то вторые, трудно описываемые, в данной обстановке он как-то не замечал.

В ряде наблюдений при проводимой пробе больные испытывали ощущения, которые, по их мнению, полностью отсутствовали при сексуальных контактах.

Больной К., 20 лет, холост. Диагноз: невроз ожидания неудачи у личности, акцентуированной по психастеническому типу с шизоидными включениями; гипозэрекционный симптом. При пробе с сенсоризацией СТОСН почувствовал озноб в области грудины, в эпигастрии и дрожь в коленках. Этих ощущений, а также каких-либо других, кроме психического напряжения ("мандража"), во время интимной близости он никогда не замечал.

По нашему мнению, ощущения, которые возникают при указанной пробе, в ряде случаев могут просто не замечаться мужчинами во время интимной близости, так как в данном случае, даже при наличии тревожного ожидания неудачи, они, в первую очередь, являются исполнителями, а не наблюдателями, что и повышает порог восприятия.

Вместе с тем отмеченная диссоциация в испытываемых ощущениях, не всегда обусловлена названными факторами (истинная или вообража-

емая интимная близость, преимущественно исполнительская функция или роль наблюдателя). По нашему мнению, в ряде случаев речь идет об ассоциативных явлениях, когда негативное психическое состояние, испытываемое пациентами во время пробы с сенсоризацией СТОСН, оживляет кинестетические ощущения, возникающие у них при каких-либо других отрицательных переживаниях.

Больной И., 30 лет, холост. Диагноз: невроз ожидания неудачи, гипозрексционный симптом; первичный гипогонадизм (вследствие крипторхизма) с поражением тубулярной ткани, гипоплазия яичек. При пробе с сенсоризацией СТОСН, помимо ощущений, испытываемых им при сексуальных контактах, отмечает чувство одинарного, двойного и тройного пульса (по частоте), биение которого ощущает всем телом. Это не сопряжено с половым актом, но иногда возникает во время ночного сна и даже может разбудить его. Появление указанных ощущений связываете рассказами отца, умершего от “болезни сердца”: Они возникли сразу после его смерти, а может, и раньше.

Некоторые ощущения, которые были обнаружены с помощью описываемой пробы и наблюдались во время интимной близости, носили компенсаторный характер и обуславливались другими, отрицательно воспринимаемыми, ощущениями. Так, например, один из наших больных отмечал у себя напряжение (“сдавление”) мышц промежности, носящее компенсаторный характер, так как он вследствие отсутствия ощущения полового члена с помощью сокращений этих мышц хотел его все-таки прочувствовать, проверить степень его напряжения, а также усилить эрекцию.

При проведении пробы с сенсоризацией СТОСН нами также были получены визуальные репродуцируемые или конструируемые образы и сюжеты, которые позволяли судить о том, как пациент относится к создавшейся, ситуации или как, по его мнению, к ней относится его партнерша. Так, один из наших больных увидел тридцатилетнюю обнаженную шатенку. Она ничего не говорила, но жестами и улыбкой склоняла его к интимной близости, на которую он не решался: опасался, что у него ничего не получится. Другой мужчина увидел обнаженную партнершу в обстановке интимной близости. Она смотрела на него укоризненно, как будто чем-то была недовольна, а потом и вовсе отвернулась.

Возникающие зрительные образы так же, как и кинестетические ощущения, могут носить и ассоциативный характер. В данном случае они обладают негативным эмоциональным потенциалом. Так, один пациент при проведении характеризуемого диагностического теста увидел заросшее темное неподвижное лицо и волосы на голове, растущие практически от бровей. Он сказал, что это соответствует образу И. В. Сталина, который возник у него вчера, когда он читал на ночь повесть Александра Бека “На следующий день”.

Помимо кинестетических ощущений и визуальных образов и сюжетов, иногда, особенно по подсказке экспериментатора, возникало словесное оформление происходящего. Так, например, один из обследованных нами больных при проведении пробы с сенсоризацией СТОСН увидел свою жену обнаженной. Она смотрела на него укоризненно и говорила, что не верит в улучшение положения, даже в случае лечения (слышать ее голос он начал после того, как я спросил, что она говорит). Супруга говорила ему об этом и наяву.

Таким образом, следует отметить, что проба с сенсоризацией СТОСН, которую мы проводили, дала возможность выявить у больных с изучавшимся синдромом те изменения, которые раньше не выявлялись, что обогащает данные о клинике упомянутого синдрома, а также в некоторых случаях углубляет знания о больном.

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 эрекционная, так и эякуляторная функции. Показателен следующий пример.

Больной Г., 30 лет, женат. Диагноз: невроз ожидания неудачи у личности с тревожно-мнительной акцентуацией характера на фоне слабой половой конституции, симптомы ускоренного семяизвержения и гипозрекции. Во время прелюдии и при фрикциях испытывает выраженный страх, что наступит быстрое семяизвержение. В связи с этим, кроме половых актов, где речь идет только об ускоренном семяизвержении, в ряде случаев выраженное эмоциональное напряжение приводит к тому, что может исчезнуть напряжение полового 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 будет с легкостью убедиться в том, 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.

Резюмируя приведенные выше данные по анализу формирования симптомов при синдроме тревожного ожидания 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 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.

Продолжая характеризовать симптоматику, наблюдающуюся у больных со СТОСН, следует отметить, что, помимо копулятивных нарушений, отмечающихся в обстановке интимной близости, у них также нередко имеют место изменения, которые наблюдаются и вне таковой. Помимо гиперконтрастной степени напряжения члена, который, как отмечалось ранее, в более выраженных случаях касается и спонтанных эрекций и может наблюдаться в любое время, пациенты подчас в течение всего дня могут думать о своей сексуальной несостоятельности, что приводит к снижению настроения. Это снижение может достигать уровня субдепрессии и депрессии. Уровень гипотимии коррелирует с тем заболеванием, при котором наблюдается синдром тревожного ожидания неудачи. Также характерна зависимость степени снижения настроения от занятости больных и их увлеченности чем-либо в данный конкретный промежуток времени. Если им удастся отвлечься, например, при выпол-

нении производственных заданий, то их настроение улучшается. Вместе с тем в ряде случаев пациенты даже на работе и во время учебы подчас практически не способны отвлечься от беспокоящих их мыслей, а если им это удается, то лишь ненадолго. Кроме того, у больных со СТОСН может отмечаться астеническая симптоматика (раздражительность, вспыльчивость, расстройства сна и др.), степень выраженности которой также зависит от диагностированного у них заболевания. Гриппозные расстройства у пациентов часто зависят именно от беспокоящих их мыслей о своей сексуальной несостоятельности. Такие же мысли лежат в основе развивающегося при указанной патологии астенического синдрома. У части наблюдавшихся нами больных со СТОСН также появлялись отсутствовавшие до развития сексуального расстройства повышенная мнительность и впечатлительность, замкнутость скрытность, повышенная ревнивость, уступчивость, молчаливость, задумчивость, которые носили динамический характер и нивелировались в случае ликвидации копулятивных нарушений.

3.2.2. Структурный анализ сексуальных расстройств, в формировании которых участвовал изучавшийся синдром

Структурный анализ сексуальных расстройств был проведен 252 мужчинам со СТОСН в возрасте от 16 до 69 лет. Выделено 6 возрастных групп: до 20 лет (2 чел.; 0.8±0.6%); 20-29 лет (105 чел.; 41.7±3.1%); 30-39 лет (82 чел.; 32.5±3.0%); 40-49 лет; (38 чел.; 15.1±2.3%); 50-59 лет (17 чел.; 6.7±1.6%); 60-69 лет (8 чел.; 3.2±1.1%). Таким образом, больные со СТОСН в основном были сосредоточены в возрастном диапазоне 20-49 лет (89.3±1.9%) с наибольшей их концентрацией в интервале 20-39 лет (74.2±2.8%). Это лишний раз указывает на актуальность проведенного исследования, так как среди пациентов с данной патологией в соответствии с классификацией ВОЗ, согласно которой средний возраст начинается с 45 лет, преобладают мужчины молодого возраста, в котором, как правило, создаются семьи. Вместе с тем, как видно из представленных данных, СТОСН может наблюдаться в любом возрасте и не является исключительной прерогативой молодых мужчин.

В результате проведенного анализа выяснилось, что у 70 чел. (27.8±2.8%) речь шла о поражении одной составляющей копулятивного цикла, у 128 чел. (50.8±3.1%) — о поражении двух составляющих, у 50 чел. (19.8±2.5%) — о поражении трех составляющих, у 4 чел. (1.6±0.8%) — о поражении четырех составляющих. При облигатном поражении психической составляющей поражение нейроморальной

составляющей отмечалось у 106 чел. ($42.1 \pm 3.1\%$), эрекциионной — у 12 чел. ($4.8 \pm 1.3\%$), эякуляторной — у 119 чел. ($47.2 \pm 3.1\%$). При определении степени участия каждой из составляющих копулятивного цикла в обеспечении сексуального расстройства оказалось, что основное (“стержневое”) поражение нейрогуморальной составляющей имело место у 13 чел. ($5.2 \pm 1.4\%$), психической — у 185 чел. ($73.4 \pm 2.8\%$), эрекциионной — у 8 чел. ($3.2 \pm 1.1\%$), эякуляторной — у 46 чел. ($18.2 \pm 2.4\%$). Вышеприведенные сведения отражены в табл. 10.

Таблица 10

Данные структурного анализа сексуальных расстройств у 252 больных со СТОСН

Составляющие копулятивного цикла	Частота поражения		Частота стержневого поражения	
	абс. кол-во больных	$P \pm Sp$	абс. кол-во больных	$P \pm Sp$
Нейрогуморальная	106	42.1 ± 3.1	13	5.2 ± 1.4
Психическая	252	100.0	185	73.4 ± 2.8
Эрекциионная	12	4.8 ± 1.3	8	3.2 ± 1.1
Эякуляторная	119	47.2 ± 3.1	46	18.2 ± 2.4

Сопоставление частот “стержневого” поражения составляющих копулятивного цикла у обследованных нами больных и пациентов с различными сексуальными расстройствами (Г. С. Васильченко, 1986) показало вполне закономерное преобладание в нашем материале стержневого поражения психической составляющей (соответственно 73.4% и 50.8%). Среди всех случаев поражения каждой из составляющих копулятивного цикла стержневое поражение нейрогуморальной составляющей отмечалось в $12.3 \pm 3.2\%$ набл., психической — в $73.4 \pm 2.8\%$ набл., эрекциионной — в $66.7 \pm 13.6\%$ набл., эякуляторной — в $37.4 \pm 4.4\%$ набл. Таким образом, оказалось, что поражение нейрогуморальной составляющей достоверно чаще носило нестержневой характер по сравнению со стержневым (соответственно $87.7 \pm 3.2\%$ и $12.3 \pm 3.2\%$; $p < 0.001$), что можно сказать и о поражении эякуляторной составляющей (соответственно $62.6 \pm 4.4\%$ и $37.4 \pm 4.4\%$; $p < 0.001$). Вместе с тем стержневое поражение психической составляющей наблюдалось достоверно чаще по сравнению с нестержневым его вариантом (соответственно $73.4 \pm 2.8\%$ и $26.6 \pm 2.8\%$; $p < 0.001$). Различие же в частоте стержневого и нестержневого поражения эрекциионной составляющей приближалось

к достоверному (соответственно $66.7 \pm 13.6\%$ и $33.4 \pm 13.6\%$; $0.1 > p > 0.05$). Приведенные выше данные отражены в табл. 11.

Таблица 11

Сравнительная характеристика частоты стержневого и нестержневого поражения составляющих копулятивного цикла у 252 больных со СТОСН

Пораженная составляющая	Количество обследованных больных	Частота стержневого поражения ($P \pm Sp$)	Вероятность случайности различий (p)	Частота нестержневого поражения ($P \pm Sp$)
Нейрогуморальная	106	12.3 ± 3.2	< 0.001	87.7 ± 3.2
Психическая	252	73.4 ± 2.8	< 0.001	26.6 ± 2.8
Эрекционная	12	66.7 ± 13.6	$< 0.1 > 0.05$	33.4 ± 13.6
Эякуляторная	119	37.4 ± 4.4	< 0.001	62.6 ± 4.4

Большой удельный вес стержневого поражения психической составляющей у обследованных нами больных, по-видимому, следует объяснить выраженным декомпенсирующим воздействием поражения этой составляющей на сексуальную сферу, являющимся следствием большой ее значимости у обследованного контингента больных, о чем свидетельствует наличие у них в 100% наблюдений СТОСН. Что касается эрекционной составляющей копулятивного цикла, поражение которой гораздо чаще было стержневым, то указанное обстоятельство объясняется тяжестью нарушений, вызываемых ее вовлеченностью.

Охарактеризуем поражение каждой из составляющих копулятивного цикла в зависимости от определяющей ее патологии. При этом детальное описание поражений психической составляющей приведем в самом конце, что определяется их значимостью в аспекте проводившегося исследования.

Из 106 случаев поражения нейрогуморальной составляющей у 85 больных ($80.2 \pm 3.8\%$) речь шла только о дефицитности данной составляющей, обусловленной нарушением темпов пубертатного развития (задержка и дисгармония пубертата). В 1 набл. ($0.9 \pm 0.9\%$) определялось нарушение вегетативной регуляции, обусловленное гипертонической болезнью, которое наблюдалось у больного с задержкой пубертата. В 4 набл. ($3.8 \pm 1.9\%$) была диагностирована сексуальная инволюция, которая в 3 случаях отмечалась у лиц с нарушением темпов пубертатного развития (задержка и дисгармония пубертата), а в одном — в сочетании с последствиями неадекватной андрогенотерапии. В 12 случаях ($11.3 \pm 3.1\%$) речь шла либо о хроническом алкоголизме, либо о последствиях хронической алкогольной интоксикации. При этом в од-

ном из указанных наблюдений также предполагалась патогенная роль никотинизма. В 1 случае ($0.9\pm 0.9\%$) фиксировались последствия неадекватной андрогенотерапии, наблюдавшиеся у пациента с дисгармонией пубертата, а в 1 ($0.9\pm 0.9\%$) — патогенное влияние психотропных средств, где также предполагалось неблагоприятное влияние андрогенов в сочетании с хроническим алкоголизмом. В 2 набл. ($1.9\pm 1.3\%$) диагностировалось поражение глубинных структур головного мозга. Суммарно конституциональная дефицитарность (слабая половая конституция) вследствие нарушений темпов пубертатного развития (задержки и дисгармонии пубертата) была выявлена у 92 чел., что составляет $86.8\pm 3.3\%$ от количества больных с поражением нейрогуморальной составляющей и $36.5\pm 3.0\%$ от общего числа обследованных.

Все 12 случаев поражения эрекционной составляющей копулятивного цикла были представлены ее сосудистыми формами (атеросклероз, сахарный диабет и др.).

Поражение эякуляторной составляющей копулятивного цикла (всего 119 наблюдений) у 74 чел. ($62.2\pm 4.4\%$) было обусловлено патологией придаточных половых желез (хронический простатит, хронический простатовезикулит, хронический простатит, застойная простата), у 31 чел. ($26.1\pm 4.0\%$) — синдромом парацентральных долек, у 10 чел. ($8.4\pm 2.5\%$) — сочетанием синдрома парацентральных долек и хронического простатита и у 4 чел. ($3.4\pm 1.7\%$) — вторичной патогенетической титуляризацией, персистирующей после санации урологического очага. Проведенный нами анализ показал, что у 16 чел. ($13.4\pm 3.1\%$), у которых обнаруживалась хроническая патология придаточных половых желез (речь в основном шла о хроническом простатите), она не отражалась на качестве полового акта, т. е. ничего не “вкладывала” в организацию сексуальных расстройств. В этих случаях в структурной решетке сексопатологического нарушения, в том ее месте, где отмечается степень влияния пораженной составляющей на сексуальное расстройство, нами ставилась цифра 0. На наш взгляд такой дифференцированный подход к оценке возможного влияния поражения какой-либо из составляющих копулятивного цикла на сексуальные функции очень важен, так как позволяет правильно осмыслить половое расстройство и адекватно расставить терапевтические акценты. Обоснованность такого подхода очевидна. Так, Г. С. Васильченко, И. А. Ланцберг, О. З. Лифшиц (1971) выявили жалобы на нарушение сексуальных функций у 18% больных хроническим простатитом, а И. И. Горпинченко (1977) отмечал эти нарушения при указанной патологии в 41 % случаев. Отсюда можно сделать вывод, что у большей части больных хронический про-

статит не сопровождается половыми расстройствами. Развиваемая нами мысль представляется еще более неоспоримой, если привести данные И. Я. Юнемана (1977), согласно которым даже при поражении спинного мозга сексуальные расстройства наблюдаются у 97,8 % обследованных и, таким образом, не являются облигатными. Все вышеперечисленное позволяет сделать вывод, что если существует половое, расстройство и диагностируется какое-либо заболевание, которое часто сопровождается сексуальными нарушениями, то это еще не означает, что нарушения в данном конкретном случае обусловлены именно этим заболеванием. Указанное обстоятельство диктует необходимость междисциплинарного подхода к диагностике сексуальных расстройств.

Переходя к характеристике состояния психической, составляющей копулятивного цикла, следует отметить, что у каждого из обследованных нами больных был диагностирован СТОСН, что и явилось условием подбора пациентов. Установление диагноза СТОСН предполагает лишь синдромальный уровень диагностики, который является вторым после симптоматического и предшествует нозологическому. Высшей же формой диагностики является патогенетический диагноз (И. Н. Осипов, П. В. Копнин, 1962). Возможность постановки такого диагноза дает разработанный Г. С. Васильченко (1977) метод структурного анализа сексуальных расстройств, рабочим инструментом которого является их патогенетическая классификация (Г. С. Васильченко, 1977, 1986).

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). Вме-

сте с тем у них был диагностирован невроз ожидания неудачи. У остальных пациентов ($98.0 \pm 0.9\%$) выявились истинные сексуальные расстройства.

Следует отметить, что среди больных неврозом ожидания неудачи, помимо лиц с гармоничным личностным складом, встречались пациенты с различными характерологическими акцентуациями, а также эпилептоидной психопатией, наблюдавшейся у 2 больных. Выявленные акцентуации могли либо предрасполагать к возникновению этого психоза и способствовать его фиксации или же не выполняли подобных патопластических функций, что, несомненно, зависело от их типа. Так, акцентуации тревожно-мнительного круга (психастеническая, сенситивная), а также шизоидные черты характера могли играть роль предрасполагающих факторов в развитии невроза ожидания неудачи.

Вместе с тем нами наблюдался случай, когда этот невроз протекал стерто именно в силу наличия шизоидной акцентуации характера, которая характеризовалась некоторой эмоциональной притупленностью. Что касается эпилептоидной акцентуации и психопатии, то их влияние на сексуальное расстройство может быть двояким. Так, импульсивность в проявлении аффектов, склонность к лавинообразным эмоциональным разрядам, конечно же, не способствуют фиксации тревожного ожидания неудачи. С другой стороны, консервации СТОСН может способствовать свойственная этим лицам инертность и вязкость психических процессов. Согласно нашим наблюдениям, истероидный радикал не следует считать предрасполагающим к развитию указанного синдрома. То же можно сказать и в отношении гипертимного, который у больных с сексуальными расстройствами встречается реже всех других (Г. С. Васильченко, 1983). Дистимический (гипотимический) радикал, напротив, может оказывать поддерживающее влияние на сексуальное расстройство, что, по-видимому, можно сказать и в отношении параноического. Патогенное влияние последнего радикала обусловлено тем, что лица данного психического склада склонны к "застреванию", фиксации на определенных представлениях и идеях, чему в значительной степени способствует большая эмоциональная напряженность значимых для них переживаний. По нашим наблюдениям, у некоторых пациентов с гармоничным личностным складом также могут отмечаться черты характера, способствующие развитию невроза ожидания неудачи. Так, у больного С., 45 лет, этот невроз, усугубивший сексуальное расстройство, обусловленное гипертонической болезнью, развился вследствие того, что он среди товарищей во всем и всегда привык занимать лидирующее положение, в том числе и в области сексуальных отношений. Возникшее же половое расстройство выбило пациента из привыч-

ной колеи. Оно оказалось для него гораздо более значимым, чем клинические проявления гипертонической болезни, лечением которой он практически не занимался, несмотря на то, что до обращения к нам, в связи с обусловленными этим заболеванием кризами, ему дважды оказывалась скорая помощь.

Совершенно естественно может возникнуть вопрос о диагностических различиях между акцентуациями и психопатиями с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи и неврозом ожидания неудачи, наблюдающимся на их фоне. В первом случае вызывающим тревожное ожидание фактором является акцентуация или психопатия, а истинное или мнимое фиаско вследствие своего психотравмирующего влияния осуществляет вспомогательное участие в формировании СТОСН. Таким образом, в данной категории наблюдений значительно большую роль играет “почва”, которая и обуславливает гиперболическое восприятие экзогенного воздействия. Эти соображения касаются и диагностированных нами случаев шизофрении со СТОСН. В тех же наблюдениях, где большую роль в развитии СТОСН играет экзогенный (ситуационный) компонент (вызывающее влияние), а “почва” (эндогенный фактор) — меньшую, мы склонны рассматривать определенные личностные особенности в качестве фактора, предрасполагающего к возникновению невроза ожидания неудачи.

Что касается взаимоотношений неврозов и СТОСН, то следует отметить, что при каждом из них может наблюдаться указанный синдром. Постановка диагноза любого из неврозов, включая депрессивный, который как нозологическую единицу, около Двух десятилетий стали применять отечественные психиатры (Н. Д. Лакосина, 1988), с указанием, что при нем существует СТОСН, на наш взгляд, правомочна, так как хорошо известно, что навязчивости (каковой нередко является тревожное ожидание неудачи) встречаются при каждом из неврозов. Вполне уместна и актуальна постановка вопроса о взаимоотношении между диагнозами “невроз навязчивых состояний” и “невроз ожидания неудачи”. Эта проблема будет подробно обсуждена в разделе, посвященном клинико-психологической характеристике изучавшегося синдрома.

Определение темпов психосексуального развития у 252 больных с синдромом тревожного ожидания неудачи, которым был проведен структурный анализ, показало, что различные варианты (В. М. Маслов, И. Л. Ботнева, Г. С. Васильченко, 1983) и степени ретардации этого развития (в основном речь шла о соматогенно обусловленных задержках) отмечались у 159 чел. ($63.1 \pm 3.0\%$). В 2 набл. ($0.8 \pm 0.6\%$), напротив, было выявлено преждевременное психосексуальное развитие, которое в одном случае обуславливалось ранним органическим поражением голов-

ного мозга, а в другом — эпилептоидной психопатией. Таким образом, нарушение темпов указанного развития имело место у 161 чел. ($63.9 \pm 3.0\%$).

Анализ показал, что у 165 больных ($65.5 \pm 3.0\%$) СТОСН и лежащие в его основе заболевания или акцентуации характера вели к возникновению сексуальных расстройств, а у 87 пациентов ($34.5 \pm 3.0\%$) — усугубляли их течение. Усугубляющее влияние по-разному сказывалось на больных. Так, у пяти пациентов ($5.7 \pm 2.5\%$) с мнимыми сексуальными расстройствами, а также у 10 чел. ($11.5 \pm 3.4\%$) с истинными нарушениями потенции речь шла лишь об ухудшении их общего состояния, что в обстановке интимной близости проявлялось эмоциональным напряжением и беспокойством по поводу качества полового акта. Из этого следует вывод, что возникновение изучавшегося синдрома автоматически не приводит к появлению или усилению копулятивных нарушений. Это, по нашему мнению, с одной, стороны, обусловлено выраженностью СТОСН, а с другой, по-видимому, особенностями психосоматической проводимости.

Во всех случаях, где указанный синдром и обуславливающий его фундамент приводили к появлению половых расстройств, они занимали основное (“стержневое”) место в их структуре. Вместе с тем у 72 больных с истинными сексуальными расстройствами, где фиксировалось усугубляющее влияние изучавшейся патологии на копулятивные нарушения, в 87.5% случаев эта патология играла вспомогательную роль в организации целостного сексуального расстройства, а в 12.5% наблюдений — основную, так как, усугубив это расстройство, становилась доминирующей в его клинических проявлениях.

3.2.3. Клинико-психологическая характеристика

3.2.3.1. Вводные замечания

Прежде чем представить результаты осуществленного нами клинико-психологического анализа СТОСН, целесообразно остановиться на характеристике отдельных указанных нами ранее психологических механизмов, рассматриваемых применительно клинике сексуальных расстройств, что является результатом нашего развития концепции психологических функциональных системных механизмов.

Механизм психологической защиты ведет к уменьшению эмоционального напряжения на нереалистической основе. Так, например, наша пациентка с психогенной аноргазмией, обусловленной изнасилованием, говорила следующее: “После всего, был большой психический надлом.

Сначала рыдала, потом успокоилась и решила, что так и должно быть. Все равно меня никто бы не уговорил” (рационализация). Действие рассматриваемого механизма можно проследить у мужчин со СТОСН: неуверенность в успехе интимной близости “использует” защитный механизм гиперконтроля за качеством эрекции и длительностью полового акта, что приводит к ухудшению этих показателей.

Совладание — психологический механизм снижения эмоционального напряжения в психотравмирующих ситуациях, осуществляемый на позитивной (не ведущей к отказу от деятельности, направленной на достижение цели) основе. Применительно к СТОСН речь может идти, например; о различных психических приемах, непосредственно направленных против опасения неудачи и связанного с ним защитного гиперконтроля сексуальных реакций (различные способы отвлечения внимания, самовнушения, программирующие успешно протекающий половой акт и т. п.) . Совладание выполняет функцию сил саногнеза, “пытающихся” воссоздать адаптацию на прежней здоровой основе.

В связи с трудностью различения психологической защиты и совладания может быть рекомендована следующая схема анализа (М. Kofta, 1979).

1 . Защитные механизмы не приспособлены к требованиям ситуации и являются ригидными; техники эмоционального самоконтроля являются пластичными и приспособлены к ситуации.

2.. Защитные механизмы стремятся к возможно более быстрому уменьшению, возникшего эмоционального напряжения; при использовании эмоционального самоконтроля, напротив, человек часто сам приносит себе мучение (антигедонистический характер техник самоконтроля).

3. Защитные механизмы являются “близорукими”, создают возможность только разового снижения напряжения. Это механизмы, работающие по принципу “здесь и теперь”. Механизмы совладания рассчитаны на перспективу.

4. Механизмы защиты приводят к искажению восприятия действительности и самого себя; механизмы самоконтроля связаны с реалистическим восприятием, а также способностью к объективному отношению к самому себе.

Компенсация — психологический механизм снижения эмоционального напряжения в психотравмирующих ситуациях, осуществляемый за счет использования психических приемов, ведущих (применительно к половым расстройствам) к частичной или полной компенсации сексуальных изъянов в случае эффективности этих приемов. Успешно реализованная компенсация создает “на выходе” видимость благополучия. Отличие компенсации от совладания заключается в том, что компенса-

ция приводит, к улучшению копулятивных характеристик непосредственно, так как ее мишенью являются собственно сексуальные нарушения. Снижение же эмоционального напряжения в данном случае в отличие отсволадания происходит опосредованно за счет переключения внимания при выполнении приемов по улучшению сексуальных функций, а также вследствие искусственно приобретенной полной или частичной “нормализаций” указанных функций. В качестве примеров компенсаторных техник у пациентов, страдающих преждевременным семяизвержением, могут быть приведены различные методы отвлечения внимания: счет, “проигрывание в уме” различных сцен, не имеющих отношения к интимной близости, и т. п.

Разрядка — психологический механизм снижения эмоционального напряжения, выражающийся в наиболее простой и непосредственной форме по сравнению с другими, описанными выше, психологическими функциональными системными механизмами. Она часто проявляется в форме разряжающей агрессии, коща сброс патогенной энергии направляется на лицо, приведшее к се нарастанию, либо любого другого человека, попавшего “под руку” в это время. Примером может служить поведение одного из наших пациентов, который после неудавшейся попытки в ответ на негативную реакцию партнерши заявил ей, что виновата исключительно она, так как “...на такую женщину вообще ни у кого не...”.

Манипуляция — психологический механизм снижения эмоционального напряжения, достигаемый за счет изменений в поведении других людей в соответствии с желанием манипулятора, изначальный контекст взаимоотношений с которыми воспринимался им негативно. Для достижения цели используется сексуальная регламентация, демонстрация “беспомощности”, инграция (“втирание в доверие”), шантажные формы поведения, обесценивание человеческих и сексуальных качеств партнера и т. п. Понятно, что использование различных приемов манипулятивного поведения и, в частности, таких, как девальвация человеческих и сексуальных качеств партнера, может оказывать неблагоприятное воздействие на сексуальные функции, а также обуславливать дезорганизацию экстрасексуальных отношений в семье.

3.2.3. 2. Изменения поведения, сопряженные с интимной близостью

Нами впервые изучены изменения поведения, сопряженные с интимной близостью, у 118 мужчин со СТОСН, наблюдавшимся при неврозах, акцентуациях и психопатиях. Обнаруженные модификации поведения оценивались с позиций рассмотренной нами выше концепции

психологических функциональных системных механизмов. В результате проведенного исследования удалось установить, что те или иные изменения изучавшегося поведения когда-либо имели место у 76 пациентов ($64.4 \pm 4.4\%$). При этом 52 чел. из них ($68.4 \pm 5.3\%$) использовали только совладание, 17 ($22.4 \pm 4.8\%$) — только компенсацию, 5 ($6.6 \pm 2.8\%$) — как совладание, так и компенсацию, 2 ($2.6 \pm 1.8\%$) — приемы, одновременно выполняющие функции совладания и компенсации. 42 больных ($35.6 \pm 4.4\%$) из общего числа обследованных вообще не применяли никаких способов психической саморегуляции в трудных для них (психотравмирующих) ситуациях.

При анализе изучавшегося материала все обследованные были распределены в три группы. В первую группу вошли пациенты, которые считали тревожное ожидание неудачи (ТОН) болезненным явлением, — 70 чел. ($59.3 \pm 4.5\%$). Оказалось, что 47 ($67.1 \pm 5.6\%$) из них используют только совладание, 3 ($4.3 \pm 2.4\%$) — только компенсацию, 3 ($4.3 \pm 2.4\%$) как совладание, так и компенсацию, а 2 ($2.9 \pm 2.0\%$) — приемы, одновременно выполняющие функции совладания и компенсации. 15 больных ($21.4 \pm 4.3\%$) из этой группы не применяли никаких психологических приемов, которые могли бы улучшить сексуальные функции. Указанная группа была разделена на три подгруппы. В первую подгруппу вошло 60 чел. ($85.7 \pm 4.2\%$). Это были пациенты, которые полагали, что ТОН ухудшает функциональные характеристики копулятивного цикла. Среди них только совладание применяли 42 чел. ($70.0 \pm 5.9\%$), компенсацию — 1 чел. ($1.7 \pm 1.7\%$), как совладание, так и компенсацию — 3 чел. ($5.0 \pm 2.8\%$). 1 больной ($1.7 \pm 1.7\%$) использовал меры, которые одновременно выполняли функции совладания и компенсации. 13 чел. ($21.7 \pm 5.3\%$) не применяли никаких приемов, которые могли бы улучшить параметры копулятивного цикла. Вторую подгруппу составили 9 пациентов ($12.9 \pm 4.0\%$), считающих, что ТОН отражается только на их общем состоянии в преддверии и во время интимной близости. 4 из них ($44.4 \pm 16.6\%$) использовали только совладание, 2 ($22.2 \pm 13.9\%$) — только компенсацию, а 1 ($11.1 \pm 10.5\%$) — приемы, одновременно выполняющие функцию совладания и компенсации. 2 больных ($22.2 \pm 13.9\%$) из этой подгруппы не применяли каких-либо техник, направленных на улучшение сексуальных функций. Третью подгруппу составил 1 пациент ($1.4 \pm 1.4\%$), который хотя и полагал, что ТОН — болезненный феномен, однако не имел оформленного представления о возможности его патогенного влияния на сексуальную сферу. Тем не менее им использовалось совладание.

Вторая группа состояла из 40 чел. ($33.9 \pm 4.4\%$), которые не считали ТОН болезненным явлением. Вместе с тем 15 пациентов ($37.5 \pm 7.7\%$) из этой группы применяли какие-то психологические приемы, направленные на улучшение качества полового акта. Так, 2 из них ($5.0 \pm 3.4\%$) использовали только совладание, 12 ($30.0 \pm 7.2\%$) — только компенсацию, а 1 ($2.5 \pm 2.5\%$) — совладание и компенсацию одновременно. Какие-либо изменения изучавшегося поведения отсутствовали у 25 больных ($62.5 \pm 7.7\%$) из данной группы.

В третью группу вошли 8 пациентов ($6.8 \pm 2.3\%$), мнение которых о болезненности ТОН было неопределенным. В этом смысле они занимали промежуточное положение между двумя, указанными ранее, группами. 3 чел. ($37.5 \pm 17.1\%$) из этой группы применяли только совладание, 2 чел. ($25.0 \pm 15.3\%$) — только компенсацию, а 1 чел. ($12.5 \pm 11.7\%$) — как совладание, так и компенсацию. У 2 пациентов ($25.0 \pm 15.3\%$) из указанной группы никаких изменений поведения выявлено не было.

При анализе приведенных данных четко прослеживается значительное преобладание использования совладания в первой группе, где больные считали тревожное ожидание неудачи болезненным явлением, по отношению ко второй, в которой такое ожидание считалось вполне нормальным в существующем контексте (соответственно $67.1 \pm 5.6\%$ и $5.0 \pm 3.4\%$; $p < 0.001$). Это совершенно естественно вытекает из определяющей первую группу характеристики. Вместе с тем во второй группе, что вполне закономерно, достоверно чаще по сравнению с первой наблюдалась компенсация (соответственно $30.0 \pm 7.2\%$ и $4.3 \pm 2.4\%$; $p < 0.001$). В целом адаптивные изменения поведения, сопряженные с интимной близостью, встречались у больных первой группы чаще, чем второй, что можно объяснить осознанием ими возможности патогенного влияния ТОН как на сексуальные функции, так и на общее состояние в преддверии и во время интимной близости (соответственно $78.6 \pm 4.3\%$ и $37.5 \pm 7.7\%$; $p < 0.001$) и принятием, в связи с этим, соответствующих мер. Различия в частоте выявления различных изменений поведения в трех выделенных нами группах отражены в табл. 12.

Таблица 12

Изменения поведения, сопряженные с интимной близостью у больных со СТОСН с различным отношением к ТОН

Группы обследованных больных	Варианты изменений поведения											
	Совладание		Компенсация		Совладание + компенсация		Приемы, одноврем. выполн. функции совладания и компенсации		Отсутствуют		Итого	
	кол-во обл.	P±Sp	кол-во обл.	P±Sp	кол-во обл.	P±Sp	кол-во обл.	P±Sp	кол-во обл.	P±Sp	кол-во обл.	%
Первая (восприятие ТОН как болезненного явления)	47	67.1±5.6 p ₁ <0.001 p ₂ >0.1	3	4.3±2.4 P ₁ <0.001 P ₂ >0.1	3	4.3±2.4 P ₁ >0.5 p ₂ >0.5	2	29±2.0	15	21.4±4.3 p ₁ <0.001 p ₂ >0.5	70	100
Вторая (восприятие тон как нормального явления)	2	5.0±3.4 P ₃ >0.05	12	30.0±7.2 P ₃ >0.5	1	2.5±2.5 P ₃ >0.5	—	—	25	62.5±7.7 P ₃ <0.05	40	100
Третья (неопределенное отношение к ТОН)	3	37.5± 17.1	2	25.0±15.3	1	12.5±11.7	—	—	2	25.0±15.3	8	100

Примечание: P₁ — вероятность случайности различий между первой и второй группами, P₂ — между первой и третьей группами, P₃ — между второй и третьей группами.

Хотя статистическая разработка всего материала не выявила зависимости восприятия ТОН как болезненного явления от сроков существ-

вования изучавшегося синдрома, анализ историй болезни позволил это установить. Так, в целом ряде клинических наблюдений прослеживалось, что ТОН в течение некоторого времени (месяцы — годы) не осознавалось как негативное явление, однако с течением времени такое осознание наступало.

Опишем выявленные нами изменения поведения в предварительном и основном периодах полового акта. Поскольку арсенал средств, приемы, которыми выражается действие совладания и компенсации, могут быть однотипными и дело обстоит лишь в различии выполняемых ими функций, то феноменологически классифицировать и описывать действие этих механизмов целесообразно без проведения разграничений, тем более, что в ряде случаев, как мы сообщали ранее, некоторые приемы у обследованных нами больных выполняли роль совладания и компенсации одновременно. Проведенный нами анализ приемов, прямо или опосредованно используемых для улучшения характеристик копулятивного цикла, показал, что могут быть выделены следующие их группы: самовнушение, переключение внимания, эротическая аутосенситизация. После детальной разбивки этих приемов внутри указанных групп была разработана следующая развернутая классификация средств и методов, применяющихся больными со СТОСН по собственной инициативе, часть из которых по сути является универсальными способами улучшения сексуальных функций и используется мужчинами при любых формах расстройств потенции.

I. *Самовнушение:*

- 1) направленное на самоуспокоение;
- 2) отрицающее опасения неудачи;
- 3) мотивированное или немотивированное самоубеждение в хорошем качестве полового акта;
- 4) самовнушение-установка на безразличное отношение к результату;
- 5) стимулирующее “обращение к половому члену”;
- 6) нацеленное на уменьшение восприятия эротических стимулов.

II. *Переключение вниманиям*

- 1) с использованием стимулов текущего опыта, в том числе и искусственно создаваемых, включая различные вспомогательные средства;
- 2) с помощью планирования;
- 3) с использованием репродуцируемых и конструируемых сюжетов:

а) связанных с имевшим место или воображаемым позитивным сексуальным опытом (с данной партнершей или с другими женщинами);

б) связанных с несексуальными сюжетами (досуг, быт, производственная деятельность).

Ш. *Эротическая аутосенситизация* (представляет собой часто опосредованное самовнушением усиление восприятия специфических стимулов во время интимной близости, достигаемое благодаря сосредоточению внимания пациентов на испытываемых ими приятных ощущениях).

Самовнушение, направленное на самоуспокоение, могло выражаться, например, следующими формулами: “Не волнуйся..”; “Я нормальный мужчина...”, а аутосуггестия отрицания опасений неудачи утверждением: “Я об этом думать не буду...”. Мотивированное и немотивированное самоубеждение в хорошем качестве полового акта оперировало формулами: “Вот она женщина, к которой я стремился, которую я хотел, обнаженная, и все должно получиться хорошо..”; “Все будет хорошо..”; “Все будет нормально...”. Самовнушение-установка на безразличное отношение к результату выражалась внутренне произносимыми фразами: “Получится или не получится, мне все равно..”; “Ни о чем не следует беспокоиться... Не получится, и черт с ним, и даже если ничего не произойдет, то ничего страшного в этом не будет, плевать на все это...” Стимулирующее “обращение к половому члену” было направлено на нормализацию его эрекций и проявлялось в следующих произносимых про себя во время интимной близости высказываниях: “Ну почему ты не...? Давай, давай!” или “Возбудишься...” Также подчас имела место и аутосуггестия, направленная на уменьшение интенсивности восприятия эротических стимулов, преследующая цель отдалить наступление семяизвержения: “Мне не так приятно...”.

Переключение внимания с использованием стимулов текущего опыта, в том числе и искусственно создаваемых, включая и различные вспомогательные средства, проявлялось разнообразными приемами. Так, один, из обследованных нами больных считал про себя, другой говорил о чем-то с партнершей, третий смотрел в сторону на какую-то точку или на голову жены, а четвертый отворачивал лицо при ласках, чтобы смотреть на телевизор или наблюдать какой-либо яркий предмет, или сосредоточивался на слышимой музыке (сам специально радиоаппаратуру с этой целью не включал). Также для переключения внимания применялся счет ударов часов, представление, как член движется во влагалище, действия, направленные на то, чтобы не видеть партнершу, перенос акцента на мысли об испытываемых женщиной ощущениях и о

том, как доставить ей удовольствие. Один пациент для того, чтобы несколько отвлечься от ощущений, испытываемых при сексуальных контактах, осуществлял их в сопровождении тихой, медленной, мелодичной музыки, а иногда включал телевизор.

Переключение внимания с помощью планирования, осуществляемое во время интимной близости, представляло собой составление программы действий, которые следует осуществить на производстве и (или) дома по хозяйству на следующий день или в ближайшее время, мысли о том, что нужно купить, как следует одеться. Так, например, один из наших пациентов, работавший машинистом на железнодорожном транспорте, во время полового акта все время вспоминал о множестве инструкций и приказов, которые ему необходимо выучить. Следует отметить, что переключение внимания с помощью планирования применяется как с привлечением визуальных сюжетов, так и без их привлечения.

Помимо перечисленных вариантов переключения внимания, констатировалось его отвлечение с использованием репродуцируемых и конструируемых сюжетов, связанных с имевшим место или воображаемым позитивным сексуальным опытом с данной партнершей или с другими женщинами, что по сути является ничем иным, как приобщением к ресурсу, которым обладает каждый человек, о чем вполне обоснованно свидетельствуют представители такого психотерапевтического направления, - как нейролингвистическое программирование (R. Bandler, J. Grinder, 1979). С этой целью, например, что наблюдается крайне редко, могут воспроизводиться эротические сцены, которые ранее представлялись при мастурбации. Наш пациент, который поступал таким образом, добивался восстановления хорошей эрекции. Также мужчины могут вспоминать в прошлом полноценные половые акты с данной партнершей. Нередко с целью сексуальной стимуляции больные во время интимной близости воображали, что осуществляют ее с другой, более привлекательной и молодой женщиной, с которой у них половых актов вообще никогда не было, и (или) с женщиной, с которой у них в прошлом имели место полноценные интимные контакты. Так, один из наших пациентов в предварительном периоде представлял, что проводит ею с другой женщиной, с которой никогда не был в интимных связях. В основном возникали яркие образы. Эти представления в 40% случаев давали эффект, что проявлялось в улучшении напряжения члена и увеличении продолжительности полового акта, производной в данном случае от качества эрекции. При последующих половых актах воображаемые партнерши могли быть иными. Другой больной при сексуальном сближении с партнершей репродуцировал визуальные сюжеты половой

близости из прошлого опыта с "...симпатичной девочкой, которая в этих делах была не то, что профессор, а прямо академик...", с которой все и всегда получалось хорошо, в каком бы состоянии он не был (трезвый или выпивший). Иногда отмечалось "приобщение" к чужому сексуальному опыту (фото- и киноматериалы). Так, один обследованный нами пациент представлял обнаженных женщин и мужчин, которых он видел ранее на порнографических открытках, а другой после просмотра эротических фильмов в предварительном периоде воспроизводил сцены из них.

Переключение внимания может оперировать также репродукцией и конструкцией сюжетов, связанных с досугом, бытом, производственной деятельностью. Это могут быть пейзажи, связанные с отдыхом на природе, рыбной ловлей, сцены спортивных состязаний, где пациент выступает в роли участника или (и) болельщика. Так, один из наших пациентов во время интимной близости целенаправленно вызывал у себя следующие визуальные представления. Он видел речку, деревья, как он ловит рыбу. Другой больной, который каждое лето отдыхал на озере Селигер у истоков Волги, репродуцировал пейзажи, включающие в качестве обязательного компонента это озеро, что несколько не улучшало его сексуальные функции. Пациенты с целью увеличения продолжительности полового акта подчас могут конструировать пейзажи и состояния, обладающие негативным эмоциональным воздействием. Так, один из больных, преследуя указанную цель, представлял во время интимной близости размытую грязью дорогу, ненастную холодную погоду. Нередко репродуцируемые и конструируемые сюжеты связаны со спортом. Например, один мужчина во время интимной близости представлял себя игроком харьковской футбольной команды "Металлист" (нападающим) и почти в одно и то же время болельщиком. Это ему хорошо удавалось. Диагностировались и воображаемые сюжеты, связанные с бытом. Так, один из наших пациентов с целью улучшения в сексуальной сфере при половом акте думал о текущих трудностях, связанных с жилищными условиями: живет с семьей в тесноте в маленькой комнате. Другой больной с такой же целью представлял, как что-то мастерит. Переключение внимания, связанное с привлечением производственных сюжетов, могло быть сопряжено с их различным эмоциональным подтекстом: приятным, нейтральным, неприятным. Так, один из обследованных нами мужчин с целью увеличения продолжительности полового акта представлял, что на работе переносит тяжелые листы металла, и это, наряду с обращением к другим визуальным сюжетам, давало хороший эффект.

Эротическая аутосенситизация выполняет стимулирующую функцию. Так, один из наших пациентов с целью борьбы с тревожным ожиданием неудачи при сексуальном контакте с женой старался сосредоточиться на сладострастных ощущениях при ласках, поцелуях, а также фрикциях. Для усиления эффекта от предпринимаемых им мер он в это время внушал себе, как ему с ней приятно.

Проведенный анализ используемых больными приемов показал, что их феноменология зависит не от того, являются ли они проявлением совладания или компенсации, а от того, какая функция нарушена. Так, для улучшения эрекции использовались различные стимулирующие меры (“обращение к половому члену”, переключение внимания с использованием репродуцируемых и конструируемых сюжетов, связанных с имевшим место или воображаемым позитивным сексуальным опытом, эротическая аутосенситизация, культивирующая приятные ощущения во время текущей интимной близости), а также самовнушение — установка на безразличное отношение к результату. При ускоренном семяизвержении, наоборот, применялись приемы, обладающие сексуально-депривационным действием. К ним относятся самовнушения, направленные на уменьшение интенсивности восприятия эротических стимулов, и все способы переключения внимания, кроме указанной выше разновидности, применяемой для улучшения эрекции. Варианты самовнушений, не перечисленные нами как специально использующиеся с целью улучшения напряжения полового члена или увеличения продолжительности полового акта, даже в том случае, если у обследованных больных они использовались для улучшения какой-то одной из этих функций, не могут быть признаны специфичными в плане их воздействия на эрекцию или эякуляцию.

Описанные нами различные приемы по прямому или опосредованному влиянию на сексуальные функции использовались больными не только изолированно, но и в различных сочетаниях. Так, например, больной Щ., 33 лет, страдавший сексуальным расстройством, обусловленным хроническим простатитом и неврозом ожидания неудачи, с начала существования ТОН во время интимной близости считал, что оно может отразиться на качестве полового акта, однако только спустя 1.5 года после его возникновения начал с ним бороться. С этой целью перед интимной близостью и во время полового акта внушал себе, что все должно быть хорошо, что все должно быть нормально, что он “нормальный мужчина”. Перед коитусом включал медленную, мелодичную, тихую музыку, иногда телевизор. С началом фрикций пытался отвлечься от происходящего воспоминаниями приятных аспектов своей производственной деятельности, для чего представлял море (когда-то работал на

корабле торгового флота рефмехаником). С этой же целью думал о природе (представлял лес).

Психологические приемы, прямо или опосредованно направленные на улучшение сексуальных функций, могут быть неоднозначны у одних и тех же больных при различных половых актах. Так, больной Щ., 34 лет, у которого имела место сексуальная дисфункция, обусловленная вторичной патогенетической титуляризацией, персистирующей после санации хронического простатитами невроз ожидания неудачи, с целью увеличения продолжительности коитуса во время одних половых актов считал про себя, а во время других — строил планы на следующий день без использования визуальных представлений.

Помимо психологических средств, для улучшения сексуальных функций использовалась банальная пролонгация, выражающаяся периодическими остановками фрикции и уменьшением их частоты остановки во время фрикции, сопровождающиеся извлечением пениса из влагалища.

Кроме того, отмечался подбор поз, в которых семяизвержение наступало позже. С этой же целью партнерша во время интимной близости была неподвижна. Для улучшения качества эрекции использовалась интенсификация ласк и поцелуев, а с целью упредить потерю напряжения полового члена частично или полностью редуцировался предварительный период. Желание ослабить тревожное ожидание неудачи приводило к попыткам расслабить мышцы рук, ног и туловища. Один из наших больных с целью увеличения продолжительности полового акта использовал своеобразный прием, который по сути является поведенческим воздействием. Во время полового акта он кусал свои губы, чтобы возникающая боль оказывала тормозящее влияние на нарастающее половое возбуждение.

Нами также были выявлены изменения поведения, обусловленные сексуальным расстройством, которые имели место за некоторое время до интимной близости. Так, один из наших пациентов с целью отвлечься от своих тревожных мыслей о качестве планируемого полового акта перед интимной близостью ходил в кино, а за час до коитуса прочитывал две-три страницы художественной литературы. Другой больной, который до обращения к нам прочел специальную книгу по сексопатологии, за один час до коитуса делал адекватные своему состоянию самовнушения. Третий пациент, занимающийся разработанным нами ускоренным вариантом аутогенной тренировки для лечения сексуальных расстройств, дошел даже до того, что, находясь в другом городе в командировке, приобщил партнершу к проведению с ним (гетеротренинг) упражнений АТ непосредственно перед половым актом.

С целью установления эффективности использования различных психологических приемов для улучшения сексуальных функций и общего состояния в преддверии и во время интимной близости из 76 пациентов, у которых они отмечались, было специально опрошено 73 чел. У одного ($1.4 \pm 1.4\%$) из них сколько-нибудь определенное мнение об эффекте при специальном опросе выявить не удалось. Из 72 остальных больных различная степень результативности применявшихся приемов когда-либо наблюдалась у 38 чел. ($52.8 \pm 5.9\%$), а ее полное и перманентное отсутствие — у 34 чел. ($47.2 \pm 5.9\%$). При этом в 4 из 38 случаев ($10.5 \pm 5.0\%$), не отмечался позитивный эффект от использования пациентами психологических средств, он касался лишь улучшения общего состояния и никак не отражался на состоянии сексуальных функций.

Приведем клинические наблюдения, которые иллюстрируют различную эффективность приемов психической саморегуляции, используемых больными со СТОСН в предварительном периоде и при самом коитусе для улучшения сексуальных функций: от ее полного отсутствия до значительной степени выраженности.

Больной П., 45 лет, женат. Диагноз: хронический простатит, усугубленный неврозом ожидания неудачи на фоне слабой половой конституции; симптомы преждевременного семяизвержения (ЕРА) и неустойчивой эрекции. Два года назад в результате сексуальной дизритмии начало ускоряться семяизвержение. Тогда практически сразу же возникло тревожное ожидание сексуальной неудачи, так как оно имело место у этого пациента при ранее существовавших копулятивных нарушениях, которые затем нивелировались. Семантика указанного ожидания в основном касается продолжительности полового акта, но изредка возникают мысли, что может исчезнуть эрекция, и тогда она либо действительно исчезает, либо, несмотря на это, не нарушается. Считает ТОН болезненным явлением, которое может ухудшать качество полового акта. Каждый раз во время коитуса пытается думать, что все должно получиться хорошо, но такие мысли удается удержать всего лишь несколько секунд, а потом вновь возвращаются мысли о том, что половой акт будет некачественным. Совладание в форме самовнушения практикует систематически, но безуспешно.

Больной Ш., 22 года, холост. Диагноз: невроз ожидания неудачи, гипоэрекциионный (анэрекциионный) симптом. Считает тревожное ожидание болезненным явлением, которое может ухудшать, половую функцию. С целью борьбы с ним использовал совладание: пытался себя успокоить, настроить соответствующим образом, не думать о неудаче. Внушал себе, что “вот она — женщина, к которой я стремился, которую я хотел, обнаженная”, и что “все должно быть хорошо”. Эти мысли не мог удержать, так как страх “забивал” все. Кроме того, вспоминал (представлял), как ранее с другой женщиной все получалось нормально. Однако эти представления тоже не мог сколько-нибудь долго удержать вследствие того, что “страх побеждал”. Указанные приемы не оказывали никакого положительного влияния на эрекцию.

Последние два примера демонстрируют отсутствие эффекта от использования мер психологической аутокоррекции СТОСН как при

преждевременном семяизвержении, так и при расстройстве эрекции, вследствие чего сексуальные функции не улучшаются.

Приведем клиническое наблюдение, свидетельствующее о частичном эффекте от использования психологической компенсации, направленной на улучшение сексуальных функций.

Больной Ш., 40 лет, женат. Диагноз: невроз ожидания неудачи на фоне застойной простаты, симптомы гипозрекции и ускоренного семяизвержения (EPR). Сексуальное расстройство возникло постепенно 3.5 года назад и проявилось ускоренным семяизвержением. Спустя 4-6 месяцев после этого несколько ухудшилась эрекция. Через несколько месяцев-после указанного ухудшения появилось тревожное ожидание неудачи во время интимной близости. С момента его появления отметил четкое дальнейшее ослабление напряжения члена. Семантика ТОН касается как качества эрекции (до введения члена во влагалище), так и длительности полового акта (после его введения и начала фрикций). Тревожное ожидание неудачи не считает болезненным явлением, которое самостоятельно может как-то ухудшать половые функции, а полагает, что оно является вполне закономерным при половом расстройстве. С целью улучшения сексуальных функций, а не для борьбы с указанным ожиданием; в течение нескольких месяцев в 10% попыток использует компенсаторную технику. В предварительном периоде представляет, что в данный момент находится в близости с другой женщиной, с которой Никогда не был в интимных отношениях. Женщины, воображаемые им во время разных половых актов, могут быть различными. Представляет ласки с ними. В основном возникают яркие визуальные сюжеты, что в 40% случаев дает эффект: улучшает напряжение полового члена и увеличивает продолжительность сношения.

Эффект от использования психологических приемов, направленных на ликвидацию ТОН, может быть и достаточно полным.

Больной С., 25 лет, женат. Диагноз: невроз ожидания неудачи на фоне декомпенсированного синдрома парацентральных долек и слабой половой конституции; симптомы гипозрекции, ускоренного семяизвержения (EPA) и гиполибидемии. Считает себя больным 1.5 года, с тех пор, когда попытался провести половой акт уставшим и в связи с этим подумал, что “может не получиться”. Тогда эрекция исчезла в момент введения. При повторной попытке через день появилась мысль о возможной неудаче и в тот момент начало ослабевать напряжение члена. Однако затем в процессе ласк, которые увеличил по продолжительности примерно в два раза, эрекция восстановилась, но семяизвержение наступило спустя 7-8 фрикций (до расстройства эякуляции происходила спустя 1.5 мин). Все последующие половые акты протекали точно так же. Спустя 1.5 мес. к опасениям исчезновения напряжения члена, возникающим во время интимной близости, присоединились опасения быстрого семяизвержения. Однако это не привело к дальнейшему уменьшению продолжительности полового акта. Как в предварительном периоде, так и во время самого коитуса фиксирован па напряжении члена “по ощущению”. С начала возникновения сексуального расстройства осознал болезненный характер ТОН и возможность его влияния на качество полового акта. Однако от указанных мыслей, связанных с прогнозом погрешностей в течение интимной близости, избавиться не может (с этой целью сосредоточивался на приятных ощущениях при ласках). Для восстановления полной выраженности эрекции культивирование приятных ощущений в предварительном периоде сочетается со значительным увеличением его продолжительности.

сти. Все это приводит к полному и устойчивому восстановлению эрекции, однако Полностью не избавляет пациента от мыслей о возможной неудаче, которые все равно периодически возникают. Кроме этого приема, выполняющего функцию совладания, которым пользуется и поныне, других методов улучшения эрекции не применяет. В последнее время отвлекаться от мыслей о неудаче указанным способом стало даже легче, что можно увязать с урежением ритма половой жизни приводящим к ослаблению кумуляции фобического потенциала.

Как отмечалось нами ранее, в некоторых случаях использование больными со СТОСН приемов психической саморегуляции может улучшить их общее состояние, в то время как функциональные характеристики копулятивного цикла остаются неизменными. Это, в частности, может иметь место тогда, когда у больных с половым расстройством с момента возникновения ТОН не происходит дальнейшего ухудшения сексуальных функций.

Больной Щ., 34 года, женат. Диагноз: вторичная патогенетическая титуляризация, персистирующая после санации хронического простатита; симптом ускоренного семяизвержения (ЕРА). Невроз ожидания неудачи. Сексуальное, расстройство существует в течение 2.5 лет. Тревожное ожидание неудачи возникло полгода назад и сразу приняло, постоянный характер (появлялось при каждой интимной близости). Его семантика полностью определялась ускоренным семяизвержением. Вместе с тем изредка во время сексуального контакта проскальзывали опасения, что может ослабеть напряжение члена. Однако этого никогда не случалось. Ожидание неудачи во время интимной близости воспринимает как навязчивое Состояние (“...и хочу — думаю, и не хочу — думаю”), но считает, что оно не уменьшает продолжительности полового акта, которая осталась неизменной (2-3 фрикции) после возникновения упомянутого ожидания. С целью увеличения длительности коитуса, а также для того, чтобы отвлечься от тревожных мыслей, считал в уме и мысленно (без привлечения образов и сюжетов) планировал свою деятельность на следующий день. Также внушал себе в предварительном периоде, что все будет хорошо. Никаких других приемов психической саморегуляции не применял. Описанные же техники использовал часто. Стал их применять только после возникновения ТОН. Ни один из перечисленных приёмов не приводил к увеличению продолжительности полового акта. Вместе с тем их применение позволяло больному хорошо отвлекаться, успокоиться и, таким образом, избавиться от опасений неудачи.

Следует отметить что проведенные нами исследования свидетельствуют о большей эффективности одних психологических приемов по сравнению с другими.

Больной С., 51 год, холост. Диагноз; хронический латентнотекущий простатит, усугубленный неврозом ожидания неудачи на «фоне слабой половой конституции; симптомы преждевременное семяизвержения (ЕPR) и гипозрекции. Болен в течение 5-5.5 мес. Заболевание развивалось постепенно и выражалось ускоренным семяизвержением. Если до возникновения расстройства эякуляция наступала спустя 40-50 фрикций, то к моменту обращения за лечебной помощью — через 20. Приблизительно 2 мес. назад возникло тревожное ожидание неудачи во время интимной близости, что объясняется констатацией больным резкого урежения частоты наступления оргазма у бывшей жены (хотя и разведен с ней, по в настоящее время живут вместе). Лишь спустя месяц после этого партнера

стала его упрекать. Вскоре после возникновения ТОН, семантика которого касалась продолжительности полового акта, у больного в связи с эмоциональным напряжением стала страдать эрекция члена при фрикциях. С тех пор семантика Тревожного ожидания неудачи усложнилась, так как пациент отныне опасался уже и за качество эрекции. С момента возникновения указанного ожидания считает его болезненным явлением, способным ухудшать качество коитуса. Поэтому регулярно в течение всего этого времени пытается бороться с ним; внушает себе, что все будет хорошо (и напряжение члена, и длительность полового акта), либо концентрирует внимание на испытываемых им при интимной близости приятных ощущениях. Хотя эффект от используемых психологических приемов наблюдается редко, однако второй вид воздействий более результативен.

Больше оттеняет различия в эффективности использования неодинаковых техник следующий пример.

Больной Д., 28 лет, холост. Диагноз: невроз ожидания неудачи, симптомы гипозрекции и гиполибидемии. Хронический простатит. Тревожное ожидание неудачи считает болезненным. По его мнению, оно отрицательно отражается на сексуальной сфере. Опасения носят навязчивый характер. После первой неудачной попытки, в результате которой они появились, во время интимной близости и в день предполагаемого полового акта постоянно с ними борется. Начиная с утра, периодически в течение всего дня внушает себе, что “все будет хорошо”. Перед половым актом также пытается это делать, однако удержать указанную мысль не удается (“побеждает” неуверенность в успехе), что отрицательно сказывается на качестве эрекции. В последний раз изменил характер психологической подготовки к сношению, настроившись на то, что ему все равно, сможет ли он его осуществить. До начала предварительного периода это привело к исчезновению ТОН и сопряженной с ним фиксации на напряжении члена “по ощущению”. Однако когда начались ласки и поцелуи, указанное ожидание, а также гиперконтроль эрекции восстановились, хотя и в ослабленном виде. Затем с целью ускорения нарастания напряжения члена начал концентрировать внимание на приятных ощущениях, возникших при эротическом взаимодействии. В “схватке сил добра и зла” на сей раз явно преобладали первые, и вскоре эрекция достигла своей полной выраженности. Половой акт на этот раз протекал успешно.

Случается так, что больные для улучшения определенной сексуальной функции используют одни психологические приемы, а для улучшения другой — иные. Применение приемов, имеющих различный адресат, может значительно отличаться по своей эффективности.

Иногда их использование, направленное на улучшение определенной половой функции, ведет к ухудшению другой, ранее не нарушенной. Примером может служить наблюдение (больной Ч., 26 лет, женат; диагноз: невроз ожидания неудачи на фоне застойной простаты, симптом ускоренного семяизвержения), когда пациент с целью увеличения продолжительности полового акта, осознавая патогенное влияние ТОН на последнюю, пытался с ним бороться, для чего переключал внимание (думал о работе). Делал это всего несколько раз (совладание), что в силу сексуально-депривационного влияния упомянутой техники приводило

к исчезновению эрекции. Вследствие этого принял решение больше во время коитуса не отвлекаться.

Результативность психической саморегуляции сексуальных функций зависит от интенсивности тревожного ожидания неудачи (его “напряженности”). Обычно чем больше данная напряженность, тем меньше и упомянутая результативность. Выраженность напряженности, в частности, зависит от степени бодрствования пациента. Просоночное и постпросоночное состояния способствуют более качественному течению интимной близости. Это объясняется тем, что при недостаточной степени бодрствования ТОН может либо еще вовсе не “включиться”, либо “включиться” лишь частично, что способствует большей эффективности использования в указанный период приемов психической саморегуляции.

В некоторых случаях фобический потенциал тревожного ожидания неудачи может быть настолько сильно выражен; что об использовании этих приемов во время интимной близости не может быть и речи.

Больной К., 27 лет, холост. Диагноз: невроз ожидания неудачи на фоне синдрома парацентральных долек, слабой половой конституции и соматогенной задержки психосексуального развития; симптомы гипозрекции, ускоренного семяизвержения (ЕРА — ЕАР) и гиполибидемии. Считает себя больным в течение 3 лет, с тех пор, как имела место первая в его жизни попытка совершить половой акт, который практически не удался. Этому способствовали длительная (до 1 ч) пролонгация предварительного периода, а также выявленный у пациента синдром парацентральных долек. Тогда семяизвержение наступило в момент введения члена при его неполной (выраженной на 70-80%) эрекции. Ночью спали с женщиной вместе, а утром вновь была предпринята попытка провести коитус, по результатам оказались еще более плачевными, так как напряжение полового члена не возникло, а семяизвержение наступило без интродекции. Был осмеян партнершей (Зачем ты мне морочил голову, если не в состоянии...), которая ему не нравилась и даже вызывала некоторое отвращение. Это была женщина легкого поведения на 6-7 лет старше его. Решил вступить с ней в интимную связь потому, что “... надо же когда-то начинать”. О его “несостоятельности” женщина рассказала общим знакомым, что дало им повод задавать язвительные вопросы и делать иронические замечания в адрес пациента. В связи с тем, что это были сослуживцы, вынужден был сменить место работы. После фиаско развилось тревожное ожидание неудачи и последующие половые акты либо вовсе не удавались из-за практически полного отсутствия эрекции, либо семяизвержение наступало в момент введения члена. Семантическое поле такого ожидания включает только опасения, касающиеся выраженности напряжения полового члена. Задолго до полового акта в день его предполагаемого проведения, а тем более во время интимной близости фиксирует внимание на пенисе, контролируя степень его напряжения “по ощущению”. Тревожное ожидание неудачи считает болезненным явлением, которое, по его мнению, может оказать неблагоприятное влияние на сексуальную сферу. Боролся с беспокоящими его мыслями о сексуальной несостоятельности вне обстановки интимной близости, а в указанной обстановке уже было не до того, так как “страх все забивал”. Об интенсивности последней, в частности, говорят факты, полученные нами в результате анализа состояния

вегетативных функций больного в преддверии интимной близости. При опросе оказалось, что у пациента в названный период имеют место болезненно учащенное сердцебиение, дрожь в руках, позывы к мочеиспусканию (хотя перед этим мог помочиться). В связи с последним как-то даже подумал, что у него дела обстоят так, “как у плохого солдата”.

В ряде случаев в связи с неэффективностью психической саморегуляции сексуальных функций больные со СТОСН с течением времени просто отказываются от ее использования.

Как отмечалось нами ранее, опасения за качество эрекции у больных со СТОСН, как правило, сочетаются с гиперконтролем напряжения члена. Однако, как показали наши наблюдения, редко бывает так, что при наличии указанных опасений болезненная фиксация на напряжении члена отсутствует. В других же единичных случаях, напротив, СТОСН проявляется в основном гиперконтролем эрекции, который значительно доминирует над другими компонентами тревожного ожидания и подчас приобретает выраженный навязчивый характер.

Больной Р., 37 лет, женат. Диагноз: неврастения с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи у личности с акцентуацией характера по тревожно-мнительному типу на фоне хронического простатита; симптомы гипозэрекции и гипооргазмии. Сексуальные нарушения возникли 10 мес назад. Тогда заболел уретритом в результате внебрачной связи с женщиной по время месячных. В дальнейшем уретрит осложнился простатитом. Нарушения половой функции, которые отмечались как с супругой, так, и с другими женщинами, в силу их психотравмирующего действия привели к развитию у больного неврастений, проявляющейся раздражительностью, вспыльчивостью, вялостью, разбитостью, повышенной утомляемостью, нарушениями сна, снижением настроения и его неустойчивостью. Помимо этого, у пациента развился СТОСН. Следует отметить, что поражение психической составляющей стало постепенно доминировать и в настоящее время играет основную роль в организации сексуального расстройства. Осознает патогенное влияние тревожного ожидания неудачи на сексуальную сферу, которое в основном проявляется гиперконтролем эрекции во время интимной близости. Многократные попытки отвлечься от фиксации на эрекции не давали результатов. Как отмечал больной, эта фиксация существует помимо его желания. Чтобы избавиться от нее, пытается думать о своей жене или других женщинах, вызывая эротически окрашенные мысли и образы. В частности, представляет полностью раздетых женщин и рассматривает их. При интимной близости с женой нередко представляет другую женщину, которая обнажена. Удержать внимание на этом удается всего лишь в течение нескольких секунд, а затем вновь ловит себя на том, что продолжает следить за напряжением члена.

Рассматривая вопрос о целесообразности использованных пациентами представленных в приведенной выше классификации приемов психической саморегуляции сексуальных функций, следует отметить, что из терапевтического арсенала в первую очередь должен быть исключен один из них — стимулирующее “обращение к половому члену”. Это объясняется тем, что фиксация внимания на половом органе (гиперконтроль его напряжения) является одним из названных нами выше фак-

торов, участвующих в симптомообразовании у больных со СТОСН, Используя указанный вид самовнушения, изначально функционирующий в механизме совладания или (и) компенсации, больные тем не менее лишь укрепляют патогенный защитный механизм приковывания. Относительно всех других приемов, нашедших отражение в указанной классификации, установка должна быть следующей. Наряду с проведением общепринятой терапии можно помогать пациентам в подборе индивидуально-эффективных средств психической саморегуляции, осуществляя при необходимости соответствующую коррекцию. Это, в частности, касается использования психотерапевтического правила, согласно которому формулы самовнушения должны строиться таким образом чтобы в них указывалось, что пациент хочет приобрести, а не то, от чего он желал бы избавиться. Особое предпочтение в лечении СТОСН из всех указанных приемов мы отдаем эротической аутосенситизации, которая была положена в основу предложенной нами психотерапевтической системы эротической сенситизации (см. ниже).

Проведенные нами клиничко-психологические исследования по изучению изменений поведения, сопряженных с интимной близостью, позволили подойти к решению вопроса о нозологической идентификации состояний, именуемых в сексопатологии “неврозом ожидания неудачи”. Однако прежде, чем представить полученные результаты, для более четкой ориентации в проблеме следует, обратиться к литературным данным по этому вопросу.

Как известно, в настоящее время невроз ожидания не выделяется в качестве самостоятельной нозологической единицы ни ведущими отечественными психиатрами, ни международной классификацией заболеваний, травм и причин смерти 9-го пересмотра (МКБ-9), адаптированной в СНГ. Так, Г. К. Ушаков (1987) 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 (1990) указывает, что синдром тревожного ожидания обязательно входит в структуру большинства клинических картин неврозов с механизмами дезавтоматизации нейровегетативных и нейросоматических функций. А. М. Свядоц (1982) 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 (А. Т. Канделаки, 1986; А. И. Драновский, 1987). Вместе с тем отношение к неврозу ожидания не всегда было таким. Так, Е. Кгаерлин, выделивший и описавший его в начале XX ст., В. П. Осипов (1931), В. И. Гиляровский (1954), А. М. Свядош (1971) считали его отдельной нозологической единицей (цит. по А. М. Свядошу, 1982).

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 (1983), давая оценку навязчивым мыслям, к которым относят и навязчивые опасения, подчеркивает, что, по определению В. П. Осипова (1923), они обладают теми же основными отличительными чертами, что 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. Для более полной характеристики навязчивостей целесообразно привести замечание, высказанное Н. К. Липгарт (1978), что восприятие навязчивых явлений как чуждых содержанию сознания и в то же время как его собственных, а не навязанных извне, создает у больного сознание болезненности указанного явления.

Нами был проведен анализ случаев “невроза ожидания неудачи”, предполагающий их дифференциацию, критериями для которой явились осознание пациентом болезненного характера тревожного ожидания неудачи, а также наличие борьбы с ним (совладение). Из 118 больных со СТОСН, у которых изучались модификации поведения, связанные с интимной близостью, были выбраны 42 чел. с диагнозом указанного невроза. 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 не участвовал в организации сексуальных расстройств, а у одного 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 нарушения 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 тревожное ожидание неудачи 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.

Таблица 13

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)		-	+	-	+	-	+	-	+

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 каждого типа невроза ожидания неудачи в представленной “очищенной” группе приведены в табл. 13. Частота этих типов отражена в указанной таблице и на рис. 1.

Таким образом, в результате клинико-психологического анализа невроз ожидания неудачи предстал в виде 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.

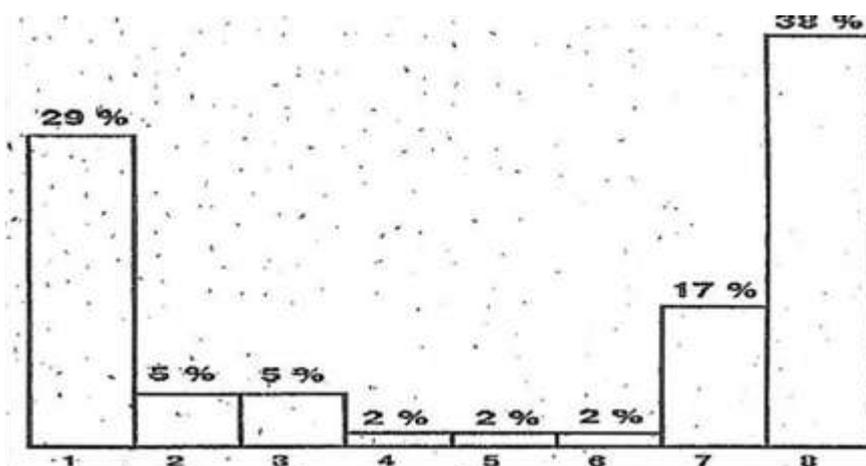


Рис.1. Частота различных типов невроза ожидания неудачи у 42 больных “очищенной” группы

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 и 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 боль-

ных 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 СТОСН, когда последний усугубляет течение половых расстройств, ранее обусловленных другой с патологией, что тем более затрудняет ориентацию пациентов в собственном состоянии. .

В соответствии с нашими наблюдениями отсутствием сознания 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; гипозерскционный 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 в плотную подошли к решению вопроса о взаимоотношении невроза ожидания неудачи и невроза навязчивых состояний. Какая же из двух существующих точек зрения на этот счёт 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, 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 патогенетической классификации сексуальных расстройств у мужчин (Г. С. Васильченко, 1977).

3.2.3.3. Внекоитальные модификации поведения

По нашим клиническим наблюдениям, половые расстройства, особенно те, которые отличаются значительной личностной вовлеченностью, характеризуются не только изменениями поведения, разворачивающимися в обстановке интимной близости но и внекоитальными его модификациями. Благоприятным в этом плане материалом для изучения является синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи, характеризующийся значительной степенью личностной психотравматизации. Вместе с тем, как свидетельствует анализ отечественных монографий (П. И. Загородный, 1970; А. М. Свядощ, 1982; Н. К. Липгарт, А. А. Стукалова, И. М. Виш и др., 1985), посвященных половым расстройствам у больных неврозами (среди обращающихся за сексологической помощью указанный синдром особенно часто встречается именно при этой патологии), даже в них отсутствуют данные о специальных исследованиях, касающихся изменений поведения вне интимной близости у больных с изучавшимся синдромом.

Нами впервые изучены нарушения этого поведения у 125 больных со СТОСН, выполнявшим стержневую или вспомогательную роль в формировании Сексуального расстройства и наблюдавшим при неврозах, акцентуациях, психопатиях и шизофрениях. Те или иные изменения внекоитального поведения выявлены у 95 чел. (76%). Они обуславливались функционированием психологических системных механизмов (защита, совладание, компенсация, разрядка, манипуляция), сопутствующими психопатологическими синдромами и динамическими психологическими сдвигами. Источниками этих изменений являлись психотравмирующее воздействие сексуального расстройства, негативные реакции партнерши на сексуальную проблематику мужчины, желание отвлечься от мыслей о собственной сексуальной несостоятельности, попытки избегать ситуаций, способствующих интимному сближению, стремление избавиться от сексуального расстройства, желание выглядеть сексуально здоровым в глазах окружающих, стремление переложить ответственность за сексуальный срыв на женщину, потребность в сложившихся условиях повысить собственную ценность в глазах партнерши, например, положительно проявляя себя в

других сферах и др. Внекоитальные изменения поведения либо не осознавались, либо осознавались частично или полностью. Они имели разнообразные формы проявления и отличались временной дистанцией, отделяющей их от обстановки интимного, сближения. Эти изменения были более или менее сложными. Опишем выявленные нами основные модификации поведения

Часто, например, наблюдались различные уловки, помогающие избегать “угрожающих” в смысле возможной подовой близости ситуаций. Иногда пациенты даже сознательно провоцировали ссоры с женщинами, что подчас приводило к полному разрыву их отношений. Так, один из наших пациентов неоднократно пытался поссориться со своей невестой, чтобы сорвать предполагающуюся свадьбу. Приведем весьма показательный пример провоцирующего ссору поведения.

Больной М., 23 года, холост. Диагноз: невроз ожидания неудачи на фоне слабой половой конституции. В процессе целенаправленного опроса удалось выяснить, что всякий раз, когда его встречи с женщинами затягивались в том смысле, что далее уже предполагался закономерный переход от эротического уровня отношений (ласки, поцелуи) к сексуальному (половые акты), он просто не приходил на очередное свидание. Во время встреч с женщинами, у которых он пользовался успехом в силу своих внешних данных, с целью обусловить разрыв отношений заводил малоприятные для них разговоры. Он говорил им примерно следующее: “Представь, тебе мухе верит, а ты со мной ищешь место, где бы...”. Такой реплики обычно бывало достаточно, чтобы женщина на него обиделась. Затем, как правило, следовало расторжение отношений. Однажды, чтобы оборвать встречи с одной женщиной, не пришел к ней на свидание. Спустя некоторое время случай свел его с пей. Они ехали в одном автобусе. Женщина “не обращала на него внимания”. После того как она вышла из автобуса, пациент догнал ее и они разговорились. Когда женщина простила ему обиду и напряженность прошла, он, вновь провоцируя ссору, заявил ей следующее: “Когда ты вышла из автобуса, то отвернулась от меня и даже не поздоровалась, а сейчас идешь и смеешься. А могла бы не смеяться, а идти себе дальше, как шла”.

Иногда больные со СТОСН не только избегают половых актов, но даже поддерживают отношения с противоположным полом исключительно на уровне чисто платонического общения либо, более того, вообще избегают отношений с женщинами. В ряде случаев общение доходит до грани сексуального взаимодействия, но не продвигается дальше мнимых попыток. В двух наблюдениях нами был выявлен фроттеризм, который представлял возможность данным больным хотя бы в какой-то сексуальной самореализации. У одного из этих пациентов была диагностирована психопатоподобная вялотекущая шизофрения со СТОСН. Иногда больные с изучавшимся синдромом контактируют с такими представительницами женского пола, которые, в силу различных обстоятельств (например, очень молодого возраста), не предъявляют сексуальных требований.

Поддерживать общение на эротическом и даже платоническом уровне пациентам помогает рационализация своего поведения. Так, один наш больной целовал и обнимал свою невесту и даже регулярно спал с ней вместе в ночное время, но половых актов не совершал. На ее вопросы, почему он этого не делает, отвечал, что если это случится, то он ее бросит. Другой пациент долго встречался с женщиной, которая ему очень нравилась, но, несмотря на длительный период их встреч, так ни разу ее не обнял и не поцеловал. Когда, же она наконец спросила его, почему он так поступает, ответил, что если он это сделает, то она ему сразу может разонравиться. После такого объяснения женщина сразу же перестала с ним встречаться. Приведем пример, где речь шла о псевдо-обосновании своего поведения и .особой мотивации в подборе девушки, с которой встречался обследованный нами мужчина.

Больной В., 21год, холост. Диагноз: невращения с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи у личности, акцентированной по психастеническому типу; гипозерекционный симптом. В настоящее время встречается с двумя девушками разного возраста. Одной из них 17 лет. Она из его деревни, но в . настоящее время учится в городе и периодически приезжает домой. Отмечает, что с ней у него было до 10 мнимых попыток. Когда они обнимаются, то член лишь изредка полностью напряжен. Эта девушка сама пытается склонить его к сексуальным контактам. Говорит, что любит его. Он- же позволяет себе все, кроме них, так как когда дело доходит до решительного момента, эрекция полностью исчезает. Свое поведение объясняет ей тем, что если это произойдет, то она в городе - “разбалуется”, вместе с. тем обещает ей, что когда она закончит техникум и вернётся в деревню,- то они начнут жить половой жизнью. Ее же это не устраивает, так как она хочет быть, “как все”: Помимо этой девушки, встречается еще с другой, которой всего 15 лет. При объятиях и поцелуях с ней эрекция хорошая. Никаких попыток (даже мнимых) к сексуальной близости не предпринимает. Обе эти девушки нравятся почти в одинаковой степени, но последняя все-таки больше. Первая девушка знает о том, что он встречается не только с ней и требует прекратить эти встречи. Он обещает, что так и поступит, как только она закончит техникум. Удалось выяснить, что мотивация встреч со второй девушкой в значительной мере обусловлена тем, что в связи с ее возрастом можно не опасаться необходимости совершения полового акта. Общаясь с ней, чувствует себя более-спокойно, что положительно отражается как на качестве эрекции, так и на общем состоянии.

Подчас СТОСН определяет значительное отдаление сроков вступления в брак. Иногда мужчины с этим синдромом так и не решаются жениться. В ряде случаев могут наблюдаться даже курьезы, когда истинных оснований для тревожного ожидания неудачи нет и его происхождение всецело определяется неправильной информированностью пациентов.

Нередко они избегают не только контакта с женщинами на различных уровнях взаимодействия (сексуальном, эротическом, платоническом), но и разговоров ,на сексуальные темы, так как упоминание о

“сильных” мужчинах и о мужчинах со слабой потенцией оказывает на них психотравмирующее воздействие. Это иногда обуславливает избегание компаний, где могут возникнуть такие разговоры и отказ от приглашения к себе гостей. В некоторых случаях в связи с указанным обстоятельством тема секса становится запретной в разговорах между супругами, а также сексуальными партнерами, официально не оформившими своих взаимоотношений.

Иногда эмоциональное напряжение, обусловленное существованием СТОСН, снижается за счет чисто символического удовлетворения сексуальных притязаний. Так, некоторые из пациентов в кругу друзей и знакомых создавали образ высокопотентного мужчины, пользующегося успехом у женщин, рассказывая о своих сексуальных “победах и описывая свои “мужские достоинства”. Такой стиль поведения, по нашим наблюдениям, особенно свойствен мужчинам с истероидными чертами характера.

Больной ж, 23 года холост. Диагноз: невращения с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи у личности с акцентуацией характера по истероидному типу на фоне хронического простатита; симптомы гапозрекции и ускоренного семяизвержения (ЕАР). Пользуется уважением и завистью у своих товарищей, которые считают, что он встречался со многими женщинами. Его авторитет поддерживается большим количеством знакомств с представительницами противоположного пола, с которыми он на самом деле половых связей не имеет, о чем его товарищи не знают. Помимо этого, он так увлеченно рассказывает им о своих сексуальных возможностях и победах, что часто даже сам во время своего повествования начинает верить в описываемые им события. В действительности же находится в интимных отношениях лишь с одной женщиной (глубокий-петтинг).

Нередко у больных со СТОСН наблюдается гипертрофия прежних увлечений или возникновение новых. Например, один из пациентов, который вообще отказался от попыток сближения, хотя и продолжал встречаться со своей партнершей, стал уделять рыбалке гораздо больше времени, чем раньше. Другой очень увлекся магнитофонными записями, купил аппаратуру и превратился в “нужного” человека, к которому приходили друзья и знакомые послушать музыку или переписать интересные их концерты.

Помимо этого, у больных со СТОСН функционирование механизма психологической защиты по типу смещения могло выражаться интенсификацией учебы, выполнением общественных нагрузок, уходом в работу, алкоголизацией и т. д. Один из наших пациентов, который и раньше считался неплохим работником (выше среднего), но особенно не выделялся, после развития у него изучавшегося синдрома настолько улучшил свои производственные показатели, что был награжден “Золотой медалью ВДНХ” и орденом Трудовой Славы. Другой же стал лучше

трудиться, а кроме того, контролировать работу членов своей бригады (является бригадиром), устроился по совместительству плотником, хотя материальное вознаграждение незначительное, а также взвалил на свои плечи ответственную общественную нагрузку: выполняет функции председателя товарищеского суда. Один пациент, студент третьего курса института, после развития у него невроза ожидания неудачи больше времени стал уделять учебе, что повысило его успеваемость.

Нередко 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 (“Не получилось, жалеть нечего, потому что это не стоит того”). Справедливости ради следует отметить, что пациенты сами до конца нередко не верят в выдвигаемую ими версию. Вместе с тем и в указанных случаях это все же помогает им, так как снижает эмоциональное напряжение.

Иногда в результате переживаний по поводу полового расстройства могут формироваться фатальные установки. Так, один из наших больных, когда ему было особенно тягостно, принял решение пойти добровольцем в действующую армию в Афганистан (“Если суждено, то убьют, а если нет — останусь жив”).

Если нестойкие суицидальные мысли возникают у пациентов не так редко, что коррелирует с депрессивными проявлениями, то об их реализации мы узнавали исключительно редко. При этом в силу нестойкости суицидальных тенденций и их небольшой выраженности больные не доводили их до логического завершения и быстро от них отказывались. Так, обследованному нами пациенту, у которого была диагностирована неврастения с астено-депрессивными проявлениями и синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи, одно время часто приходили в голову мысли покончить жизнь самоубийством, так как он считал себя сексуально немощным. Один раз он выехал на мотоцикле (хотел разбиться), выпив перед этим для храбрости 200 г самогона. Решил, что если будет ехать встречный транспорт, то врежется в него. Проехал 5 км от соседнего села к селу, где он жил, но никто навстречу так и не ехал. Больше таких попыток не предпринимал. Совершенно понятно, что если бы решение, покончить с собой было у него устойчивым, то он предпринял бы не одну суицидальную попытку. С другой стороны, желая осуществите (твое решение, он мог бы поискать более оживленный участок дороги (например, в городе). Несомненно, при настойчивом желании “оборвать” свою жизнь можно было бы найти большое количество способов. Сделать это не проводя столь специфического обусловливания.

В одном случае, когда речь шла о мозаичной психопатии, где был представлен истероидный радикал и наблюдался СТОСН, пациент после неудавшейся попытки совершить половой акт с женщиной сделал надрезы на своих запястьях и написал кровью на дверях комнаты общежития другой женщины, что любит ее и постучал в ее дверь. Знал, что она дома и откроет ему (демонстративный суицид). С этой женщиной половых актов не совершал (платонический и эротический уровни взаимодействия) и она не могла объяснить его поступка.

В ряде наблюдений у рассматриваемой категории больных отмечалось исчезновение симпатии к партнерше. Она переставала им нравиться, так как вдруг обнаруживалось различие в их взглядах на жизнь и т. п. В этих наблюдениях снижение эмоционального напряжения достигалось за счет различных вариантов обесценивания женщины. Приведем пример весьма неординарного проявления такого обесценивания.

Больной В., 64 года, холост. Диагноз: мозаичная психопатия с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи на фоне хронического простатита, гипозрекссионный симптом. Так как СТОСН существует у пациента длительно, с течением времени у него возникло навязчивое представление, которое выражается в следующем. Когда он видит интересных женщин, то всякий раз представляет, как они пользуются туалетной бумагой после акта дефекации, что вызывает у него отвращение. Однако раньше этот мужчина неоднократно вступал с женщинами в ректальные контакты, которые вызывали у него сильное возбуждение и доставляли большое наслаждение.

Несомненно, что в данном случае навязчивость является результатом работы механизма психологической защиты, который препятствует росту эмоционального напряжения, блокируя возможность развития отношений с женщинами на самых ранних этапах.

Изредка обнаруживалась даже склонность к перемене места жительства, в основе которой была болезненная мотивация, определяемая работой защитного процесса (избегание встреч с женщинами, с которыми больные находились в интимных отношениях), а также поиск того населенного пункта, где можно получить сексологическую лечебную помощь.

Часто мысли о сексуальной несостоятельности беспокоят больных в течение всего дня и они, желая избавиться от этих мыслей, используют различные способы отвлечения внимания. Так, один из наших пациентов с неврозом ожидания неудачи: старался занять себя каким-либо делом, “чтобы ни минуты не было свободной”. Он немедленно и очень охотно откликался на любую просьбу о помощи. Дома стремился побольше загрузить себя: чинил магнитофон, паял, рисовал, читал книги. Он также специально напрашивался в командировки, так как новая обстановка и новые люди отвлекали от тревожных мыслей.

Некоторые пациенты, чтобы отвлечься от указанных мыслей, начинают заниматься различными физическими упражнениями. Так, один из наших больных, находясь в домашней обстановке, отжимался от пола и выполнял другие упражнения, а также имитировал приемы каратэ, доводя себя до утомления. В таком состоянии, как утверждает пациент, мысли о сексуальной несостоятельности его меньше беспокоят.

Иногда, чтобы отвлечься от этих мыслей, больные прибегают к помощи супруги. Например, больной Р., 38 лет, у которого была диагностирована психастения с синдромом Тревожного ожидания сексуальной неудачи на фоне слабой половой конституции, на работе волей-неволей отвлекался от мыслей о половом расстройстве. В домашней же обстановке это само собой не получалось. Поэтому, чтобы отвлечься, пациент старался занять себя каким-нибудь делом (ремонт по дому, помощью жене, работающей в школе учительницей, в подготовке стенгазеты), а также просил супругу рассказывать о чем-либо.

Нередко больные со СТОСН пытаются компенсировать сексуальный дефект более внимательным отношением к жене. Они стараются больше помогать ей в домашней работе, становятся более покладистыми. В некоторых случаях пациенты стремятся дополнительными заработками угодить супруге или надеются улучшить ее отношение к себе меньшим пребыванием в кругу семьи, что, по их мнению, может заставить ее скучать по ним.

В других случаях мужчины, наоборот, озлобляются, становятся гневливыми, подчас теряют контроль над собой, что проявляется по отношению к жене и другим людям. Иногда можно констатировать сосуществование озлобленности и угодливости по отношению к супруге. Если в одних случаях больной раздражителен в основном в семье, то в других, напротив, — на работе, так как старается щадить близких ему людей. Нередко пациенты специально стремятся избегать ситуаций, которые могут вызвать у них разрядку.

В ряде наблюдений отмечалось, что ухудшившееся отношение к жене (партнерше) переносится на всех представителей женского пола и псевдообосновывается, так как пациенты не догадываются об его истинных истоках. Они начинают воспринимать женщин как вульгарных, “грязных”, ждущих от мужчин только удовлетворения своих сексуальных потребностей.

Иногда изменениям поведений, вызванные сексуальным расстройством, проявляется сочетанием действий, которыми-пациент пытается компенсировать недовольство своей супруги (более внимательное к ней отношение, усердная помощь по домашнему хозяйству и др.) с негативным отношением к другим женщинам. Последнее представляет собой

как бы смещение отрицательного отношения к своей жене, которое табуируется.

Изменения, происходящие с больными, могут быть и более сложными.

Больной К., 37 лет, женат. Диагноз: декомпенсированный синдром парацеигральных долек, усугубленный неврозом ожидания Неудачи; симптом ускоренного семяизвержения. Свои сексуальные изъязны пытается компенсирован: все покупает для дома готовит пищу, убирает в квартире (раньше занимался этим, но в гораздо меньшей степени). С момента возникновения расстройства стал усиленно заниматься фотоделом, а в прошлом году даже закончил специальные пятимесячные курсы. Хочет купить хорошую фотоаппаратуру и приобрести патент. Стараясь угодить жене, уделяет большое внимание ее внучке от первого брака, хотя совершенно “не терпит” детей. Несколько лет назад у него появилась выраженная брезгливость, проявляющаяся в том, что запахи, исходящие от женщин (кроме его супруги), сильно раздражают (“... не могу, меня всего выворачивает...”). Если к своей жене старается относиться лучше, то других женщин воспринимает негативно. Это связывает с тем, что “... женщина унизила своё достоинство, огрубела...” (“женщины курят, говорят Л присутствии мужчин всякие пошлости и даже матерятся”). Также отмечает, что на него крайне отрицательно действует запах кала внучки жены, а также других детей.

Таким образом, помимо ухудшившегося мнения о женщинах и появившейся к ним брезгливости (в связи с развитием сексуального расстройства), мы констатируем вынужденное внимание пациента к внучке супруги, а также отражение этого внимания, проявляющееся неприятными обонятельными феноменами. Кроме того, в приведенном клиническом наблюдении можно проследить проявление генерализации, выражающейся непереносимостью запаха детского кала вообще.

Отношение к другим людям может изменяться и в положительную сторону. Так, один из наших пациентов с неврозом ожидания неудачи стал лучше относиться к ним. Если раньше он делил их только на хороших и плохих, то теперь в каждом плохом человеке находит что-то хорошее. К людям, страдающим от чего-либо, стал сердечнее и участливее. У этого же больного развились и другие изменения поведения. После возникновения сексуального расстройства в шкале его ценностных ориентаций произошли следующие сдвиги. Актуализировалась сексуальная сфера и культурные интересы. Начал интересоваться историей и читать специализированную литературу: альманах “Прометей”, монографии, посвященные жизни и деятельности Бориса Годунова, Ивана Грозного и других исторических личностей. Стал более углубленно интересоваться текущей политикой, регулярно читать журналы “Проблемы мира и социализма”, “Америка”, газету “За рубежом”, большое внимание стал уделять повышению профессиональной квалификации: регулярно читает американский журнал “В мире науки”, выходящий на

русском языке, в котором публикуются статьи по электронике (по специальности он — инженер-электронщик).

С целью ликвидации сексуальных нарушений пациенты 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. Один наш больной с неврозом ожидания неудачи даже приобрел аппарат для электропунктуры и, изучив несколько биологически активных точек, стал, не имея специальной подготовки, сам себя лечить. Некоторые пациенты начинают изучать книги, посвященные самоусовершенствованию, фитотерапии, сексологии и т. п. Один из больных даже пытался освоить фундаментальное руководство для врачей по сексопатологии.

Иногда, когда мужчина знает, что в его случае длительные перерывы между половыми актами оказывают патогенное воздействие на сексуальную сферу, его поведение становится манипулятивным. Так, один из пациентов, у которого в организации полового расстройства, помимо невроза ожидания неудачи, принимал участие и хронический простатит, с целью сексуальной активизации супруги начал подчеркнуто следить за своей одеждой и часто уходить из дому, чтобы возбудить ее ревность. Он также “откровенно” поговорил с тещей, которой заявил, что если так будет продолжаться и дальше, то ему придется разойтись с ее дочерью. На самом же деле ни о каком разводе он и не помышлял. Предпринятые меры действительно привели на некоторое время к учащению половых контактов.

Не всегда у больных со СТОСН отмечались явления адаптивной поведенческой активации. В ряде случаев пациенты, 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.

Больной Р., 37 лет. женат. Диагноз: неврастения с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи у личности с акцентуацией характера по тревожно-мнительному типу на фоне хронического простатита; симптомы гипозрекции и гипооргазмии. Со времени развития сексуального расстройства стал раздражительным и вспыльчивым, что проявлялось как в домашней обстановке, так и на работе. Пропадал Интерес к самому любимому для него занятию — охоте, а также к рыбалке. Если прежде относился к пчеловодству с любовью (и отец и дед этим увлекались), то теперь занимается им без всякого интереса. Раньше в выходные

дни не мог и часа находиться дома, а сейчас никуда не тянет. Может полдня просидеть у телевизора (“наступила полная апатия”).

Нередко потеря интереса к жизни может сочетаться с поведенческой активацией. Так, один из обследованных нами пациентов стал больше времени проводить на работе, задерживаясь после окончания Смены, что улучшило его производственные показатели. Соответственно повысился заработок и был отмечен поощрениями. Активнее занялся рыбалкой. Вместе с тем стал более пассивным и безразличным.

Нередко можно обнаружить неоднозначные изменения поведения, которые претерпевают значительную динамику в зависимости от ситуации и состояния больного.

Больной П., 25 лет, холост. Два года назад после одно из неудавшихся попыток обнаружил в двери квартиры, где жила его знакомая, записку, в которой сообщалось, что больше ему приходить сюда не следует, так как ей нужен настоящий мужчина. До сих пор на свои неудачи реагировал спокойно, но после этого его настроение резко снизилось и развился СТОСН. С трудом заставлял себя ходить на работу, а после нее сразу шел домой и ложился в постель. Все время думал о происшедшем. Хотел уволиться с работы и уехать к родителям в деревню, чтобы там, в глуши, никого не видеть, так как “все равно никому не нужен”. Прогнозируя свою жизнь в деревне, говорит, что “может быть спился бы”. Вместе с тем на работе удавалось отвлекаться от мрачных мыслей. И хотя специальность водителя испытателя ему очень нравилась, однако подал заявление об уходе. Но так как с кадрами на производстве было напряженная ситуация, его уговорили остаться. Рассказывая об этом, больной вспоминал; что после окончания смены с завистью и горечью наблюдал, как ребят встречают их девушки. В характеризуемый период стал усерднее работать, всецело отдаваясь своим производственным обязанностям. Старался под любым предлогом подольше задержаться на работе По собственной инициативе часто оставался на ночные смены. Записался в библиотеку, стал читать запоем (раньше читал крайне редко).. За месяц прочитал 6-8 книг. В течение 1-2 мес после прочтения упомянутой записки сторонился людей, старался с ними поменьше контактировать. Затем, наоборот, после рабочей смены начал пристраиваться к компаниям юношей, злоупотребляющих алкоголем. Езди раньше употреблял алкогольные напитки только по воскресеньям и в праздничные дни в небольших дозах, то теперь почти ежедневно выпивал значительное количество алкоголя. Один раз, напившись, даже валялся на улице и попал в вырезатель.

Из приведенного фрагмента истории болезни видно, что в результате негативной оценки партнершей сексуальных качеств молодого человека у него на невротическом депрессивном фоне развились различные изменения поведения: уход в работу, алкоголизация, внезапное увлечение художественной литературой, которые следует трактовать как проявление механизма психологической защиты по типу смещения. Помимо этого, у пациента появилась патологическая мотивация к миграции.

У наблюдавшихся нами больных, как отмечалось ранее, появлялись и такие характерологические сдвиги, как замкнутость, скрытность, по-

вышенная ревнивость, уступчивость, молчаливость, задумчивость, повышенная мнительность и впечатлительность, которые модифицировали их поведение.

Иногда можно наблюдать и феномен генерализации, когда трудными ситуациями становятся те из них, которые совершенно не касаются интимной близости. Так, один из наших пациентов с диагнозом “невроз ожидания неудачи” отметил, что учащенное сердцебиение и “потеря способности логически мыслить” в последнее время возникают у него не только в интимной обстановке, но и при выступлении перед коллективом или перед предстоящим важным разговором.

Иногда у больных с характеризуемой патологией изменялся подход к выбору сексуального партнера. Нередко женщины сами выбирали их. Подчас пациенты не отвергали Инициативу даже тех женщин, которые им не особенно нравились, или вообще были безразличны и устанавливали с ними довольно устойчивые связи. Это вполне объяснимо, так как в данных случаях ответственность за качество интимной близости снижались и мужчины не чувствовали во время ее проведения столь выраженной эмоциональной напряженности, что улучшало ее качество или даже, более того, делало эту близость возможной. Пациенты в этих случаях не боялись расстаться с партнершей; если не устроят ее в сексуальном отношении, так какие дорожили такой связью. Подчас речь шла о контакте с женщинами, которые не только внешне не импонировали больным, но и значительно уступали им в умственном развитии. Боязнь опозориться при попытке вступить в интимную связь с другими, нравящимися больному женщинами, оказывала стабилизирующее воздействие на существующие взаимоотношения, которые поддерживались в основном по инициативе партнерши. Осуществляя подбор женщин, пациенты боялись вступать в интимную связь с теми, которые, по их мнению, обладали большими сексуальными потребностями и соответственно могли предъявить высокие или даже обычные для здорового в половом отношении человека требования. Поэтому они очень внимательно относились к высказываниям предполагаемых партнерш, касающихся сексуального опыта последних, и к их поведению. Например, обследованный нами больной в том случае, если какая-нибудь женщина рассказывала ему о “мужчине-импотенте, который с ней. ничего не мог сделать”, сразу прекращал с ней встречаться, так как прогнозировал ее отношение к его “падению”.

Выявленные нами изменения поведения показывают, что зона нарушений у больных со СТОСН может далеко выходить за рамки собственно копулятивных “сбоев” и модификаций поведения, сопряженных с интимной близостью, и иметь не только личные, но и выраженные

социальные последствия. Проведенные 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 встретиться с диаметрально иными последствиями. Это подтверждает правомочность положений психоанализа о десексуализации либидо, изменении предмета катексиса, сублимации (S. Freud, 1911, 1989, 1990; A. Jakubik, 1979). Информация, получаемая врачом при изучении поведения больных, должна учитываться при проведении психотерапевтической работы с целью формирования у пациентов конструктивных поведенческих программ.

Завершая данную главу, следует отметить, что нами ранее (Г. С. Кочарян, А. С. Кочарян, 1986) была предложена эвристическая модель развития синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи в концепции психологических функциональных системных механизмов. Согласно этой модели, 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 обуславливает дезавтоматизацию сексуальных функций. В ряде случаев упомянутая стратегия порождает стратегии “avoidant thinking” (уклоняющегося мышления; Sh. Solomon, 1980), “situation définition” (переопределения ситуации; D. H. Holmes, B. K. Houston, 1974) и другие: 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 формирования). 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 СТОСН 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).

Однако, как показали проведенные нами исследования, такой порядок в поступательном развитии СТОСН вовсе не является обязательным, так как в ряде случаев ни сам гиперконтроль ситуации интимного сближения, ни тревожное ожидание неудачи, порождающее его, не рассматриваются больным как факторы, ухудшающие сексуальные функции. Вместе с тем в некоторых из этих случаев мужчины все же пытаются улучшить данные функции, используя совладание или компенсацию, а иногда и то, и другое. В других же наблюдениях, относящихся к указанной категории, защитный механизм гиперконтроля сексуальных функций, сопряженный с ТОН, действует изолированно и какие-либо психологические приемы с целью улучшения упомянутых функций не применяются. Это свидетельствует о том, что синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи может сформироваться даже без “включения” конкурентных психологической защите саногенных механизмов (совладания, компенсации) и фаза напряжения этого синдрома может вовсе отсутствовать. Следовательно, по указанной в предложенной модели схеме может формироваться и развиваться только обсессивно-фобический вариант СТОСН.

Что касается трансформации синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи в коитофобический синдром, то такая возможность часто зависит как от конкретного контекста партнерских взаимоотношений, так и от особенностей личностного преморбида.

Характеризуя различные проявления экстрасексуальной альтернативы, следует отметить, что они могут встречаться не только в фазе экстрасексуальной альтернативы, но и на более ранних стадиях, когда имеют место пусть и неполноценные сексуальные контакты.

Также необходимо указать, что прогрессирование характеризуемого синдрома может остановиться на любой из его фаз. Более того, этот синдром может претерпеть обратное развитие даже без врачебного вмешательства, чему способствуют некоторые факторы (см. ниже).

3.2.4. Течение и клинические варианты

После возникновения синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи его интенсивность может претерпевать различные флюктуации, однако последние могут и отсутствовать. Так, среди обследованных нами больных были такие, у которых интенсивность ТОН оставалась практически неизменной с момента его возникновения при различной продолжительности существования характеризуемого синдрома. У других же пациентов после появления тревожного ожидания неудачи последнее быстро редуцировалось. В ряде случаев отмечалось как бы неуклонное усиление ТОН, а в других — период нарастания его интенсивности сменялся временем ее постоянной выраженности, после чего наблюдалось постепенное ослабление этой интенсивности.

Различные ее изменения могут возникать даже на протяжении небольших временных промежутков. Так, например, как отмечалось нами ранее, выраженность изучавшегося синдрома гораздо больше в состоянии бодрствования, в то время как в просоночном и постпросоночном состоянии она, как правило, значительно меньше. Это касается периодов, следующих сразу после пробуждения в утренние или ночные часы. В таких случаях тревожное ожидание неудачи “просыпается” как бы не в полной мере или вообще “не успевает проснуться”. Поэтому половые акты, проводимые в указанные периоды, могут быть гораздо более полноценными или даже вовсе безукоризненными. Так, например, у одного нашего больного с неврозом ожидания неудачи в предварительном периоде напряжение члена было полным, однако перед введением наполовину ослабевало. После этого при общих ласках (стимуляция пениса не осуществлялась) эрекция восстанавливалась и половой акт протекал нормально. Вместе с тем по утрам нарушений напряжения члена не наблюдалось, так как ТОН не успевал возникнуть. У другого пациента, у которого также был диагностирован невроз ожидания неудачи, в самый ответственный момент эрекция тоже уменьшалась (до 50%). Тем не менее, когда он проводил половые акты при пробуждении в ночное время, напряжение члена было полностью нормальным, так как боязнь, что не получится, либо совсем отсутствовала, либо была выражена в минимальной степени (больной не успевал полностью проснуться). Однако следует подчеркнуть, что гиперконтроль эрекции и ТОН возникают у некоторых больных сразу при пробуждении в ночные или в утренние часы, что может моментально нивелировать существующую в этот период эрекцию.

У изучавшихся больных также были четко отмечены различия между качеством запланированных и незапланированных половых актов. Если в первом случае тревожное ожидание неудачи всегда налицо, то во

втором — оно просто может не успеть возникнуть. Если же это и происходит, то выраженность упомянутого ожидания гораздо меньше. Отсюда следует, что незапланированные половые акты, если такие случаются, всегда более полноценные, чем запланированные, вплоть до полного отсутствия каких-либо сексуальных нарушений.

Проведенный нами анализ показал, что синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи может быть представлен континуальным или альтернирующим течением. При первом из них он существует в течение какого-то определенного времени практически постоянно, а при втором — то исчезает, то появляется вновь.

Континуальный СТОСН может быть тотальным или селективным (парциальным). Если в первом случае ТОН возникает у мужчины при попытке сексуального контакта с любой из женщин, то во втором — только с какой-либо определённой. Если речь идет о женатом мужчине, то у него может возникать боязнь либо только при внебрачных сексуальных контактах, либо, напротив, во время сексуальной близости с супругой, что отражается на половых функциях. Приведем пример, где речь шла о селективном СТОСН, проявляющемся у женатого мужчины по отношению к любовнице.

Больной М., 36 лет, женат. Образование высшее техническое. Работает заведующим отделом в одном из управлений. Диагноз: невроз ожидания неудачи (селективный) у личности с акцентуацией характера по тревожно-мнительному типу; гипозрекция симптом. Жалобы на невозможность совершить половой акт с любовницей из-за расстройств эрекции. С женой такие затруднения никогда не возникали. 3-4 года назад познакомился на курсах шоферов с женщиной, которая ему очень понравилась. Первая попытка была мнимой. Тогда они обнимались и целовались в легковой машине, но не стал ее раздевать так как чувствовал по напряжению полового члена плохое и поэтому прогнозировал, что может ничего не получиться. Сослался на то, что в машине неудобно и под этим предлогом отказался от проведения полового акта. Через некоторое время уже с настороженностью пытался провести коитус с той же партнершей в своем служебном кабинете; выпив перед этим 300-400 г шампанского. Беспокойство в этот день возникло с самого утра, хотя половой акт должен был состояться вечером. Во время прелюдии эрекция была неполной. Контролировал ее мануально и “по ощущению”. Пытался усилием воли увеличить напряжение члена, но ничего не получалось. При попытке осуществить интродекцию эрекция не уменьшилась, но ее степень оказалась для этого недостаточной. В тот же вечер безрезультатно пробовал осуществить ещё несколько попыток. При одной из последних наступило семяизвержение. Хотя ему было и неприятно, что ничего не получилось, однако сильно не переживал (с супругой сексуальных нарушений никогда не было). Затем, вплоть до обращения к врачу, было много попыток, но при каждой из них опасался неудачи. Так и случалось. В течение всего времени на этой почве не было нервно-психических срывов, однако три последних месяца имеет место раздражительность по пустякам, что отметили жена и мать. В последнее время из-за сексуальных нарушений нередко ухудшается настроение, которое устойчивым назвать нельзя. Терпимость партнерши к половому расстройству пациен-

та отчасти можно объяснить ее осведомленностью о том, что с женой у него все в порядке. Кроме того, если раньше не разрешившееся половое возбуждение приводило к возникновению у любовницы головной боли, то теперь этого не происходит, так как она постепенно адаптировалась. Мануально женщина разрешает, воздействовать на свои гениталии лишь поверхностно, так как, по ее мнению, “руки не для этого”. Большая часть времени у партнеров уходит на внесексуальное общение, (посещают рестораны, театры, кинотеатры). На вопрос, почему в течение такого длительного времени он все же встречается с этой женщиной, хотя с ней ничего не получается, больной отвечает, что ему с ней хорошо. (“с женой, тоже хорошо, но семейный быт отягощает”). Кроме того, отмечает, что в их кругу принято приходить на вечеринки с любовницами (так поступают 80% мужчин), а эта женщина пришлась его знакомым по вкусу. Не пытался завести новую любовницу и потому, что с партнершей отношения определились: она знает, что он не оставит семью и не женится на ней. Любовница разведена и имеет ребенка. Он также побаивается, что при попытке завести новую внебрачную связь, вновь могут возникнуть сексуальные проблемы. В связи с тем что он на ней никогда не женится, его знакомая не вводит его в круг своих приятелей, так как это для нее не престижно. До обращения ко мне больной пытался получить лечебную помощь у “бабки-шептухи”, которая, узнав, что у него с женой все обстоит хорошо, попросту отказалась ему помогать.

Показателен и следующий пример, демонстрирующий возможность существования синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи только по отношению к жене.

Больной П., 30 лет, женат. Образование высшее, инженер. Диагноз: невроз ожидания-неудачи (селективный), гипозрекции симптом. Жалобы на невозможность совершить половой акт с женой из-за плохого напряжения члена. Эрекция плохая уже в предварительном периоде и при попытке введения член более не ухудшается. Расстройство возникло 2 года назад. Тогда эрекция члена в предварительном периоде была хорошей, но непосредственно перед введением полностью нивелировалась. Чем-либо объяснить произошедшее в результате расспроса не удалось. Реакция супруги была очень бурной (“у тебя, как кисель”, “с тебя толка никакого нет”, “у тебя он совсем отвалился”, “дрова” и т. п.), что повторялось и в дальнейшем. Воспринял неудачу как случайность. При попытке совершить половой акт в другой день был насторожен, сомневался в успехе, неотступно следил за эрекцией “по ощущению”. В этот раз у него тоже ничего не получилось. На вторую безуспешную попытку жена отреагировала еще более бурно, чем на первую, а на следующий день затеяла скандал. Все последующие попытки, которые он совершал в течение года были непременно сопряжены с тревожным ожиданием неудачи и гиперконтролем напряжения члена. Ни одна, из них так и не увенчалась успехом. Тревожное ожидание неудачи и усиленный контроль за эрекцией никогда болезненными не считал не стремился от них избавиться. В течение года перед обращением к нам в интимные отношения с женой не вступал, однако начал жить половой жизнью с женщиной, с которой был знаком до этого уже два года. Она была инициатором, первого полового акта, который протекал в хорошей обстановке. Хотя у него и возникла мысль, что может ничего не получиться, однако обошлось без изъязнов. Так было и в даль-

нейшем. Отмечает, что к моменту обращения за медицинской помощью с любовницей расстались (не знает — совсем или временно).

Анализ указанного наблюдения, кроме селективного характера СТОСН, весьма недвусмысленно вскрывает причину его происхождения.

Помимо перманентного течения синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи в его тотальном или селективном (парциальном) варианте, нами, как указывалось выше, было выделено альтернирующее течение названного синдрома, которое наблюдалось у больных неврозом ожидания неудачи. В данном случае СТОСН то исчезает, то появляется вновь и развивается не глубже уровня невротической реакции. Следовательно, одной из его основных характеристик является “летучесть” (непостоянство). Такая форма течения синдрома, в отличие от перманентной, наблюдалась среди обследованных нами больных в единичных случаях. Приведем клинический пример, демонстрирующий именно такую форму течения изучавшегося синдрома.

Больной К., 28 лет, женат. Образование высшее, работает инженером. Диагноз: невроз ожидания неудачи (альтернирующая реакция) на фоне слабой половой конституции, симптомы гипоррекции и ускоренного, семяизвержения. Жалобы на снижение эрекции до 80% и ускоренное семяизвержение. Эти нарушения существуют непостоянно — в пяти-шести из десяти половых актов. Сексуальная дисфункция возникла 8 мес. назад с ускорения семяизвержения, которое постепенно нарастало. В указанный период были ссоры с женой и сексуальные контакты стали более редкими. Их частота уменьшилась с 4 раз в неделю до 3 раз в месяц. Ссоры продолжаются и поныне, но половая жизнь стала более регулярной. Полгода назад появились нарушения эрекции, чему предшествовало возникновение тревожного ожидания неудачи. Изначально семантика упомянутого ожидания, касалась только продолжительности полового акта, но в дальнейшем распространилась и на напряжение члена. Отмечает четкую зависимость сексуальных нарушений от наличия у упомянутого ожидания. Если его нет, что бывает в 40-50% всех случаев, то указанные нарушения отсутствуют. В динамике происходящее выглядит следующим образом. В результате ссор возникают сексуальные нарушения, что приводит к появлению тревожного ожидания неудачи, которое в дальнейшем само по себе обеспечивает ухудшение сексуальных функций. Затем при незапланированном половом акте какие-либо копулятивные нарушения отсутствуют, что приводит к исчезновению тревоги и соответственно сексуальных нарушений при последующих сексуальных контактах. Затем этот цикл повторяется вновь. Обычно за пятью-шестью некачественными половыми актами следует четыре-пять, протекающих без каких-либо отклонений от нормы.

Клинический анализ показал, что альтернирующий СТОСН так же, как и континуальный, может быть тотальным и селективным.

Как указывалось, ранее нами также был выявлен такой вариант СТОСН, который может быть назван *синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи инициального периода*. Речь идет о тех случаях, когда ТОН неизменно появляется при одном или нескольких первых

сексуальных контактах с новой партнершей, однако в процессе привыкания к ней довольно быстро ликвидируется наряду с обусловленной им сексологической симптоматикой. Так, например, у одного из наших пациентов такое явление отмечается в течение последних 15 лет.

В заключение следует отметить, что характер течения СТОСН зависит от личностных характеристик, партнерской ситуации, конституциональных данных (половой конституции). При наличии, например, черт тревожной мнительности, ссорах и конфликтах в семье, и в первую очередь на сексуальной почве, а также слабой половой конституции возникают предпосылки для затяжного прогрессирующего течения СТОСН с тенденцией к приобретению им континуального и Тотального характера. Неблагоприятному течению СТОСН способствуют и неформированность в вопросах сексологии, а кроме того, отсутствие Предшествующего сексуальному расстройству опыта полноценной половой жизни. Перечисленные выше факторы, неблагоприятнее для течения синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи, могут выступать как изолированно, так и в различных сочетаниях. Совершенно естественно, что последний вариант является менее благоприятным.

3.2.5. Нозологическая специфика

До сих пор мы характеризовали синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи в общем, хотя, приводя многочисленные клинические примеры, указывали на различные нозоформы, при которых наблюдался этот синдром. Несмотря на то общее, что отмечается у мужчин, у которых диагностируется СТОСН, по нашему мнению, целесообразно говорить и о его нозологической специфике.

Невроз ожидания неудачи. Для этой категории больных СТОСН является; стержневым, хотя клиника указанного невроза и не исчерпывается только данным синдромом. Подчас наблюдающиеся у этих больных астенические и гипотимические проявления, а также характерологические динамические сдвиги являются “краевыми” и не определяют сущность заболевания. Приведем пример, когда речь шла о СТОСН, отмечавшемся при неврозе ожидания неудачи.

Больной В., 23 года, холост. Образовательный индекс 10. Работает слесарем на одном, из харьковских заводов. СФМ: $4-2-4/1-1-3/3-1,5-1/1 = 21,5$. Жалобы на расстройства эрекции, что в 7 из 10 истинных попыток делает проведение полового акта невозможным, так как напряжение полового члена, полностью выраженное во время ласк и поцелуев, почти совсем исчезает в момент введения. В трех из десяти попыток-все же удается ввести член при почти полной эрекции, что становится возможным за счет значительного сокращения предварительного периода. В этих случаях напряжение члена в момент введения слегка ослабевает

и составляет 80-90%. При фрикциях с течением времени эрекция полностью нормализуется. При активном расспросе удалось выяснить, что в обстановке интимной близости больной эмоционально напряжен, так как не уверен в успехе. "Смысловое поле" СТОСН (его семантика) связано с опасением эрекционных нарушений (не уверен в том, что напряжение члена не исчезнет). Всякий раз, когда пытается совершить половой акт, отмечается фиксация внимания на напряжении члена "по ощущению". Характеризует существующее в обстановке интимной близости эмоциональное состояние как страх средней степени выраженности. В это время трясутся руки, отмечается напряжение в мышцах плеч и ног, а также болезненно учащенное сердцебиение. Считает тревожное ожидание неудачи вполне нормальным явлением, естественной реакцией на половое расстройство. Даже не приходила в голову мысль о том, что упомянутое ожидание может отрицательно влиять на сексуальные функции. Никогда с ним не боролся, и на вопрос о возможности отвлечься от беспокоящих его мыслей ответил, что этого делать не пытался. При активном опросе также отметил, что половое влечение не снижено, продолжительность фрикционной стадии составляет приблизительно 2 мин (количество фрикций не фиксировал), воллюстические ощущения выражены в полной мере, а оргазм слегка притуплен. Никаких болей ни при семяизвержении, ни после его завершения нет. После полового акта, когда его удастся осуществить, испытывает полную удовлетворенность и душевный подъем, а после неудачной попытки, напротив, отмечает у себя разочарование и досаду, а также неприятный осадок от того, что женщина чувствует себя неудовлетворенной. Жалобы урологического профиля при активном расспросе отсутствуют. Удалось выяснить, что после сексуального расстройства у пациента несколько повысилась раздражительность. Считает себя больным в течение 9 мес, с тех пор как освободился из заключения (отсидел 4 года за хулиганство в зоне усиленного режима, где работал в ОТК по проверке качества выпускаемой радиоаппаратуры). Тогда познакомился с женщиной, которая была старше его на 2 года. В течение недели не решался предпринять попытку к совершению полового акта. Опасался, что воспаление легких, которым переболел в зоне, может вызвать сексуальное расстройство, о чем его предупредил врач-сексопатолог, вместе с ним отбывавший заключение. Когда все же решился на интимную близость, то был напряжен, так как ожидал, что может ничего не получиться. Однако половой акт протекал нормально. Вместе с тем его смутил тот факт, что после семяизвержения эрекция сразу ослабела, чего прежде не отмечалось. Раньше после эякуляции напряжение члена оставалось полностью выраженным, он не вынимал его из влагалища, а спустя 20-25 сек осуществлял повторный половой акт (очень короткий рефрактерный период!). Больше двух половых актов подряд никогда не проводил. Расценил произошедшее с ним как расстройство, связанное с длительным воздержанием, так как в тюрьме онанизмом не занимался и гомосексуальных связей не имел. Когда на следующий день вновь предпринял попытку, то тревожное ожидание неудачи было выражено меньше, однако имел место значительный контроль (гиперконтроль) за напряжением члена "по ощущению" (указанный контроль полностью отсутствовал при первом половом акте). Теперь эрекция исчезла перед введением пениса. Это вызвало у пациента досаду. Партнерша его упрекнула. Сказала, что нужно лечиться. Отреагировал снижением настроения средней степени выраженности. Ничего не хотелось делать, "была вялость в организме". Однако с того времени остался жить у этой женщины. Она больше никогда упреков не высказывала, но всякий раз огорчалась, когда у него в очередной раз ничего не получалось. В первое время из десяти истинных попыток благополучно завершалась лишь одна, но постепенно частота удачных

попыток увеличилась до 30%, что при анализе оказалось связанным с выраженностью тревожного ожидания неудачи, которое в последние 2 мес стало ослабевать. Обратились ко мне с партнершей как к арбитру, который должен решить, можно ли пациенту помочь, от чего зависит их дальнейшая судьба, так . как в случае, если удастся ликвидировать сексуальное расстройство, они решили пожениться. Он — первый ребенок в семье. Есть сестра, которая младше его на 9 лет. Отцу к моменту его рождения было 25 лет, а матери 24 года. Они были здоровы. Наследственность психическими заболеваниями не отягощена. Родился в срок, здоровым. Рос и раздвигался нормально. До пятого класса школы учился на “4” и “5” (тройки “проскакивали” редко), а затем основной оценкой стало 3 балла (“больше начал гулять”). Играл за команду ЖЭК в футбол и хоккей. Спортивных разрядов не имел. Благодаря хорошим физическим данным тренеры “Металлиста” по легкой атлетике и футболу приглашали его в соответствующие спортивные секции. Рос в городских условиях. Воспитывали его мать и отец, но мать занималась воспитанием гораздо больше. Физические меры воздействия в воспитательном процессе не использовались. Учили вежливости, уважению к старшим, трудолюбию. Всегда помогал взрослым по домашнему хозяйству. Хотя родители умеренно контролировали его, однако все же подавляли самостоятельность и инициативу. Среди сверстников по лидерству занимал обычно среднее положение. Закончил 10 классов. Из перенесенных заболеваний отмечает корь и воспаление легких (в детстве), а также болезнь Боткина в 18 лет (во время службы в армии) и воспаление легких (когда был в заключении). В 21 год была аппендэктомия. Прослужил 5 мес в танковых войсках, а затем из-за драки с “дедами” с использованием танковых шомполов был осужден на 4 года (раньше не дрался, был спокойным но до этого “довели”). В настоящее время, как отмечалось ранее, живет у невесты. Материально-бытовые условия хорошие. У нее трехкомнатная квартира, в которой они живут вдвоем. Платоническое либидо пробудилось в 10 лет и реализовалось в том же возрасте. Отмечает, что и эротическое либидо пробудилось в 10 лет, но реализовалось в 11. Сексуальное либидо пробудилось в 15 лет. Первая эякуляция — в 17 лет при половом акте. Мастурбацию отрицает. Первый половой акт — в 17 лет. Протекал нормально. Максимальный эксцесс — 3. Кроме этой партнерши жил половой жизнью еще с тремя женщинами, с каждой из которых встречался в среднем по 5 мес. В настоящее время попытки совершает практически ежедневно, но, как отмечалось ранее, только три из десяти попыток завершаются успешно. Взаимоотношения с невестой и с сотрудниками хорошие. Она вполне соответствует сексуальным вкусам больного, нравится ему как человек и хозяйка. У них примерно одинаковый интеллектуальный уровень и сходные культурные потребности. Он достаточно информирован в вопросах сексологии (прочитал две популярные брошюры). В тех случаях, когда ему удастся провести половой акт, у невесты наступает разрядка. Вместе с тем именно тогда ее не устраивает длительность прелюдии, которая сокращается с 2-3 мин до 1 мин., так как в противном случае эрекция члена исчезает и не удается совершить интродукцию. Курит по 20 сигарет в день. Употребляет алкоголь в виде водки (100 г по праздникам) и пиво (3 раза в неделю по 2 л). Рост — 175 см, окружность грудной клетки — 92 см, ширина плеч (междельтовидная дистанция) — 44 см, ширина таза (межвертельная дистанция) — 32,5 см, высота ноги — 89,5 см. Трохантерный индекс — 1,96. Со стороны внутренних органов без патологии. АД — 120/80 dex, 110/70 sin. Пульс: лежа 72 удара в 1 мин, стоя — 80. Нервно-психическая сфера: доминирующей мотивацией является материальное благополучие, в шкале ценностных ориентаций на первом месте находится быт, а на втором —

сексуальная сфера. В досуге доминируют развлечения и отдых. При целенаправленном опросе выяснилось, что он мнительный и впечатлительный с детства, однако не удается говорить о такой степени выраженности упомянутых черт, которые могли бы указывать на акцентуацию сенситивного типа. Кроме того, отсутствуют и другие, характерные для этой акцентуации свойства. Характеризует себя как незлопамятного, спокойного, веселого, живого, подвижного, любящего смену впечатлений. Как указывалось ранее, в последнее время в связи с сексуальным расстройством стал слегка раздражительным, что не проявляется, однако, во взаимоотношениях с невестой, с которой, напротив, старается быть внимательным и больше помогать ей по хозяйству. Во время беседы продуктивной психопатологической симптоматики не отмечено. Если вначале был несколько напряжен, то затем это быстро нивелировалось. Настроение в общем ровное, без признаков заметного его снижения. Легкая гипотимия отмечается у больного лишь тогда, когда он рассказывает о своих сексуальных неудачах. На вопросы отвечает охотно и без затруднений. Черепно-мозговая иннервация: незначительная асимметрия оскала. Статика и координация в норме. Сухожильные и периостальные рефлексы с рук и ног снижены — умеренной живости, D=S. Плантарные и поверхностные брюшные рефлексы снижены, D=S. Патологических пирамидных стопных знаков и инверсии рефлексогенных зон ахилловых рефлексов нет. Чувствительные нарушения отсутствуют. Длина полового члена в незарегистрированном состоянии — 10 см, окружность — 10 см, головка закрыта. Оволосение лобка по мужскому типу (4 балла). Мошонка достаточной складчатости и пигментации. Яички нормальной величины и консистенции. Предстательная железа обычных размеров, с четкими контурами, б/болезненная при пальпации, мягкоэластической консистенции, бороздка несколько сглажена. Слизистая над предстательной железой легко смещается. Показатели половой конституции: Кг — 3,5, Кф и Ка определить в данном случае не представляется возможным.

Данные психологических исследований. ММРІ: код профиля 4781 (психопатия, психастения, шизофрения, ипохондрия). В настоящее время асоциальные тенденции маскируются или проявляются социально приемлемыми путями, характерен контроль своего поведения, в том числе гетероагрессивных тенденций. Личности с подобным профилем (пики на 4-й и 7-й шкалах при относительном понижении профиля на 2-й шкале) могут производить впечатление интрапунитивных (склонных во всем винить себя) и удовлетворять свои экстрапунитивные тенденции, вызывая чувство тревоги и вины у окружающих. При невозможности такой реализации названных тенденций может возникнуть чувство угрозы собственному благополучию и тревога. Личностный профиль больного даст возможность предположить некоторую интровертированность, наличие затруднений в коммуникативной сфере. Вместе с тем данные по шкале “О” позволяют говорить о том, что на поведенческом уровне такие личностные дефициты проявляются сглаженно, в основном затруднениями в удержании контакта. Проблемы, которые имеются в коммуникативной сфере, и личностные дефициты в ней могут приводить к появлению тревожности, депрессивным тенденциям, раздражительности. Имеется склонность к использованию соматических жалоб для давления на окружающих, врачей, родственников с целью получения преимуществ и рационализации чувства несправедливости и изолированности, своих неудач. Постоянно обеспокоен своим здоровьем. Высокий уровень по шкалам 1-й, 7-й и “F” и низкий — по шкале “K” в основном отражают высокий уровень тревожности и потребность в помощи. Большая вероятность поведения, ориентированного на заботу о собственном здоровье. СДФ: самооценка по фактору А

(активность) неадекватно завышена» испытуемый полностью удовлетворен своим энергетическим уровнем. Самооценка по фактору В (валентность) также превышает нормативные данные, разрыв между “я – реальным” и “я – идеальным” незначительный, что говорит о высокой оценке значимости своего “Я”, самоудовлетворенности. Самооценка по фактору П (потентность) находится в пределах нормы, отмечается большой разрыв между “я – реальным” и “я – идеальным”, что свидетельствует о выраженной неудовлетворенности своим статусом, общественным положением и стремлении изменить их. Метод исследования фрустрационной толерантности Розенцвейга: снижен уровень социальной адаптации, возможны частые конфликты с окружающими людьми. Доминируют реакции экстрапунитивного направления, т. е. во фрустрирующих ситуациях больной склонен обвинять кого-либо или что-либо из окружающей среды. Это предполагает повышенную требовательность к своему окружению, отсутствие способности к адекватной оценке препятствий. Все вместе взятое может способствовать возникновению конфликтов. Преобладает тип реакций “с фиксацией на удовлетворении потребностей” (NP). Преобладание экстрапунитивной направленности и реакций типа NP отражает мнение испытуемого, что не он сам, а кто-то другой виноват и должен взять на себя ответственность за разрешение ситуации. Очень низкий показатель интрапунитивных ответов свидетельствует о нежелании взять на себя ответственность за разрешение ситуаций и отсутствие склонности считать себя виновным в их возникновении. Таким образом, для пациента характерно полагаться на других и одновременно их обвинять, свойственны ранимость, склонность к гетероагрессивным реакциям. Вследствие наличия дискордантной структуры, проявляющейся в склонности обвинять других с одновременным стремлением опереться на них, агрессивные тенденции притормаживаются.

Диагноз: невроз ожидания неудачи на фоне слабой половой конституции; гипорекционный симптом.

Беседа с партнершей. Пациентка Ч., 24 лет, была замужем, но развелась из-за того, что муж алкоголик. В сексуальном отношении он устраивал ее полностью (оргазм наступал практически всегда). К обратившемуся к нам больному отношению хорошо, но недовольна им в половом отношении. Отмечает, что помимо неустойчивой эрекции, из-за чего проведение полового акта часто бывает невозможным, партнер нередко значительно укорачивает предварительный период, чтобы избежать исчезновения напряжения полового члена. Последнее же ее не устраивает, так как из-за этого не успевает наступить увлажнение влагалища (любрикация). Ей также не нравится техника мануальной стимуляции клитора (у нее клиторический тип генитальной возбудимости). Кроме того, отмечает, что хотя “заканчивает” в том случае, когда коитус все же удается, но разрядка наступает после того, как семяизвержение у пациента произошло, но он еще не извлек член из влагалища. По ее мнению, продолжительность полового акта у партнера составляет 1 мин, он же считает, что 2 мин.

Здесь приведен случай, где отмечались минимальные общеневротические проявления в форме легкой раздражительности, которые не достигали степени выраженности астенического синдрома. Это можно объяснить относительно гармоничным личностным складом пациента, а также благополучно складывающимися межличностными отношениями в партнерской паре. Приведенное клиническое наблюдение при всем желании не может быть отнесено ни к одному из обычно выделяе-

мых невротозов, так как если “изъять” у этого больного синдром тревожного ожидания неудачи, оставив все остальное без изменений, то перед нами предстанет практически здоровый человек.

Вместе с тем при невротозе ожидания неудачи нередко встречаются случаи, где астенические проявления могут быть более выраженными, а кроме них или вместо них может наблюдаться гипотимия различной степени выраженности, а также, особенно при длительном течении заболевания, характерологические динамические сдвиги. Кроме того, мы еще раз хотим подчеркнуть, что, помимо случаев, подобных описанному, где отсутствуют осознание болезненности тревожного ожидания неудачи и борьба пациента с ним, встречаются и другие варианты невротоза ожидания неудачи.

В заключение следует отметить, что тревожное ожидание неудачи и обусловленное им нарушение эрекции в приведенном примере было достаточно быстро ликвидировано в результате разъяснительной психотерапевтической работы, которая сочеталась с рекомендациями по оптимальному поведению пациента в обстановке интимной близости и назначением триоксазина в дозе 0,3 г (1 табл.) за 2 ч до полового акта.

Как свидетельствует проведенные нами клинические исследования, синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи может также наблюдаться при некоторых акцентуациях характера и психопатиях, других невротозах (помимо невротоза ожидания неудачи), а также шизофрении. На возможность существования этого синдрома при пограничных психических заболеваниях, как отмечалось нами ранее, указывают отечественные авторы (Г. К. Ушаков, 1987; Б. Д. Карвасарский, 1990 и др.). Рассмотрим некоторые заболевания, при которых нами наблюдался упомянутый синдром.

Другие невротозы. В этих случаях стержневым синдромом является не синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи, а другие невротические синдромы. Так, при неврастении таковым является астенический синдром. Приведем пример, где речь идет о неврастении со СТОСН.

Больной Г., 28 лет, женат. Образовательный индекс 10. Работает шофером на заводе. СФМ: $3-1,5-2/2-2-3/2-1-1/1 = 18,5$. Жалобы на нарушение эрекции и обусловленные половым расстройством редкие половые связи (1 раз в 7 дней), хотя желание возникает чаще. Перед тем, как лечь с женой в постель, напряжение члена хорошее, но затем в предварительном периоде постепенно ослабевает, так что к моменту введения составляет 50%. Ввести член удастся с помощью рук жены. Во время фрикций напряжение члена реже — улучшается и тогда достигает 70%, а чаще, напротив, — ухудшается до 30%. Также жалуется на ускоренное семяизвержение (длительность полового акта в настоящее время составляет приблизительно 1 мин, в то время как до расстройства была 3 мин). Хотя сексуальное либидо в общем не ослаблено, в предварительном периоде оно

постепенно снижается. Оргастические ощущения не снижены. Отмечает у себя треножное ожидание неудачи при половом сближении, сопряженное с мыслями о качестве эрекции и продолжительности полового акта. Выраженность этого ожидания, по его мнению, небольшая. Если половые акты случаются проводить спонтанно (без предварительного планирования), то качество их всегда лучше, что касается как напряжения члена, так и длительности фрикционной стадии. Удалось выяснить, что утренние эрекции отсутствуют уже в течение полутора лет, а ночные бывают иногда выражены на 50%. Явлений гиперконтроля утренних и ночных эрекции нет. Больного также беспокоят раздражительность, вспыльчивость (без потери контроля над собой). Вспышки быстро сменяются общей слабостью, вялостью, разбитостью. Отмечает и расстройства сна: трудности засыпания, поверхностный сон с частыми пробуждениями. После ночного сна тоже чувствует вялость и разбитость. Когда понервничает, нередко возникают головные боли. Отмечает некоторое снижение памяти. Считает себя больным (в общем плане) в течение 6-6,5 лет, когда перед окончанием службы в армии появились описанные астенические явления. Связывает это с неуставными отношениями, так как постоянно подвергался унижению, а во время ночного сна часто опасался, что будет избит. После окончания службы отметил, что стал замкнут, чего ранее не отмечал. До 27 лет имели место эротические контакты (ласки, поцелуи) с женщинами, однако половых актов не было. В 27 лет женился и лишь после регистрации совершил коитус. Напряжение члена было устойчивым, выраженным на 80%, длительность полового акта составила 1,5 мин. Тогда был не уверен в том, что удовлетворит супругу из-за плохого общего самочувствия. Постепенно при половой жизни с женой сексуальные функции улучшились, а изначальная неуверенность, которая носила общин характер (опасался, что не удовлетворит жепу, а не каких-либо конкретных копулятивных нарушений), нивелировалась. Однако вскоре (спустя месяц после женитьбы) во время ссоры с женой на несексуальной почве она назвала его “слабаком”, что привело к возникновению тревожного ожидания неудачи, который па сей раз носил не общий характер (“не могу удовлетворить жену”), а вполне конкретный (опасение за качество эрекции и длительность полового акта). С этого момента сексуальная функция резко ухудшилась вплоть до того, что вообще не мог провести интроскцию.

Лечился у сексопатолога и уролога (локальная декомпрессия, массаж предстательной железы, левомецетин, асвит, алоэ, пантокрин, метилтестостерон). В связи с проводимым лечением тревожное ожидание неудачи периодически ослаблялось, однако сколько-нибудь значимого улучшения сексуальных функций не отметил. Вместе с тем после того, как по приглашению врача приходила супруга больного, все же наблюдалось уменьшение сексуальных нарушений. Это удастся связать с тем, что своим приходом жена как бы давала понять, что заинтересована в выздоровлении мужа. Больше упреков, касающихся половой функции (помимо единственного, высказанного ею ранее), она никогда не высказывала. Наследственность пациента психическими заболеваниями неотягощена. В умственном и физическом развитии от сверстников не отставал. В школе учился хорошо. Закончил среднюю школу. Воспитывался без отца. Жил с мамой, бабушкой и дедушкой. В детстве болел ветрянкой, а с 15 лет и до начала военной службы — экземой. Платоническое либидо пробудилось в 5 лет, эротическое — в 11 (и реализовал в том же возрасте), сексуальное либидо — в 12-13. Первая эякуляция — в 14 лет при ночной поллюции. Мастурбация — с 13 лет, вначале подражательная. В течение 1 года эякуляция не наступала, а затем стала возникать. Частота онанистических актов была 1 раз в неделю. Первый половой акт —

в 17 лет с девушкой-одногодкой по обоюдной инициативе. Протекал без изъяснов. До службы в армии находился в интимной связи с двумя-тремя женщинами, с которыми совершил до 10 половых актов. Максимальный эксцесс — 3 (до службы в армии). Коитус с женой проводит 3 раза в неделю, но попытки совершает несколько чаще, однако они не всегда удаются из-за его сексуального расстройства. Больше одного Полового акта с женой в один и тот же день не совершал. В вопросах секса в определенной мере осведомлен. Об эrogenных зонах жены знает. Продолжительность прелюдии 10-15 мин. Подготовительный период, по его мнению, супругу полностью устраивает. Как он считает, у жены клиторический тип возбудимости, а оргазм наступает у нее в 30 % всех половых актов. Проводят половой акт в классической позиции. При этом жена сгибает ноги л коленных и тазобедренных суставах. Женился по любви. У жены есть двенадцатилетний сын от другого мужчины. Совместных детей нет. Хочет иметь своего ребенка, но “почему-то не получается”. Жена — лидер в семье. По характеру подходит, правится как хозяйка. Больной не курит. Алкоголь употребляет в виде водки (200 г по праздникам). Рост — 187 см, окружность грудной клетки — 96 см, ширина плеч (междельтовидная дистанция) — 48 см, ширина таза (межвертельная дистанция) — 36 см, высота ноги — 96,5 см. Трохиитерный индекс — 1,94. Со стороны внутренних органов — без патологии. АД — 120/80 dex, 115/70 sin. Пульс: лежа — 76 ударов в 1 мин, стоя — 85. Нервно-психическая сфера: после окончания службы в армии замкнут, так как испытывает трудности в общении, хотя потребность в нем есть. Мнительный, впечатлительный с детства. Отмечает у себя астеническую симптоматику, которая подробно описана в жалобах. У него средний фон настроения, которое, по его мнению, без причин никогда не меняется. Во время обследования продуктивной психопатологической симптоматики не отмечено. Несколько замкнут, немногословен и напряжен. Настроение ровное. Обеспокоен своим сексуальным расстройством, которое для него лично значимо. Очень чутко реагирует на обследование и связанные с ним комментарии по поводу состояния своего здоровья. Черепно-мозговая иннервация без особенностей. Аксиальные знаки отсутствуют. Статика и координация в норме. Сухожильные и периостальные рефлексy снижены, D=S. Плантарные и поверхностные брюшные рефлексy снижены, D=S. Патологических пирамидных стопных знаков и инверсий рефлексогенных зон ахилловых рефлексов нет. Чувствительные нарушения отсутствуют. Длина незарегистрированного полового члена — 10 см, окружность — 11,5 см; головка открыта. Оволосение лобка по мужскому типу (4,5 балла). Мошонка достаточной складчатости и пигментации. Яички нормальной величины и консистенции. Легко выраженное варикоцеле слева. Предстательная железа средних размеров, б/болезненная при пальпации, мягкоэластической консистенции, бороздка несколько сглажена, доли одинаковой величины, уплотнений нет. Показатель половой конституции: Кг = 4,6. Другие показатели не могут быть вычислены, так как фенотипические проявления искажаются сексуальным расстройством.

В анализе секрета предстательной железы от 14. 10. 89 г.: слизь — умеренное количество, лейкоциты — 8-10 в п/зр., эпителий простаты частично с жировой дистрофией, изолированно 1-2 экз. не в каждом поле зрения, лецитиновые зерна большое количество. Спермограмма от 1.03. 90 г.: 7,0 см, бело-серого цвета, умеренно-вязкой консистенции, рН = 7,5, слизь — умеренное количество, разжижение наступает к 10 мин, лейкоциты — 1-2 экз. в п/зрения, эпителий изредка, лецитиновые зерна — небольшое количество, число сперматозоидов в 1 мл — 106000000, во всем эякуляте — 742000000, активно-подвижные и подвижные формы — 80%, слабо-подвижные — кое-где, неподвижные — 20%,

патологических форм — 13%. Физиологические и психофизиологические исследования. ЭЭГ от 7.03. 90 г. (со световой и вербальной стимуляцией): альфа-ритм — 10 кол/с, амплитуда — 20-40 мкВ с диффузными включениями дельта-волн и отдельных пиков в затылочных отведениях. Реакция усвоения навязанного ритма световых мельканий с частотой 9.8 Гц сохранена. На нейтральные вербальные стимулы отмечена неполная блокада альфа-ритма. На значимые вербальные стимулы эта же реакция является более выраженной. Данные психологических исследований. СДФ: самооценка “я — реального” по факторам активности и потентности находится в пределах нормы. По фактору валентности оценка значительно выходит за пределы нормы, что отражает высокую оценку своего “Я”, своего личностного статуса. По фактору потентности отмечается чувство неудовлетворенности своим социальным статусом, своей ролью в группе. Методика Лири: оценивает себя как требовательного, скептически настроенного человека, одновременно уступчивого и доверчивого. Хотел бы быть более уверенным, но менее требовательным, избавиться от скептицизма, доверчивости и уступчивости. Жену оценивает как лидера с доверительным и уступчивым характером. В идеале хотел бы, чтобы жена была менее упряма, более добросердечна и отзывчива. Считает, что жена оцениваемого таким, каков он есть, лишь более уверенным, чем есть на самом деле. Метод исследования фрустрационной толерантности Розенцвейга: коэффициент социальной адаптации находится в пределах нормы. Преобладает и выходит за пределы нормы необходимо-упорствующий тип реагирования, что отражает тенденцию решать проблемы, но в большинстве своем за счет окружения. Направленность реакций соответствует норме с некоторым преобладанием импунитивных реакций, что отражает стремление не видеть препятствий даже там, где они есть. Метод выбора цвета Люшера: пассивно-оборонительная позиция, потребность в отстаивании собственных установок, ригидность, агрессивность, которая носит защитный характер. Практичность и трезвость суждений, рационализм, тенденция к системному подходу при решении проблем. Опора на накопленный опыт. Ориентировка на собственное мнение, сопротивление внешнесредовым воздействиям. Зрелость жизненной платформы. Чувство соперничества. Значимость собственной социальной позиции. Стремление к конкретным видам деятельности, точным знаниям и положению лидера в социальном окружении. Вышеописанные тенденции сталкиваются с чувством изолированности, наличия трудностей, мешающих реализации ведущей потребности. Трудности общения, проблема межличностного конфликта. Стресс, связанный с фрустрацией потребности в независимости и спонтанной самореализации. Напряженность, настороженность, настойчивая потребность в избавлении от каких бы то ни было ограничений. Неуверенность в возможности улучшения ситуации не снижает уровень притязаний и не приводит к компромиссным решениям. Склонность к плодотворному сотрудничеству без притязаний на лидирующую позицию. Умение сглаживать конфликты, сдерживать собственные непосредственные реакции. Хороший самоконтроль при достаточной активности. Эгоцентрическая обидчивость. Эмоциональная сдержанность. Физиологическая сфера не фрустрирована. Несбывшиеся надежды и тревога за будущее вызвали реакцию “ухода”. Подавленность, страх перед неизвестностью. Радиоиммунологические исследования: тестостерон — 9,0 нг/мл (норма — 3,6-11,7 нг/мл), эстрадиол — 0,38 г/мл (норма — 0,2-0,8 г/мл), лютеинизирующий гормон — 11,0 нг/мл (норма — 1,1-5,7 нг/мл), фолликулостимулирующий гормон — 6,0 нг/мл (норма — 0,7-2,7 нг/мл), пролактина — 389,13 МЕД (норма — 50-500 МЕД), соматотропный гормон — 3,3 нг/мл (норма — 0,3-3,6 нг/мл), адренокортикотропный гормон — 68,0 пг/мл (норма — 10-18 пг/мл), кортизол

— 30,0 нг/100 мл (норма—2-30 нг/100 мл), дегидроэпиандростерон — 310 нг/дл (норма — 408-622 нг/дл). Радиоферментные исследования: активность 5 α -редуктазы — 26,8 пмоль/мг/ч. Радиорецепторные исследования: связывание ³H-Tс — 46,6 имп/мин/мг.

Диагноз: неврастении с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи; симптомы гипозрекции и ускоренного семяизвержения.

Беседа с женой. Пациентка Д., 35 лет. Имеет среднее образование. Отмечает, что за полгода, в течение которых живет со своим мужем, разрядка наступала у нее всего 2 раза из-за быстрого семяизвержения. Ранее с другими мужчинами оргазм возникал регулярно. У нее генерализованный тип генитальной возбудимости. Замуж вышла по любви. Муж импонирует во всех отношениях, так как он хороший и как человек и как хозяин. Характер его воздействий во время прелюдии также вполне устраивает. Вместе с тем отмечает, что потребность в сексуальной жизни у нее больше, чем у супруга (“может быть, у него и не меньше, так как в душе желание есть, но из-за расстройства недостаточно его реализует”).

Из приведенной истории болезни следует, что аморфный СТОСН изначально возник у данного больного в связи с астенической симптоматикой. Из-за своего плохого общего состояния он опасался, что не удовлетворит жену и это отражалось на его сексуальных функциях. С течением времени тревожное ожидание неудачи нивелировалось, однако единственный упрек, высказанный супругой во время ссоры на несексуальной почве (“слабак”), содержащий оценку его половой функции, восстановил упомянутое ожидание, но уже в структурированном виде (боялся и эрекции и эякуляторных нарушений). Стержневым синдромом у данного больного, несомненно, должен быть признан астенический, существующий довольно длительное время и выполняющий главную роль в общей клинической картине.

Психопатии. Некоторые психопатии и акцентуации характера, как указывалось ранее, являются благодатным фоном для возникновения синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи. В данных случаях неблагоприятная “почва” как бы проводит “пеленг” ситуаций, в которых она могла бы “достойно” себя проявить. Такие ситуации наблюдаются нередко и трудностей в их обнаружении обычно не возникает. Очень благоприятной в этом плане зоной являются интимные взаимоотношения, обычно имеющие повышенную значимость. Приведем клинический пример, где речь шла о психастении со СТОСН.

Больной Р., 38 лет, женат вторично. Закончил 10 классов средней школы и двухгодичную Школу техников для военно-морского флота. Образовательный индекс I 2. В настоящее время служит прапорщиком в одной из военных частей. СФМ на момент обследования определить не представляется возможным. Жалобы на отсутствие напряжения члена в адекватной обстановке, из-за чего в последнее время попытки к проведению половых актов вовсе не предпринимались. При активном распросе отмечает, что эрекции возникают изредка в дневное время, но это не связано с какой-либо эротически окрашенной ситуацией. Кроме того, также редко отмечает у себя и ночные эрекции. Об их наличии может сказать с уверенностью, так как при этом просыпается. Указанные эрекции не связывает

с эротическими сновидениями, которые у себя отрицает. До недавнего времени при пробуждении в связи с возникновением напряжения члена будил жену, но так как всякий раз его эрекция исчезала, когда нужно было осуществить интродукцию, то в течение около полугода не предпринимает попыток совершить половой акт. Последнее семяизвержение полгода назад при мастурбации после неудавшейся попытки ввести пенис во влагалище. Если раньше был не уверен в том, что коитус получится, то в настоящее время абсолютно убежден в неуспехе. Это и обусловило отказ от попыток проведения половых актов. Также отмечает снижение полового влечения (редукция до эротического уровня). Утром после пробуждения в конце акта мочеиспускания имеет место простаторрея. Считает себя больным в течение последних 14 лет (с 1973 г.), чему предшествовало появление болей в промежности. Через неделю после их появления был обследован урологом, который не нашел у него патологии простаты даже после исследования ее секрета. Указанные боли прошли самостоятельно, но затем во время танцев отметил, что при наличии желаний напряжение члена было очень слабым.

В этот период познакомился с женщиной, работающей врачом в противотуберкулезном диспансере, которая была разведена и старше его на два года. К этому времени он был первый раз женат, но узнал, что жена ему изменяет. Служил тогда в Севастополе, а супруга жила в Харьковской области, где проживал и он до окончания школы. Хотя боялся вступать с женщинами в интимные отношения из-за боязни заразиться венерическим заболеванием, все же решился на это с медицинским работником, чтобы убедиться — «мужчина он или уже нет». Для храбрости выпил 150 г водки, но это не сняло эмоциональное напряжение, обусловленное неуверенностью в успехе интимной близости. Тогда контролировал напряжение члена зрительно и с помощью рук, а также «по ощущению». Желание было большим, а эрекция незначительной. Все же удалось совершить интродукцию, используя руки, однако семяизвержение при фрикциях так и не наступило. Был удручен. Женщина успокаивала его, обещала помочь. Когда же через несколько дней пришел к ней опять, она ему сказала, что они не могут поддерживать отношения, сославшись на то, что сын возвращается из пионерского лагеря. Еще через несколько дней у него появились выделения из мочеиспускательного канала и был диагностирован трихомонадный уретрит. Тот факт, что он заразился, довел его до отчаяния («... чего боялся, то и произошло...»). Значительно снизилось настроение («... был такой упадок, что находился в другом измерении...»). Когда куда-либо шел, то не знал, куда именно. Когда спрашивали, как его зовут, не мог ответить. Однажды даже забрали в комендатуру, так как думали, что пьян. В течение 1-2 дней были мысли о самоубийстве. Вместе с тем на работу ходил каждый день («...ведь я военный служащий...»). Нарушился сон и аппетит. В этот период принимал трихопол и таблетки «от страха», так как был сильно перепуган случившимся. Такое состояние сохранялось в течение месяца. Затем пришел приказ о его переводе в Харьковскую область, о чем он ходатайствовал перед командованием с целью сохранить семью. Однако, вернувшись домой, жить половой жизнью с женой так и не начал, так как она вела разгульный образ жизни. Он проживал со своими родителями, а она — в другом поселке. В 1974 г. познакомился с девушкой (в полном смысле этого слова), на которой женился спустя полгода (в 1975 г.), не предприняв перед бракосочетанием ни одной попытки провести половой акт. Прежде чем принять решение о женитьбе, консультировался у многих военных врачей, чтобы выяснить здоров ли он в сексуальном отношении или нет. Все они сказали, что он не болен и может жениться. Был обследован и урологом, который также признал его здоровым.

Тогда был сделан анализ секрета предстательной железы (лейкоциты — 10-12 и п/зр., лецитиновые зерна — умеренное кол-во).

Вскоре женился. Первые 4 дня ничего не получалось. Тогда постоянно беспокоили мысли о возможной неудаче. Пытался отогнать их, читая художественную литературу и выполняя различные работы по дому. Указанные меры давали эффект в момент их выполнения, но стоило их прекратить, как беспокоящие мысли сразу же возвращались: был не уверен в возникновении эрекции и опасался, что если половой акт и состоится, то эякуляция может не наступить, как и случилось в Севастополе. В обстановке интимной близости также пытался отвлечься от названных мыслей, что не давало никакого эффекта. Отмечал у себя в это время дрожь в руках, чувство затрудненного дыхания и нехватки воздуха. Жена его успокаивала, говорила, что все нормализуется. Пациента же это, наоборот, раздражало, так как жалость с ее стороны была ему неприятна. Затем сексуальные нарушения нивелировались (“не могу понять благодаря чему”): на пятый день половой акт удался. Затем эти нарушения не наблюдались в течение 3 лет. Однако в течение указанного времени больного никогда не покидали мысли о том, что все равно во время интимной близости может ничего не получиться. В предварительном периоде опасался того, что не возникнет эрекция, а когда она возникала и начинались фрикции, то боялся, что может не наступить семяизвержение. Это повторялось всякий раз, несмотря на то, что предыдущие половые акты протекали без каких-либо изъязнов. Отмечает, что в тот период вегетативных нарушений, которые имели место при попытках в первые 4 дня после женитьбы, не было. Указанные мысли постоянно возникали и вне обстановки интимной близости в течение всего дня. Если на работе волей-неволей отвлекался от них, то в домашней обстановке ему это не удавалось. Поэтому просил жену рассказывать ему что-нибудь, выполнял какую-либо работу по дому или предлагал супруге помощь в оформлении стенгазета для ее работы. Не может вспомнить, какие именно меры предпринимал в то время, чтобы в обстановке интимной близости отвлечься от беспокоящих его мыслей. Тревожное ожидание неудачи и эти мысли считал явлением болезненным и неоднократно обращался по данному поводу ко многим врачам, которые так и не смогли ему помочь. С 1978 г. (т. е. спустя 3 года после второй женитьбы) начал отмечать периодические нарушения эрекции. Тогда более продолжительные “светлые” промежутки (7-8 мес) чередовались с “темными”, неблагоприятными (2-3 мес). 1,5 года назад (в 1986 г.) начало постепенно снижаться половое влечение, а ухудшение эрекции приняло прогрессирующий характер. Вновь обратился за медицинской помощью. Получал пантокрин (в инъекциях), женьшень, витамины В₁ и В₆ (в инъекциях), что не дало никакого улучшения. Положительный эффект отсутствовал и при приеме метилтестостерона по 0,005 г (1 табл.) 3 раза в день в течение месяца. Вместе с тем отмечает, что лечение аевитом (сделал 15 инъекций по 1 мл) обусловило определенные положительные результаты. В течение двух последних лет предпринимал попытки к совершению полового акта исключительно редко. Последняя неудачная попытка, как отмечалось ранее, имела место полгода назад. В течение этих же двух лет периодически при ласках и поцелуях вызывал у жены разрядку, воздействуя на ее гениталии мануально. Тревожное ожидание неудачи при этом не возникало. Хотя попыток к совершению обычных половых актов в последнее время не предпринимает, мысли о сексуальной несостоятельности, выраженные в меньшей степени, чем раньше, беспокоят в течение всего дня.

Пациент — третий ребенок в семье. Отцу к моменту его рождения было 37 лет, а матери — 33 года. Они были здоровы. Наследственность психическими заболеваниями неотягощена. Родился в срок, здоровым. В физическом и умственном

развитии от сверстников не отставал. Родители воспитывали в нем чувство высокой ответственности за свое поведение и за порученное дело. Отец постоянно читал нотации, а мать иногда “давала затрещины”. Если что-то плохо выполнял, то заставляли переделывать. Если работу по огороду не доводил до конца, то гулять с ребятами не пускали (“выполнишь, потом пойдешь”). Из перенесенных заболеваний отмечает корь и скарлатину в дошкольном возрасте. В 11 лет была аппендэктомия. В начале службы в армии перенес тонзиллэктомию. С начала 70-х годов болеет ревматоидным артритом и хроническим гастритом с пониженной кислотностью. Если последний обостряется нерегулярно, то обострение ревматоидного полиартрита наблюдается всякий раз весной и осенью. В настоящее время материально-бытовые условия удовлетворительные: год назад получил двухкомнатную квартиру, где живут с женой и двумя детьми. Взаимоотношения в семье и на работ хорошие. Эротическое либидо пробудилось в 14-15 лет, а реализовалось только в 17. Пробуждение сексуального либидо также датирует этими годами. Уплотнение околососковой области наблюдалось в 13-14 лет, начало изменения голоса — в 15-16 лет. В 16 лет уже брился. Рост волос на туловище с 15 лет. Мужской тип растительности на лобке отмечался к 15 годам. Угри появились в 15-16 лет. До окончания школы “девчата насильно затаскивали на танцы”. Несмотря на наличие эротических и сексуальных фантазий, не решался на их реализацию. С 17 до 19 лет встречался с девушкой. Инициатором их контактов была она. Допускали все, кроме половых актов. Напряжение члена при ласках было хорошим. Считал не порядочным начинать половую жизнь до женитьбы. Еще одной причиной этого было желание, чтобы девушка дождалась его после окончания военной службы. Первая эякуляция — в 15 лет при ночной поллюцией. Заместительная мастурбация — после первой женитьбы (женился в 22 года), когда жил один. Первый половой акт с первой женой — после того, как расписались. Протекал нормально. До настоящего времени была лишь одна, описанная ранее, внебрачная связь, которая имела печальные последствия. Взаимоотношения со второй женой хорошие. Она полностью соответствует его сексуальным вкусам, нравится как мать его детей (у них две девочки — 11 и 7 лет), однако не совсем импонирует ему как хозяйка: не всегда кладет вещи на прежнее место. Упреков в связи с сексуальным расстройством пациента не высказывает. Даже сейчас, когда разговор заходит на эту тему, всегда говорит ему, что все пройдет. Максимальный экссесс — 4 в возрасте 22-23 лет. На УФР (со второй женой) перешел через год после женитьбы в возрасте 23 лет. В настоящее время не курит. До 1979 г. курил по 15-20 сигарет в день. Алкогольными напитками никогда не злоупотреблял. Прерванные половые акты имели место с 1976 по 1979 гг. (в возрасте 27-30 лет). Прерывание никакого труда не составляло. Прекратил его применять в связи с тем, что врач указал на его вред. Рост — 181,5 см, окружность грудной клетки — 108,5 см, ширина плеч (междельтовидная дистанция) — 46,5 см, шириина таза (межвертельная дистанция) — 35 см. Трохантерный индекс — 1,86. Масса тела — 94 кг. АД = 130/80 dex, 120/70 sin. Пульс: лежа — 68 ударов в 1 мин, стоя — 76.

Нервно-психическая сфера: доминирующей мотивацией является профессиональный престиж, а в шкале ценностных ориентаций на первом месте находится быт. В досуге доминирует отдых. При целенаправленном опросе отмечает, что общителен. Мнительный, впечатлительный с детства. Воспринимает все происходящее “умом, а не сердцем”. Аккуратен. Любит, чтобы каждая вещь лежала на своем месте. Сетует на то, что к этому не может приучить ни жену, ни детей. Никогда не уйдет со службы, прежде чем не сделает все, что необходимо. Если взялся за какую-то работу, то “комар носа не подточит”. Во время службы в

морском флоте коллеги говорили о нем: “Если боцман что-то сделал, то можно ставить знак качества и ничего не проверять”. Отмечает склонность к формированию навязчивостей (не только связанных с сексуальной проблематикой). Часто после ухода из дома возвращается, чтобы перепроверить, закрыл ли он дверь, выключил ли газ, свет и т. д. Незлопамятен. Жалостлив с детства. Из-за этого старался ни с кем не драться. Не мог обидеть “ни кошку, ни собаку”. В отношении с начальством может быть прямым и высказывать все, что он считает необходимым. По этой причине страдал и длительное время не получал квартиру. В общем спокойный, уравновешенный. Когда ничем не занят, постоянно в подавленном настроении из-за мыслей о сексуальном расстройстве. После развода с первой женой часто, если прочтет о чем-то трогательном или посмотрит по телевизору передачу, “берущую за душу”, на глаза наворачиваются слезы. Сон хороший. После сна чувствует себя отдохнувшим. Вялости, повышенной утомляемости нет. Интеллектуально-мнестические функции без заметных нарушений. Суховат, корректен, внешне подтянут, аккуратен в одежде. На поставленные вопросы дает четкие и детальные ответы, фиксирован на своем расстройстве. Назначаемые мною приемы посещал регулярно, не опаздывал. Это было нелегко, так как, во-первых, следовало всякий раз отпрашиваться у начальства, а во-вторых, очень рано выезжать из дому, так как живет не в Харькове. В неврологическом статусе без патологии.

Оволосение лобка по мужскому типу (5 баллов). Длина полового члена в незергированном состоянии — 9,5 см, окружность — 10 см, головка закрыта, мошонка достаточной складчатости и пигментации. Яички нормальной величины и консистенции. Простата б/болезненна при пальпации, асимметрична. Левая доля уменьшена в размерах. Правая доля уплотнена в средних и нижних отделах. Слизистая прямой кишки над предстательной железой легко смещается. Показатели половой конституции: Кг = 3,5; Кф = 3,6; Ка = 3,7; Ка/Кг = 1,1. Данные психологических исследований. Опросник Шмишека: получено сочетание акцентуаций характера по педантическому (18 б), дистимическому (18 б) и застревающему (14 б) типам, что говорит о повышенной серьезности, сосредоточении на мрачных сторонах жизни и неудачах чаще, чем на приятных событиях. Отмечается недостаточно активная жизненная позиция, высокие морально-этические принципы. У испытуемого низкая способность к принятию решений, тенденция к основательности, скрупулезности, повышенная забота о своем здоровье, недостаточность механизма вытеснения. Испытуемому свойственна повышенная чувствительность, злопамятность, легкая уязвимость, обидчивость, стойкость аффекта. ММРІ: профиль пограничный, код профиля — 172 (ипохондрия, психастения, депрессия). Реакция на обследование — недоверчивость, желание скрыть свои недостатки и конфликты. Отмечается стремление вызвать сочувствие у окружающих, ипохондрическая фиксация болезненных ощущений, повышенное внимание к болезни, пессимистическое отношение к своим проблемам. Имеет место подавленность, тревога, напряженность, раздражительность. Для испытуемого характерно стремление избегать неудач путем достижения максимальной информированности о ситуации и построения подробных планов своих действий. Отмечается затруднение социальной адаптации, стремление к уклонению от трудных ситуаций, снисходительное отношение к собственным недостаткам. Сочетание повышения по второй шкале (“депрессия”) и снижения профиля по шестой (“паранойя”) при высоком показателе по шкале “К” (коррекция) позволяет говорить о дисгармоничной личности, так как одновременно выявляется существование депрессивной тенденции (блокада гетероагрессивности) и аффективной ригидности (реализация гетероагрессивной

тенденции). Возникающие трудности в контактах определяются сочетанием стремления избежать разочарования, с одной стороны, и ожиданием враждебных или недобросовестных действий окружающих — с другой. Метод исследования фрустрационной толерантности Розенцвейга: в конфликтных ситуациях значительно преобладает экстрапунитивная направленность реакций, что отражает повышенную требовательность к окружению, агрессию, направленную во вне, снисходительное отношение к себе. Эта внешнеобвинительная направленность проявляется в форме осуждения окружающих за создавшуюся ситуацию. Крайне редко реакции испытуемого имеют интрапунитивную направленность как в форме признания вины и раскаяния, так и в форме возложения ответственности на себя при решении проблем. Для испытуемого характерен самозащитный тип реагирования, превышающий нормативные данные, что свидетельствует о слабости личности, которая сосредоточивает все свои силы на реакции защиты своего “Я”. Крайне редко испытуемый обнаруживает необходимо-упорствующий тип реагирования, что свидетельствует о низкой способности к адекватному реагированию, разрешению проблем, поставленных фрустрирующей ситуацией. Коэффициент социальной адаптации существенно снижен.

Диагноз: психастения с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи, усугубленная хроническим простатитом и сексуальной инволюцией; симптомы гипозрекции и алибидемии.

Беседа с супругой. Пациентка Р., 36 лет, имеет высшее педагогическое образование. Отмечает, что раньше при половых актах разрядка наступала у нее в 50% всех случаев. В настоящее время, когда муж при ласках и поцелуях стимулирует ее гениталии, а указанных актов как таковых не бывает, оргазм наступает у нее в 80 % всех случаев. Подтвердила, что с мужем у нее хорошие отношения. Отметила, что на сексуальном расстройстве мужа особенно не фиксирована.

Из приведенного клинического наблюдения следует, что у больного психастенией даже в длительные периоды (годы) полной нормализации сексуальных функций, в чем он сам несколько не сомневался, упорно продолжал существовать СТОСН, что свидетельствовало о большом влиянии на него дисгармоничного личностного фундамента (“почвы”). Указанный синдром в это время был как бы “оторван” от своей материализации в сексуальной сфере. Важно отметить, что когда мы начали лечить данного пациента и на фоне улучшения сексуальных функций он стал вновь предпринимать попытки к совершению половых актов, синдром тревожного ожидания неудачи восстановился с прежней силой.

Шизофрения. СТОСН, наблюдавшийся нами при этом заболевании, имел эндогенную “окраску”, обуславливался другими психопатологическими синдромами и нередко носил несоответствующий реальной ситуации характер. Так, например, у одного из наших больных отмечались стойкая, непоколебимая “онанофобия” и обусловленный ею синдром тревожного ожидания неудачи, вызывающий эрекционные нарушения. У другого пациента сексуальный срыв послужил психогенной провокацией, за которой последовало резкое обострение эндогенного процесса, выражающееся астеническими и депрессивными проявлениями, обуславливающими потерю трудоспособности. Одновременно развился СТОСН

и больной вообще отказался от попыток совершения половых актов, несмотря на весьма благоприятную партнерскую ситуацию. Сексуальная проблематика оказалась настолько актуальной для пациента, что он обратился именно к сексопатологу, специально приехав из другого города. Наше видение проблемы оказалось совершенно иным. Первоочередной задачей, смещающей в данном случае терапевтические акценты, несомненно, являлось лечение основного заболевания в медицинском учреждении психиатрического профиля. Источником возникновения СТОСН у больных шизофренией могут стать также сенестопатические ощущения, исходящие из половых органов, и связанные с ними переживания ипохондрического характера, что, в частности, имело место у одного из обследованных нами пациентов.

Необходимо особо отметить, что в данном разделе нашли отражение лишь некоторые особенности нозологической специфики СТОСН. Специальное же изучение этих особенностей, которое не входило в задачи настоящей работы, может явиться предметом отдельных исследований.

В заключение следует еще раз подчеркнуть, что синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи, наблюдающийся при различных психических расстройствах, имеет много общего. Вместе с тем можно наблюдать и зависящие от этих расстройств его различия, что проявляется как в роли этого синдрома в общей клинической картине, так и в его нозологических оттенках.

3.2. 6. Системно-структурный анализ сексуальной гармонии

Системно-структурный анализ сексуальной гармонии был проведен в 144 случаях, где у обследованных нами мужчин со СТОСН были выявлены истинные сексуальные 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 в 25 набл. (17,4%), двух — в 81 набл. (56,2%), трех — в 27 набл. (18,8%), четырех — в 11 набл. (7,6%). Вышеуказанные данные отражены в табл. 14.

Патогенное влияние поражения социального компонента сексуальной гармонии в основном было обусловлено недостаточной информированностью обследованных по вопросам сексологии, а также техническими погрешностями при проведении интимной близости.

Таблица 14
Системно-структурный анализ сексуальной гармонии у 144
супружеских (партнерских) пар, где у мужчин был диагностирован
СТОСН

Частота поражения	Компоненты сексуальной гармонии				Количество пораженных компонентов сексуальной гармонии			
	социальный	психологический	социально-психологический	биологический	один	два	три	четыре
абсол. кол-во обсл.	109	39	19	144	25	81	27	11
%	75.7	27.1	13.2	100.0	17.4	56.2	18.8	7.6

Негативное воздействие на сексуальную гармонию, вызванное поражением ее психологического компонента, было часто связано с наличием черт характера у одного из супругов, вызывающих отрицательное отношение другого. Неблагоприятное влияние поражения социально-психологического компонента сексуальной гармонии в основном определялось различными ролевыми конфликтами. Отрицательное воздействие на сексуальную гармонию поражения ее биологического компонента определялось поражением одной или нескольких составляющих копулятивного цикла.

Анализируя содержание понятия “сексуальная гармония”, мы пришли к выводу, что о ней можно говорить в широком и узком смысле. По нашему мнению, сексуальная гармония в узком смысле определяется возникновением оргазма при сексуальных контактах у обоих партнеров, а также соответствием их потребностей в половой активности. По литературным данным, аноргазмия гораздо чаще наблюдается у женщин, а у мужчин — исключительно редко (А. М. Свядоц, И. А. Попов, 1967; В. И. Здравомыслов, З. Е. Анисимова, С. С. Либих, 1985). Следовательно, основным критерием сексуальной гармонии в рассматриваемом смысле является возникновение оргазма у женщин. Сексуальная гармония в широком смысле этого понятия предполагает не только наличие оргазма у обоих партнеров и одинаковую их потребность в сексуальной активности, но также и конгруэнтность мужчины и женщины на различных уровнях их взаимодействия. Так, Lew-Starowicz (1985) отмечает несколько уровней сексуального взаимодействия партнеров; физиологический, эротический, интуитивный, чувственный, вербальный и ценностный, а К. Imieliński (1986) в монографии “Человек и секс”

указывает, что сексуальное приспособление мужчин и женщин определяется взаимодействием многих факторов, среди которых большую роль играет связывающее партнеров чувство любви, взаимная сексуальная привлекательность, соответствие сексуальных шифров, а также сексуальная культура. К перечисленным факторам можно прибавить еще много других, которые характеризуют сексуальную гармонию в широком смысле этого понятия. Каждый из указанных факторов может в той или иной мере отразиться на полноте эмоциональных переживаний партнеров во время интимной близости.

Мужчина или женщина могут испытывать оргазм при половых контактах даже с партнерами, которые им психологически и физически неприятны. Если в ряде таких случаев это может говорить о наличии сексуальной гармонии в узком смысле этого понятия, то неоспоримым также является факт, что о сексуальной гармонии в широком смысле в сложившихся обстоятельствах думать не приходится. Вместе с тем и в названных обстоятельствах нередко может обнаруживаться отрицательное влияние указанных факторов на частоту возникновения полового желания и его силу, что отрицательно влияет на данный критерий, относящийся к характеристике сексуальной гармонии в узком смысле этого понятия.

Проводя анализ влияния сексуальных расстройств, где выявлялся СТОСН, на сексуальную гармонию, мы пришли к выводу, что варианты такого влияния могут быть следующими.

Чаще наблюдается *декомпенсирующий* эту гармонию вариант, который проявляется урежением частоты оргастических разрядок у одного или обоих партнеров или даже полным отсутствием оргазма, а также разбалансированием сексуальных потребностей мужчины и женщины. Это обуславливается ухудшением сексуальных функций у мужчины; урежением ритма половых сношений, что нередко наблюдалось у больных со СТОСН, для которых интимная близость — эмоционально трудная ситуация; уменьшением продолжительности предварительного периода или его полной редукцией. Последнее обычно связано с эрекционными нарушениями у мужчин, когда страх перед несвоевременным ослаблением или исчезновением эрекции заставлял их торопиться с интродекцией. Если детально охарактеризовать, с чем связано урежение ритма половой жизни, то следует назвать следующие причины. Одной из них является желание оградить себя и (или) партнершу от неблагоприятных влияний неполноценных сексуальных контактов на психическую и соматическую сферы, что может проявляться усилением невротизации у мужчин, а также клее невротическими и соматическими проявлениями сексуальной фрустрации у женщин (тяжесть и боли вни-

зу живота, головные боли, раздражительность и т. д.). С целью избежать описанных неблагоприятных ощущений и переживаний, уменьшать частоту половых контактов или даже отказываться от последних могут и сами женщины. Для этого они упрекают своих партнеров, а также используют уклоняющийся стиль поведения (сегодня женщина говорит, что плохо себя чувствует, а завтра уходит в гости, послезавтра приглашает гостей, а в другие дни допоздна занята какой-либо работой по дому и т. п.). Иногда в подобных обстоятельствах приходится констатировать псевдообосновывание супругой своего поведения. Так, жена одного из наших пациентов преподносила последнее как заботу о муже. Она просила его, чтобы он не насиловал себя. Более редкий ритм половых контактов или их полное исключение в сложившихся условиях следует признать адаптационным фактором. В ряде случаев приспособление к ненаступлению оргазма во время интимной близости проявлялось у женщин следующим образом. Они пытались до минимума свести предварительный период или вовсе исключить прелюдию, а также думали о чем-нибудь постороннем во время интимной близости, чтобы не возбуждаться и потом не расплачиваться за это. Различные варианты приспособления женщин к сексуальной несостоятельности мужа с целью уберечь себя от нежелательных последствий выраженного сексуального возбуждения, не завершающегося разрядкой при половых контактах, хорошо и достаточно подробно описал С. В. Владимиров-Клячко (1972).

А. М. Свядощ (1988) даже выделил защитную форму психогенной аноргазмии, которая ограждает женщину от болезненных проявлений сексуальной фрустрации.

Нами были зафиксированы оригинальные варианты интерпретации женами сексуальных расстройств и нарушений поведения у своих мужей, когда и то и другое было обусловлено СТОСН. Так, одна из женщин объясняла исчезновение эрекции полового члена своего супруга в самый ответственный момент присущей ему ленью, а жена другого больного изумлялась, что ее муж испытывает тревогу в обстановке интимной близости и боится осуществить половой акт, несмотря на то, что они вместе прожили 20 лет. Считает, что у него нет никакого полового расстройства и поведение супруга связано с тем, что он ее не любит.

Редко приходилось констатировать компенсирующее воздействие СТОСН на сексуальную гармонию. Так, в ряде случаев после возникновения изучавшегося синдрома, сопровождающегося гипозрекцией, с целью усиления напряжения полового члена мужчины либо начинали проводить предварительный период, если они не делали этого до развития расстройства, либо увеличивали (подчас весьма значительно) про-

должительность прелюдии. Это иногда приводило к росту процента оргастичности у женщин.

В ряде наблюдений мы не обнаруживали какого-либо влияния половых расстройств на сексуальную гармонию в узком смысле этого понятия, что отмечалось тогда, когда и до возникновения СТОСН оргазм у женщин никогда не наступал. Иногда указанное воздействие также отсутствовало из-за небольшой выраженности сексуальных расстройств у мужчин. В этих случаях разрядка возникала у женщин так же часто, как и раньше, и не развивался дисбаланс потребностей в частоте сексуальных контактов у обоих партнеров.

Сексуальные расстройства у больных со СТОСН могли оказывать негативное влияние на взаимоотношения между супругами. В этих случаях изначальный конфликт на сексуальной почве с течением времени приобретал генерализованный характер, распространяясь на другие сферы коммуникации партнеров (феномен генерализации). В некоторых наблюдениях направление распространения конфликта было иным. Так, ссоры между супругами на несексуальной почве подчас приводили к развитию сексуального расстройства у мужа что усугубляло первоначальный конфликт, расширяя область его проявления. В ряде случаев, несмотря на сексуальное расстройство у мужчины, партнерша не ссорилась с ним из-за этого, однако выражала свое недовольство, предъявляя упреки и претензии в сферах, не связанных с сексуальными контактами (смещенный конфликт).

Глава 4. Характеристика обследованных больных по данным параклинических диагностических методов

4.1. Психологические исследования

С целью углубления представлений об изучавшейся патологии нами, помимо клинических исследований, проводились дополнительные.

При использовании психологических методов исследования были получены следующие результаты.

Опросник Шмишека был применен нами при обследовании 78 больных неврозом ожидания неудачи. В порядке уменьшения частоты обнаружения выявленные акцентуации распределились следующим образом. Так, педантическая акцентуация определялась в 28 набл. (36%), эмотивная — в 27 набл. (35%), экзальтированная — в 25 набл. (32%), застревающая — в 23 набл. (29%), циклоидная — в 23 набл. (29%), гипертимная — в 21 набл. (27%), возбудимая — в 18 набл. (23%), тревожная — в 10 набл. (13%), дистимическая — в 6 набл. (8%), демонстративная — в 4 набл. (5%). У 8 чел. (10%) какой-либо акцентуации выявлено не было. Эти данные отражены в табл. 15.

Таблица 15
Типы акцентуаций у 78 больных неврозом ожидания неудачи

Частота	Акцентуации										
	Педантическая	Эмотивная	Экзальтированная	Застревающая	Циклоидная	Гипертимная	Возбудимая	Тревожная	Дистимическая	Демонстративная	Не определяются
абс. числ	28	27	25	23	23	21	18	10	6	4	8
%	36	35	32	29	29	27	23	13	8	5	10

Таким образом, из выявленных акцентуаций в число наиболее часто встречаемых вошли педантическая, эмотивная, экзальтированная, застревающая и циклоидная. Их патопластическую функцию в происхождении невроза ожидания неудачи можно объяснить влиянием следующих факторов. Так, в случае педантической акцентуации слабо развит механизм вытеснения. В частности, плохо вытесняются собственные людям с указанной акцентуацией сомнения. В том случае, когда речь идет о возникших сомнениях, касающихся сексуальных функций, воз-

никают условия для их нарушения. Одной из характерных особенностей названной акцентуации является гиперконтроль ситуаций и поведенческих актов, что способствует дезавтоматизации половой функции, а следовательно, возникновению копулятивных расстройств. Это, в свою очередь, является благодатной средой для возникновения сомнений о качестве предстоящих половых контактов. Патопластическое влияние эмотивной, экзальтированной и циклоидной (аффективно-лабильной) акцентуаций можно объяснить выраженными гипотимическими реакциями на истинные или мнимые сексуальные нарушения и проблемы. Застревающий тип акцентуации, вследствие характерной для него чрезмерной фиксации негативных эмоциональных воздействий, обусловленной инертностью психологических процессов, способствует консервации неудачного сексуального опыта. Проведенные исследования подтвердили ранее высказанное нами мнение о том, что демонстративная (истероидная) акцентуация характера не предрасполагает к возникновению невроза ожидания неудачи. Среди обследованных нами больных она встречалась реже всех остальных.

По ММРІ было обследовано 58 больных неврозом ожидания неудачи. Средние значения (\bar{x}) и дисперсия (σ^2) распределения приведены в табл. 16. Усредненный личностный профиль по ММРІ при неврозе ожидания неудачи. представлен на рис. 2.

Таблица 16

Средние значения (\bar{x}) и дисперсия (σ^2) распределения по шкалам ММРІ у 58 больных неврозом ожидания неудачи

Шкалы		L	F	K	I	2	3	4	5	6	7	8	9	0
Показатели	\bar{x}	45.7	47.4	50.1	65.2	62.3	47.2	62.6	54.5	52.2	73.6	72.3	54.0	54.1
	σ^2	8.6	10.2	12.0	9.0	10.5	11.5	11.1	9.8	11.0	10.4	8.8	10.1	12.5

Как видно из представленных данных, полученные усредненные значения можно описать кодом 781 (психастения, шизофрения, ипохондрия). Если допустить, что выборка имеет нормальное распределение, то 96% обследованных по шкале 7 находятся в интервале Т-шкалы 52,8-94,4, а по шкале 8 — соответственно в интервале 54,7-89,9. Следовательно, по 7-й и 8-й шкалам исследуемая группа больных значительно превышает нормативные данные. Выраженный и равномерный подъем по этим шкалам указывает на то, что склонность ориентироваться на внутренние критерии и коммуникативные затруднения сочетается с раздражительностью и тревожностью или ощущением повышенной утомляемости и апатии (Ф. Б. Березин, М. П. Мирошников, Р. В. Рожанец, 1976). Пик на 7-й шкале свидетельствует о наличии тревожно-фо-

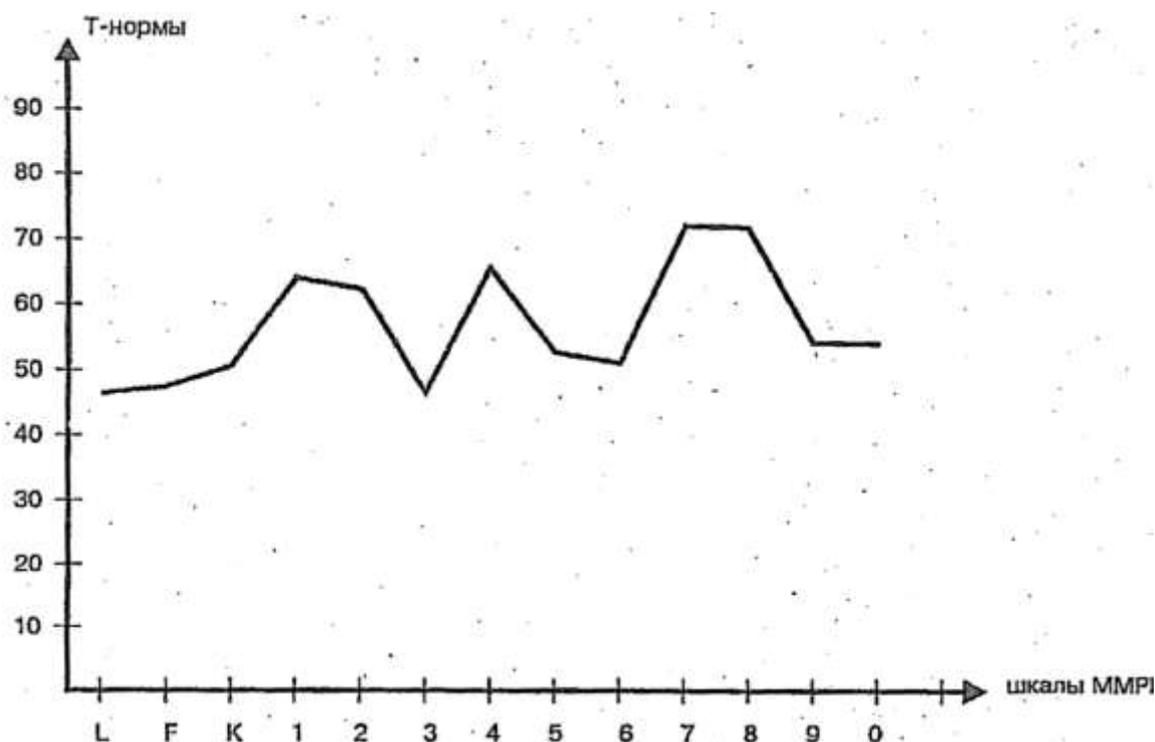


Рис. 2. Усредненный личностный профиль по MMPI у 58 больных неврозом ожидания неудачи.

бической симптоматики, а возможно, психастенических личностных черт, а пик на 8-й шкале — о наличии изолированности, замкнутости, коммуникативных проблем. Высокие показатели по 7-й и 8-й шкалам указывают на развитость механизмов рационализации, интеллектуализации, которые не позволяют вытеснить из сознания мысли с психотравмирующим содержанием. Этот тип защитной переработки психотравмирующего

содержания приводит к приковывающей стратегии реагирования на психотравму, к повышенному вниманию к отрицательным сигналам. Такие личности стремятся удерживать в центре внимания далее несущественные факты, учитывать и предвидеть даже маловероятные возможности. В результате ситуация никогда не представляется достаточно определенной, что еще больше усиливает постоянную тревожность (Ф. Б. Березин, М. П. Мирошников, Р. В. Рожанец, 1976). Сочетание пика на 7-й шкале и повышение показателей на 1-й указывает на то, что заболевание в результате аффективной насыщенности переживаний становится источником длительной идеаторной переработки. Раз возникающая ригидная концепция не требует для своего существования по-

стоянного сенсорного подкрепления. У таких больных отмечается склонность к образованию навязчивых страхов. За счет сочетания повышенных показателей по 8-й шкале и 1-й при пике на 7-й возможно формирование ригидных стереотипов поведения, ориентированных на заботу о физическом благополучии. Таким образом, у данной группы больных часто образуются неадаптивные идеации (А. Т. Веck, 1976), участвующие в патогенезе невроза ожидания неудачи. Относительно высокие показатели по 4-й шкале (психопатия) при ведущей 7-й свидетельствуют о самоконтроле гетероагрессивных побуждений, стремлении вызвать у других чувство вины и тревоги.

Усредненный личностный профиль по ММРІ дает общую тенденцию, затушевывающую индивидуальные вариации. Поэтому всю выборку обследованных больных разбила группа, однородные в личностном и синдромальном (психопатологическом) отношениях. Наиболее часто встречались следующие группы.

Первая группа (21,4% набл.) представлена кодами 781, 718, 817, 178. Она практически соответствует усредненному профилю. Основное в этой группе — наличие соматизированной тревожно-фобической симптоматики, ригидные стереотипы поведения, направленные на заботу о собственном здоровье, развернутые концепции собственного заболевания, порой с трудом поддающиеся коррекции, прикованность к болезни и негативным аспектам опыта, наличие депрессивных тенденций.

Вторая группа (20,7% набл.) состоит из кодов 728, 827, 782. Характерными особенностями этой группы являются тревожность, изолированность, депрессивные тенденции, имеющие устойчивый личностный характер, предпочтение узкого круга близких людей широким социальным контактам, трудности в установлении новых контактов, низкая толерантность по отношению к межличностным конфликтам и напряжениям. Необходимость общения в широких социальных рамках усиливает тревогу и социальную напряженность. Часто названные коды сочетались с высокими показателями по шкале социальной интроверсии (0-шкала). Проблемы общения в этой группе могут быть связаны с гипернормативностью (стремлением руководствоваться ригидными правилами), а следовательно, и со склонностью к морализированию.

Третья группа (12,1% набл.) представлена кодом 478, который отражает отгороженность, отчужденность. Экстрапунитивность не находит выражения в гетероагрессивном поведении и проявляется либо “случайными” асоциальными поступками, совершенными в результате недоразумения, неспособности осознать социальные нормы, либо пове-

дением (вербальным или невербальным), вызывающим у партнера по общению чувство вины и тревоги.

Остальные выделенные нами группы (4-, 5-, 6-, 7-я) встречались реже.

Четвертая группа (6,9% набл.) состоит из кодов 978, 798, 789. Для больных, вошедших в эту группу, характерно отрицание тревоги, сочетание высокой активности с постоянными сомнениями в правильности своих действий, в правильности совершенного, в соответствии собственной активности некоторым нормам, что может распространяться и на сексуальную сферу.

Пятая группа (5,2% набл.) представлена кодом 741. Для пациентов данной группы свойственно то, что экстрапунитивные тенденции проявляются у них в форме вызывания у окружающих чувства вины и тревоги по поводу собственного состояния здоровья. Соматические жалобы используются для давления на окружающих с целью получения преимуществ и рационального объяснения недовольства общением. Они, как правило, устойчивы, а симптомы резистентны к терапии.

Шестая группа (3,5% набл.) состоит из кодов 137 и 173. Конверсионное "V" отражает устранение тревоги за счет соматизации и вытеснения с формированием демонстративного поведения. Важно наличие ригидных объяснительных схем собственного состояния здоровья. Отмечается личностная дискордантность, проявляющаяся сочетанием психастенических и демонстративных черт. Адаптация таких индивидуумов может быть достигнута в профессиональной или любой другой узкой сфере, где тщательность и достаточная работоспособность позволяют достичь высокого уровня квалификации и компетентности, а демонстративность удовлетворяется подчеркиванием своей квалификации и обусловленным ею признанием (Ф. Б. Березин, М. П. Мирошников, Р. В. Рожанец, 1976).

Седьмую группу (3,5% набл.) представляет код 764, который отражает сочетание склонности к образованию аффективно заряженных и ригидных концепций с высоким уровнем тревожности. Такое сочетание разнонаправленных диспозиций является предрасполагающим фактором в возникновении психопатологических состояний. Гетероагрессивные тенденции не реализуются. Больной пытается уличить другого, вызвать у него чувство тревоги и вины.

Описанные группы включают 73,3% обследованных. Остальные варианты не удалось разбить на группы, так как они не повторялись.

Таким образом, наиболее типичный личностный профиль ММРІ при неврозе ожидания неудачи характеризуется повышением по 7-й и

8-й шкалам, что нашло отражение в представленном нами выше усредненном профиле.

Личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ) был применен среди 57 больных со СТОСН невротического генеза. В порядке уменьшения частоты обнаружения все диагностированные типы отношений распределились следующим образом. В 19 набл. (33%) был выявлен эгоцентрический тип, в 16 набл. (28%) — тревожный, в 12 набл. (21%) — сенситивный, в 12 набл. (21%) — обсессивно-фобический, в 11 набл. (19%) — неврастенический, в 6 набл. (11%) — эйфорический, в 6 набл. (11%) — эргопатический, в 6 набл. (11%) — паранойяльный, в 5 набл. (9%) — анозогнозический, в 4 набл. (7%) — апатический, в 4 набл. (7%) — ипохондрический, в 1 набл. (2%) — гармоничный. Меланхолический тип отношений не был выявлен ни у одного пациента. У 11 больных (19%) какой-либо определенный тип отношений выявить не удалось, так как система отношений не сложилась у них в единый паттерн. Данные о частоте различных типов отношений у больных со СТОСН невротического генеза приведены в табл. 17.

Таблица 17
Частота различных типов отношений у 57 больных со СТОСН невротического генеза

Тип отношений	Я	Т	С	О	Н	Ф	Р	П	З	А	И	Г	М	Не диагностирован
Частота (%)	33	28	21	21	19	11	11	11	9	7	7	2	0	19

Примечание: Я — эгоцентрический тип,
Т — тревожный тип,
С — сенситивный тип,
О — обсессивно-фобический тип,
Н — неврастенический тип,
Ф — эйфорический тип,
Р — эргопатический тип,
П — паранойяльный тип,
З — анозогнозический тип,
А — апатический тип,
И — ипохондрический тип,
Г — гармоничный тип,
М — меланхолический тип.

Таким образом, статистические данные свидетельствуют о том, что у больных со СТОСН невротического генеза наиболее часто наблюдался

эгоцентрический тип, для которого характерен “уход в болезнь”, демонстрация близким и родным, своих страданий с целью завладеть их вниманием. Эти пациенты испытывают постоянную потребность в признании исключительности своего страдания. Для тревожного типа отношений, который диагностировался несколько реже, свойственно непрерывное беспокойство больных в отношении течения болезни и ее исхода, возможной неэффективности лечения, поиск его новых способов, жажда дополнительной информации о болезни, методах ее лечения, непрерывный поиск авторитетов. Пациентов больше интересуют объективные данные о болезни (результаты анализов, заключения специалистов), чем собственные ощущения. Поэтому они больше предпочитают слушать высказывания других, чем без конца предъявлять свои жалобы. Настроение прежде всего тревожное, наблюдается угнетенность вследствие этой тревоги. Сенситивный тип отношений, который был следующим по частоте после тревожного, характеризуется чрезмерной озабоченностью больных о возможном неблагоприятном впечатлении, которое могут произвести на окружающих сведения об их болезни. Свойственны опасения, что окружающие станут их избегать, считать неполноценными, пренебрежительно или с опаской к ним относиться, распускать сплетни или неблагоприятные сведения о причине и природе болезни, боязнь стать обузой для близких из-за нее и неблагоприятного отношения с их стороны в связи с этим. Для обсессивно-фобического типа отношений, который отмечался у обследованных нами пациентов также часто, как и сенситивный, характерна тревожная мнительность, которая прежде всего касается не реальных, а маловероятных осложнений болезни, неудач лечения, а также возможных (но малообоснованных) неудач в жизни, работе, семейной ситуации в связи с болезнью. Воображаемые опасения волнуют больше, чем реальные. Защитой от тревоги становятся приметы и ритуалы. Для неврастенического типа отношений, который наблюдался несколько реже, чем два предыдущих, свойственно поведение больных по типу “раздражительной слабости”. Остальные диагностированные нами типы отношений наблюдались не более, чем у 11 % обследованных.

Анализ показал, что среди типов реагирования на заболевание значительно преобладают защитные стратегии приковывания (Я, Т, С, О), а также механизм разрядки (Н). Вместе с тем типы отношений, являющиеся реализацией защитных стратегий уклонения (Р, А) и отрицания (Ф, З), встречаются реже. Они противостоят защитным стратегиям приковывания.

Следует отметить, что выявление того или иного типа отношений или их сочетаний может помочь в определении направлений психотерапевтического воздействия.

По тесту Розендвейга обследовано 84 чел. со СТОСН преимущественно невротического генеза. Оказалось, что 40 пациентов (47,6%) имеют показатель социальной адаптации, не превышающий таковой по группе невротиков (Н. В. Тарабрина, 1984). Нормативного уровня данный показатель достигает только у 5 чел. (6%). Это лишний раз свидетельствует о том, что анализируемая группа относится к патологии.

Соотносительную частоту различных направлений реакций вне зависимости от их типа в рассматриваемом тесте представляет так называемый “первый образец”. Частота различных вариантов реакций первого образца на фрустрацию среди 67 больных со СТОСН невротического генеза представлена в табл. 18.

Анализ относительной частоты направлений реакций показывает, что наиболее часто встречаются образцы двух видов: $E > M > I$ (46,3% набл.) и $E > I > M$ (19,4% набл.). Следовательно, у обследованных нами больных значительно преобладают экстрапунитивные реакции, которые с учетом образца $E > I = M$ (7,5% набл.) были выявлены в 73,2% случаев.

Таблица 18
Частота различных реакций первого образца у 67 больных со СТОСН невротического генеза

Варианты реакций	$E > M > I$	$E > I > M$	$I > E > M$	$M > E > I$	$I = M > E$	$M > I > E$	$E = I = M$	$M > I = E$	$M = E > I$	$M > E > I$	$E > I = M$
Частота (%)	46.3	19.4	1.5	8.9	1.5	7.5	1.5	1.5	1.5	2.9	7.5

Примечание: E — экстрапунитивные реакции,
I — интропунитивные реакции,
M — импунитивные реакции.

Соотносительную частоту различных типов реакций независимо от их направлений в представляемой методике отражает так называемый “второй образец”. Частота различных вариантов реакций второго образца на фрустрацию среди 67 больных со СТОСН невротического генеза представлена в табл. 19.

Таблица 19

Частотой различных вариантов реакций второго образца у 67 больных со СТОСН невротического генеза

Варианты реакций	ED>OD >NP	ED>NP> OD	ED>OD >NP	OD>ED >NP	NP>ED >OD	NP>OD >ED	OD>NP >ED	NP>ED =OD
Частота (%)	20.9	46.3	1.5	5.9	17.9	4.5	1.5	1.5

Примечание: ED — реакции “с фиксацией на самозащите”,
 OD — “с фиксацией на препятствии”,
 NP — “с фиксацией на удовлетворении потребностей”.

Как видно из табл. 19, наиболее часто встречаются следующие варианты ответов: ED > NP > OD (46,3% набл.) и ED > OD > NP (20,9% набл.). Следовательно, у обследованных нами пациентов значительно преобладают реакции “с фиксацией на самозащите”, которые с учетом образца ED > OD = NP (1,5% набл.) были выявлены в 68,7% случаев.

Таким образом, по тесту Розенцвейга у больных со СТОСН невротического генеза обнаружено преобладание ответов экстрапунитивного направления и эгозащитных реакций, что свидетельствует о слабости и уязвимости личности и склонности предъявлять повышенные требования к окружающим, возможной агрессивности, склонности к сарказму, иронии, к частым упрекам в адрес окружающих лиц.

По тесту Люшера обследовано 35 больных со СТОСН преимущественно невротического генеза. Была выявлена выраженная тревога (уровень тревоги обозначается “!”). Так, у 71,4% пациентов значение “!” было больше или равно 3 баллам, а у 14,3% — больше или равно 6 баллам. Во втором выборе по сравнению с первым уровень тревоги либо оставался на том же уровне, либо возрастал (критерий знаков; $p=0,01$), что является плохим показателем.

К. Шипош вывел коэффициент вегетативного тонуса (КВ), который вычисляется по следующей формуле: $КВ = \frac{18-(3+4)}{18-(1+2)}$, где вместо номеров цветов (1, 2, 3, 4) ставятся порядковые номера позиций, занимаемых указанным цветом. Значения, превышающие единицу, интерпретируются как преобладание эрготропного тонуса, меньше единицы — трофотропного (Л. Н. Собчик, 1990). Определение характеризуемого коэффициента у обследованных нами больных показало, что у 2 чел. (5,7 %) он был равен единице, что не свидетельствует о преобладаний какого-либо тонуса. У 23 чел. (65,7%) отмечался тро-

фотропный тонус ($KB < 1$), который отражает стремление к покою, уход от активности, что может быть обусловлено и возможной астенизацией. У 10 чел. (28,6%) тонус оказался эрготропным ($KB > 1$), что отражает потребность в активности, затрате энергии.

При определении частоты вытесненных потребностей, представленных основными цветами (синим [1], зеленым [2], красным [3], желтым [4]), были получены данные, которые отражены в табл. 20.

Таблица 20

Частота вытесненных потребностей, представленных основными цветами у 35 больных со СТОСН

Вытесненная потребность	Основные цвета			
	1	2	3	4
Частота (%)	25.7	28.6	31.4	71.4

Таким образом, наиболее часто вытесняется потребность, презентуемая четвертым цветом (желтым). Это обозначает стресс, вызванный неудовлетворенной потребностью в активном взаимодействии с окружающими и избеганием серьезной ответственности, чувство страха, связанное с опасениями потерять престижность собственной позиции, защитный механизм вытеснения истинных причин конфликта, завышенные требования к окружающим, отсутствие гибкости и установки на разумный компромисс, беспокойство, дистресс, сниженный фон настроения (Л. Н. Собчик, 1990).

Чаще всего (21,6% набл.) вытесненный желтый цвет сочетается с серым, что дополнительно обозначает убежденность в том, что надежды и желания должны быть реализованы сами собой, без применения собственных усилий, потребность в признании и помощи со стороны окружающих, чувство страха и неуверенности. Еще чаще (32,4% набл.) вытесненный желтый цвет сочетается с черным, что отражает фрустрацию потребности в независимости и спонтанной самореализации.

У 42,9% обследованных больных фиолетовый цвет находится на первых местах ряда в функциональной позиции что свидетельствует об общем ослаблении интегративной роли самосознания, активности неосознанных человеческих переживаний, длительном эмоциональном напряжении и дезадаптации. При смещении фиолетового цвета в функциональную позицию “+” можно говорить о ненормативном повышении активности, трудностях социальной адаптации, связанных с оригинальностью взглядов, интересов и поступков. Таким образом, нахождение фиолетового цвета в указанной позиции отражает дезадапта-

цию, связанную либо с хронической психотравматизацией, либо с выраженным заострением черт характера. Последнее проявляется оригинальностью мышления, богатым воображением, недостатком практицизма, реалистичности, эгоцентризмом, ранимостью, сенситивностью, трудностями формирования общепринятых норм поведения.

Наиболее часто отмечается сочетание фиолетового цвета с зеленым в функциональной позиции “+”, что свидетельствует о чертах параноидального стиля переживаний и поведения.

У 40% пациентов серый цвет также находится в позиции, что свидетельствует о тенденции к пассивности, отходу от социальных контактов, ограничении общения, опустошенности, усталости.

Метод семантического дифференциала в варианте, описанном D. Feldes (1976), был использован у 53 больных со СТОСН преимущественно невротического генеза. 33 чел. (62,3%) по фактору активности (А) соответствовали нормативным данным (норма по всем факторам составляет от -6 до +6). Вместе с тем 20 чел. (37,7%) имели по фактору А показатели, которые значительно превышали +6. Эти данные на первый взгляд парадоксальны, так как свидетельствуют о том, что у больных со СТОСН имеет место высокий уровень спокойствия. Однако такое положение подавляющее число пациентов не считают оптимальным. Так, у 12 чел. (60%) из указанной группы идеализированный образ “Я” по фактору А имеет более высокие показатели, чем реальный образ “Я”, что свидетельствует о том, что они стремятся к еще более спокойному состоянию и большей уравновешенности, а у 6 чел. (30%) — более низкие. Это говорит о том, что последние желали бы быть более деятельными, шумными и импульсивными.

Указанные отличия между “Я-реальным” и “Я-идеальным” могут нацеливать на использование различных психотерапевтических стратегий. Так, в первом случае терапевтический ресурс, очевидно, следует искать в релаксации больного, а во втором — в активизации. Только у 2 чел. (10%) из данной группы по фактору А отмечалось равенство значений “Я-реального” и “Я-идеального”.

По фактору валентность (В) 19 чел. (35,8%) имели “Я-концепцию”, соответствующую нормативным параметрам. У 34 чел. (64,2%) по упомянутому фактору были выявлены показатели “Я-концепции”, превышающие норму. Это свидетельствует о том, что они воспринимают себя как предупредительных, добродушных, откровенных, симпатичных, привлекательных и понимающих других. Логично предположить, что “Я-концепция” трансформирована защитными механизмами, в результате чего пациент оценивает себя следующим образом: “Пусть в сексуальном отношении у меня не все в порядке, однако человек я все

же хороший, может быть, даже лучше, чем многие здоровые”. Однако “Я-концепция” идеализированного образа требует от них еще большего. Следует отметить, что подобного рода трансформации “Я-концепции” в позитивную сторону описаны у больных с приобретенными пороками сердца (Е. Ю. Коржова, 1991).

По фактору потентность (П) 36 чел. (67,9%) имели нормативные данные. У 12 чел. (22,6%) “Я-концепция” по указанному фактору превышала норму. Они воспринимали себя как доминирующих, лидирующих, уверенных в себе и т. п. Вместе с тем “Я-идеализированная концепция” имела по данному фактору гораздо более высокие цифровые значения, чем “Я-реальная концепция”, что свидетельствовало о завышенных притязаниях к собственной личности и связанном с этим напряжении. 5 чел. (9,4%) имели по фактору П “Я-концепцию”, которая была ниже нормативной. То есть очень незначительное количество пациентов оценивали себя как неуверенных в себе, подчиняющихся, несамостоятельных, податливых, нерешительных, послушных.

Таким образом, “Я-концепция” больных со СТОСН часто трансформирована защитными процессами в позитивную сторону, однако идеализированная “Я-концепция” требует еще большего, что вызывает внутреннее напряжение и интраперсональные конфликты.

4.2. Физиологические и психофизиологические исследования

Для углубления представлений о патогенезе СТОСН и объяснения возникающих при этой патологии сексуальных нарушений, нами были проведены электроэнцефалографические исследования. Регистрация биоэлектрической активности коры головного мозга производилась на шестнадцатиканальном электроэнцефалографе EEG-16 венгерской фирмы “Medicor”. Записываемая электроэнцефалограмма состояла из трех частей. Сначала регистрировалась фоновая 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 определялись форма альфа-волн, альфа-индекс, межполушарная асимметрия амплитуды альфа-ритма (незначительная — до 20%, выраженная — более 20%), его зональное распределение и другие виды активности (бета-, тета- и дельта-волны, асинхронные волны, пики, пароксизмальная активность). При регистрации фоновой ЭЭГ (фон) так же, как и при записи ЭЭГ при

нейтральной вербальной стимуляции (НВС) и значимой (ЗВС), проводилась проба Бергера, а также ритмическая фотостимуляция с частотой 9,8 Гц для определения реакции усвоения ритма (РУР).

Обследовано 44 больных со СТОСН невротического генеза и 16 мужчин контрольной группы в возрасте от 20 до 45 лет. Какой-либо разбивки на возрастные группы не производили, так как известно, что примерно с 16-18 до 50-60 лет возрастных изменений в ЭЭГ установить не удастся (А. И. Лакомкин, И. Ф. Мягков, 1977; Л. Р. Зенков, М. А. Ронкин, 1991). Для предотвращения искажений ЭЭГ, обусловленных наличием органической патологии нервной системы, из основной группы было исключено 9 чел., у которых имела место указанная патология. Естественно, что последняя отсутствовала у мужчин контрольной группы, у которых не было зафиксировано копулятивных нарушений. Получены следующие результаты.

В “очищенной” основной группе альфа-ритм не был выявлен у 4 чел., а у 1 чел. он был смешан с бета-ритмом. У оставшихся 30 чел. регулярный альфа-ритм в фоне отмечался в $50 \pm 9\%$ набл. Его частота не изменялась в результате НВС, Вместе с тем при ЗВС обнаруживалось достоверное ($p < 0,05$) уменьшение регулярности этого ритма ($23 \pm 8\%$). Нерегулярный альфа-ритм в характеризуемой группе также наблюдался в $50 \pm 9\%$ случаев. Его частота не изменялась при НВС, однако значимо увеличивалась ($p < 0,05$) после ЗВС ($77 \pm 8\%$). В контрольной группе альфа-ритм отсутствовал в 2 набл. Среди оставшихся 14 чел. регулярный альфа-ритм в фоне отмечался также часто ($50 \pm 14\%$), как и в основной группе. Однако его частота несколько не изменялась не только при НВС, что имело место и в основной группе, но и после ЗВС. При сравнении различий в частоте выявления регулярного и нерегулярного альфа-ритма в основной и контрольной группах после ЗВС обнаружилось, что как в первом, так и во втором случаях они приближаются к достоверным (соответственно: $23 \pm 8\%$ и $50 \pm 14\%$ — $0,1 > p > 0,05$; $77 \pm 8\%$ и $50 \pm 14\%$ — $0,1 > p > 0,05$).

Следовательно, у больных со СТОСН невротического генеза при ЗВС наблюдается выраженное увеличение нерегулярности альфа-ритма.

Амплитуда альфа-ритма у мужчин основной группы изменялась как при НВС, так и в результате ЗВС. Вместе с тем эти изменения были неоднозначны. Так, при ЗВС снижение амплитуды данного ритма ($53 \pm 9\%$) отмечалось достоверно чаще ($p < 0,001$), чем при НВС ($13 \pm 6\%$). По повышению же амплитуды характеризуемого ритма сколько-нибудь значимых отличий при НВС и ЗВС выявлено не было

(соответственно $24\pm 8\%$ и $30\pm 9\%$; $p > 0,5$). При сравнении встречаемости различных амплитуд альфа-ритма по фоновым показателям существенных отличий между основной и контрольной группами обнаружено не было. Также не было найдено значимых различий между двумя указанными группами как по Понижению, так и по повышению амплитуды альфа-ритма при НВС (соответственно: $13\pm 6\%$ и $7\pm 7\%$ — $p > 0,5$; $24\pm 8\%$ и $28\pm 13\%$ — $p > 0,5$). Вместе с тем при сравнении по повышению и уменьшению амплитуды альфа-ритма после ЗВС между основной и контрольной группами отмечались достоверные отличия (соответственно: $30\pm 9\%$ и $7\pm 7\%$ — $p < 0,05$; $53\pm 9\%$ и $7\pm 7\%$ — $p < 0,001$). Сколько-нибудь значимых различий в увеличении амплитуды альфа-ритма в контрольной группе при НВС по сравнению со ЗВС выявлено не было (соответственно $28\pm 13\%$ и $7\pm 7\%$; $p > 0,2$). Снижение амплитуды характеризуемого ритма при обоих видах вербальной стимуляции в указанной группе было идентичным и наблюдалось у $7\pm 7\%$ обследованных.

Из приведенных сопоставлений следует, что у больных основной группы при ЗВС отмечается достоверно значимое уменьшение амплитуды альфа-ритма. Что касается данных об ее увеличении, которое фиксировалось при ЗВС в основной группе достоверно чаще, чем в контрольной, то они должны оцениваться с учетом следующих обстоятельств. Так, в контрольной группе увеличение амплитуды альфа-ритма при НВС несколько превалирует по сравнению с указанным изменением, отмечающимся при ЗВС. Помимо этого, не следует забывать о том, что в основной группе при ЗВС по сравнению с НВС достоверно чаще снижалась амплитуда альфа-ритма, а ее повышение было практически идентичным.

Следовательно, приведенные данные Могут свидетельствовать только о безусловном уменьшении амплитуды альфа-ритма при ЗВС у больных со СТОСН невротического генеза.

Оценка обследованных групп по альфа-индексу выявила следующее. Так, при сравнении реакции на НВС и ЗВС в основной группе оказалось, что во втором случае анализируемый показатель снижается достоверно чаще, чем в первом (соответственно $53\pm 9\%$ и $20\pm 7\%$; $p < 0,01$), в то время как его повышение не является существенным (соответственно $30\pm 9\%$ и $24\pm 8\%$; $p > 0,5$). Более того, сопоставив в указанной группе число наблюдений, где при ЗВС альфа-индекс снизился (16 чел.; $53\pm 9\%$), с количеством наблюдений, не отмечалось его повышение (9 чел.; $30\pm 9\%$), мы выявили существенные отличия ($0,1 > p > 0,05$). Сравнение различных значений альфа-индекса в фоне достоверных от-

личий между основной и контрольной группами не выявило. Сопоставление числа случаев, где при НВС альфа-индекс увеличился, существенных различий между основной и контрольной группами также не обнаружило (соответственно $24 \pm 8\%$ и $7 \pm 7\%$; $p > 0,1$). Вместе с тем уменьшение этого индекса при НВС произошло у $20 \pm 7\%$ обсл. основной группы, в то время как в контрольной оно вовсе не наблюдалось ($0 \pm 7\%$; $p < 0,05$). При ЗВС в основной группе по сравнению с контрольной снижение указанного индекса отмечалось достоверно чаще (соответственно $53 \pm 9\%$ и $14 \pm 10\%$; $p < 0,01$). Что касается увеличения альфа-индекса при указанном виде вербальной стимуляции, то в основной группе оно имело место у $30 \pm 9\%$ обсл., в то время как в контрольной не было найдено ни у одного человека ($0 \pm 7\%$; $p < 0,01$). Сколько-нибудь существенных различий в увеличении или уменьшении анализируемого показателя при сравнении этих изменений, обусловленных НВС и ЗВС, в контрольной группе выявлено не было (соответственно: $7 \pm 7\%$ и $0 \pm 7\%$ $p > 0,5$; $0 \pm 7\%$ и $14 \pm 10\%$ — $p > 0,2$).

Следовательно, у больных со СТОСН невротического генеза при ЗВС отмечается достоверно более выраженное снижение альфа-индекса, чем при НВС.

При различных сопоставлениях по таким показателям, как частота, межполушарная асимметрия и зональное распределение альфа-ритма, а также форма альфа-волн никаких отличий внутри исследуемых групп и между ними обнаружено не было.

Сопоставления по другим видам биоэлектрической активности головного мозга (основная группа — 35 чел., контрольная — 16 чел.) выявили следующее. Так, по встречаемости бета-, тета- и дельта-активности, а также пиков и асинхронных волн основная и контрольная группы существенно не отличались между собой по фоновым показателям. Не происходило изменений в частоте обнаружения этих видов активности в указанных группах и после НВС. Вместе с тем следует отметить, что в фоновой ЭЭГ и в ЭЭГ после НВС в основной группе в $6 \pm 4\%$ набл. выявлялась пароксизмальная активность, в то время как в контрольной она не обнаруживалась ни в том, ни в другом случае ($0 \pm 6\%$; $p > 0,2$). В основной группе при ЗВС по сравнению с фоном и данными, полученными после НВС, отмечалось незначительное увеличение частоты выявления дельта-активности (соответственно $37 \pm 8\%$ и $26 \pm 8\%$; $p > 0,2$), пиков (соответственно $28 \pm 8\%$ и $14 \pm 6\%$; $p > 0,1$), асинхронных волн (соответственно $11 \pm 5\%$ и $8 \pm 5\%$; $p > 0,5$), а также приближающиеся к достоверному увеличению пароксизмальной активности (соответственно $20 \pm 7\%$ и $6 \pm 4\%$; $0,1 > p > 0,05$). В контрольной группе при ЗВС

по сравнению с фоном и данными, полученными после НВС, отмечалось незначительное нарастание частоты обнаружения тета- к дельта-активности (соответственно: $38 \pm 12\%$ и $31 \pm 12\%$ — $p > 0,5$; $31 \pm 12\%$ и $25 \pm 11\%$ — $p > 0,5$), пиков (соответственно $25 \pm 11\%$ и $19 \pm 10\%$; $p > 0,5$) и асинхронных волн (соответственно $12 \pm 8\%$ и $6 \pm 6\%$; $p > 0,5$). Сопоставление встречаемости различных видов биоэлектрической активности, которая отмечалась в обследованных группах после ЗВС, достоверных различий между ними не обнаружило. Исключение составила лишь пароксизмальная активность, которая при ЗВС наблюдалась в основной группе достоверно чаще, чем в контрольной (соответственно $20 \pm 7\%$ и $0 \pm 6\%$; — $p < 0,05$). Также под влиянием ЗВС в отличие от последствий НВС в основной группе происходило увеличение определенных видов активности среди лиц, у которых она имела место и в фоне. Так, увеличение суммарной бета-активности отмечалось у 2 чел. из 16 ($12 \pm 8\%$), суммарной тета-активности — у 5 чел. из 6 ($83 \pm 17\%$), суммарной дельта-активности — у 9 чел. из 9 ($100-11\%$), пиков — у 5 чел. из 5 ($100-20\%$), асинхронных волн — у 3 чел. из 3 ($100-33\%$). В контрольной же группе после ЗВС фиксировалось лишь усиление суммарной дельта-активности у 1 из 4 чел. ($25 \pm 25\%$), у которых эта активность имела место и в фоне. При сопоставлении частоты усиления при ЗВС различных видов биоэлектрической активности, отмечавшихся и в фоновых электроэнцефалограммах, основная группа достоверно превосходила контрольную по тета- ($p < 0,05$) и дельта-активности ($p < 0,01$), а также пикам ($p < 0,05$). В то же время по усилению асинхронных волн и бета-ритма различий в обеих группах выявлено не было (соответственно $p > 0,1$ и $p > 0,5$).

Следовательно, у больных со СТОСН невротического генеза при ЗВС отмечается существенное увеличение пароксизмальной активности. Кроме того, по изменениям, возникшим при ЗВС, основная группа достоверно превосходит контрольную по частоте усиления тета- и дельта-активности, а также пиков среди обследуемых, у которых эти виды активности имели место и в фоне.

При ритмической фотостимуляции различий в реакции усвоения ритма между основной (28 чел.) и контрольной (14 чел.) группами по фоновым электроэнцефалограммам обнаружено не было (соответственно: отсутствие у $25 \pm 8\%$ обсл. и у $21 \pm 11\%$ обсл. — $p > 0,5$; слабо выражена у $43 \pm 10\%$ обсл. и у $44 \pm 10\%$ обсл. — $p > 0,5$; отчетливо выражена у $32 \pm 9\%$ обсл. и у $36 \pm 13\%$ обсл. — $p > 0,5$). При сопоставлении изменений в РУР, возникших в основной группе после ЗВС и НВС, оказалось, что появление-усиление этой реакции достоверно

чаще наблюдалось в первом случае, чем во втором (соответственно $36\pm 9\%$ и $7\pm 5\%$; $p < 0,01$), в то время как в ее ослаблении значимых изменений не происходило (соответственно $14\pm 7\%$ и $4\pm 4\%$; $p > 0,2$). В контрольной группе никаких изменений в РУР после НВС не отмечалось ($0\pm 7\%$), что контрастировало с последствиями ЗВС (появлялась-усиливалась в $14\pm 10\%$ набл., ослаблялась в $21\pm 11\%$ набл.). Однако при сравнении данных по появлению-усилению и ослаблению РУР при НВС и после ЗВС не фиксировалось значимых различий ни в отношении первого ($p > 0,2$), ни в отношении второго ($p > 0,1$) вариантов изменений. При сопоставлении изменений в РУР в основной и контрольной группах, возникших после НВС, сколько-нибудь существенных различий между ними выявлено не было как по появлению-усилению этой реакции, так и по ее ослаблению (соответственно $7\pm 5\%$ и $0\pm 7\%$ — $p > 0,2$; $4\pm 4\%$ и $0\pm 7\%$ — $p > 0,5$). Сравнение изменений РУР в основной и контрольной группах после ЗВС обнаружило следующее. Появление-усиление РУР в основной группе отмечалось чаще, чем в контрольной, однако эти различия не были достоверны (соответственно $36\pm 9\%$ и $14\pm 10\%$; $p > 0,01$). Сколько-нибудь значимых различий в ослаблении РУР между основной и контрольной группами выявлено не было (соответственно $14\pm 7\%$ и $21\pm 11\%$; $p > 0,5$). По сумме всех изменений (появление-усиление плюс ослабление), возникших в результате ЗВС, существенных различий между основной и контрольной группами также обнаружено не было (соответственно $50\pm 10\%$ и $36\pm 13\%$; $P > 0,2$).

Следовательно, у больных со СТОСН невротического генеза при ЗВС отмечено достоверно значимое усиление (появление-усиление) РУР по сравнению с аналогичным изменением, возникшим в результате НВС.

При проведении пробы Бергера (основная группа — 30 чел., контрольная — 14 чел.) выявлено следующее. Так, по количеству отрицательных реакций на эту пробу значимых различий по фоновым ЭЭГ между основной и контрольной группами найдено не было (соответственно $27\pm 8\%$ и $14\pm 10\%$; $p > 0,2$). Вместе с тем слабо выраженные реакции при пробе Бергера в контрольной группе встречались достоверно чаще, чем в основной (соответственно $64\pm 13\%$ и $27\pm 8\%$; $p < 0,02$). Хорошо выраженные реакции при данной пробе, напротив, существенно преобладали (различия приближаются к достоверным) в основной группе по сравнению с контрольной (соответственно $47\pm 9\%$ и $21\pm 11\%$; $0,1 > p > 0,05$). Сопоставление результатов, полученных при пробе Бергера в основной группе после НВС и ЗВС, показало, что во втором случае усиление реакций на эту пробу отмечалось гораздо чаще (различия

приближались к достоверным), чем в первом (соответственно $24 \pm 8\%$ и $7 \pm 5\%$; $0,1 > p > 0,05$). В ослаблении же реакций на упомянутую пробу значимых различий в указанной группе между последствиями ЗВС и НВС обнаружено не было (соответственно $13 \pm 6\%$ и $3 \pm 3\%$; $p > 0,1$). При сравнении числа лиц в данной группе, у которых при оцениваемой пробе наступили различные изменения (усиление плюс ослабление), оказалось, что при ЗВС их было достоверно больше, чем при НВС (соответственно $37 \pm 9\%$ и $10 \pm 6\%$; $p < 0,02$). В контрольной группе при НВС никаких изменений в реакциях на пробу Бергера по сравнению с фоном не возникало. Каких-либо существенных различий в изменениях реакций на эту пробу, полученных при НВС и после ЗВС, в контрольной группе не отмечалось. При сопоставлении усиления или ослабления реакций при пробе Бергера после НВС в основной и контрольной группах сколько-нибудь значимых различий выявлено не было (соответственно: $7 \pm 5\%$ и $0 \pm 7\%$ — $p > 0,2$; $3 \pm 3\%$ и $0 \pm 7\%$ — $p > 0,5$). Отсутствие существенных различий в усилении или ослаблении реакций на оцениваемую пробу в основной и контрольной группах определялось и при ЗВС (соответственно: $24 \pm 8\%$ и $14 \pm 10\%$ — $p > 0,2$; $13 \pm 6\%$ и $0 \pm 7\%$ — $p > 0,1$).

Следовательно, у больных со СТОСН невротического генеза реакции на пробу Бергера более выражены, чем в контрольной группе. Помимо этого, они существенно усиливаются при ЗВС.

Таким образом, проведенные нами исследования выявили, что у больных со 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-, дельта-активности и пиков у тех лиц, у которых эти виды активности отмечались как в фоне, так и при НВС. Помимо этого, у обследованных нами больных обнаруживалась большая выраженность реакций на пробу Бергера, нарастающая при ЗВС, которая приводила и к усилению РУР.

Интерпретируя полученные данные, можно отметить следующее. При повышении уровня функциональной активности мозга, связанном, например, с чувством страха и беспокойством, уменьшается амплитуда альфа-ритма (Л. Р. Зенков, М. А. Ронкин, 1991), что отмечалось и у обследованных нами больных основной группы при ЗВС, которая сама по себе вызывала у них эмоциональное напряжение. Этим же можно объяснить нарастание в основной группе при данном виде стимуляции нерегулярности альфа-ритма. Уменьшение альфа-индекса также может быть объяснено изменением функциональной активности мозга в ответ

на ЗВС. Этот же фактор лежит и в основе усиления суммарной тета- и дельта-активности, а также пиков у тех лиц, у которых они отмечались в фоне и при НВС.

Обращают на себя внимание 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 снижении этого тонуса (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, могут быть объяснены усилением корковой лабильности, обусловленным нарушением регулирующих влияний со стороны ретикулярной формации мезодиэнцефального уровня.

Также заслуживает внимания факт значительного увеличения при ЗВС пароксизмальной активности у мужчин основной группы. В связи с этим следует отметить, что в настоящее время существуют две точки зрения на вопрос о трактовке указанной активности (В. А. Чухрова, 1990). Меньшая часть авторов считает ее признаком эпилепсии, а большая — показателем измененного функционального состояния групп нейронов мезодиэнцефального уровня. Согласно последней точке зрения данный вид биоэлектрической активности отражает локализацию процесса независимо от его характера. Эти точки зрения не следует считать взаимоисключающими. В тех случаях, когда речь идет об эпилептиформных проявлениях, наблюдается большой полиморфизм пароксизмов и очень большая их амплитуда (до 500 мкВ), а также заостренность ритмов, в то время как при дисфункции мезодиэнцефальных структур регистрируются более моноритмические пароксизмы, чаще альфа-тета-диапазона. Последние из описанных изменений были выявлены у обследованных нами больных и являются патофизиологическим обоснованием наблюдающихся у них в обстановке интимной близости ситуационных пароксизмов и субпароксизмальных состояний симпатико-адреналового и смешанного характера. Очевидно, что нарушение вегетативной регуляции, связанное с дисфункцией мезодиэнцефальных структур, вносит свой вклад в организацию сексуальных расстройств, обусловленных СТОСН невротического генеза.

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.

Полученные нами при физиологических и психофизиологических исследованиях результаты способствуют углублению представлений о патогенезе СТОСН невротического генеза и обусловленных им копулятивных нарушений.

4.3. Радиоиммунологические, радиоферментные и радиорецепторные исследования

Психологический конфликт у больных невротическими расстройствами может быть одним из главных факторов хронического эмоционального стресса с соответствующими ему соматобиологическими, в том числе и эндокринными, сдвигами (В. М. Колыгин, А. В. Портняков, С. Г. Суханов, 1988). В связи с этим у обследованных нами больных изучалось состояние системы гипофиз-надпочечники-гонады. С этой целью радиоиммунологическим методом проводилось определение содержания в плазме крови лютеинизирующего гормона (ЛГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), пролактина (ПРЛ), адренокортикотропного гормона (АКТГ), соматотропного гормона (СТГ), кортизола, дегидроэпиандростерона (ДГЭА), тестостерона (Тс) и эстрадиола (E_2). Было обследовано 35 больных со СТОСН невротического генеза и 22 мужчины контрольной группы в возрасте от 21 до 39 лет. Перед разработкой материала из основной группы исключили 7 чел., у которых, помимо невротического расстройства, диагностировались другие заболевания, которые могли оказать влияние на гормональные показатели. Полученные результаты и их сопоставление между двумя указанными группами отражены в табл. 21.

После исключения из основной группы 3 пациентов, где речь не шла о невротическом расстройстве ожидания неудачи, мы получили данные об уровнях содержания определяемых гормонов в плазме крови у больных с названным невротическим расстройством и сопоставили их с результатами, выявленными, в контроле (табл. 22).

Полученные данные свидетельствуют о том, что у больных со СТОСН невротического генеза и невротическим расстройством ожидания неудачи отмечается достоверное увеличение содержания в плазме крови ЛГ, существенное увеличение ПРЛ (приближающееся к достоверному в первом случае и достоверное во втором), достоверное увеличение АКТГ и кортизола и значительное уменьшение тестостерона (достоверное в первом случае и приближающееся к достоверному во втором). Вместе с тем сопоставление по уровню содержания в плазме крови ФСГ, СТГ, ДГЭА и E_2

значимых различий между ними в основной и контрольной группах не выявило.

Таблица 21
Содержание различных гормонов в плазме крови у больных со СТОСН невротического генеза

Гормон	Больные со СТОСН невротического генеза		Контрольная группа		Вероятность случайности различий (p)
	число обл.	M±m	число обл.	M±m	
ЛГ (нг/мл)	27	8.75±0.59	22	7.12±0.46	<0.05
ФСГ (нг/мл)	28	5.34±2.11	21	4.61 ±0.48	>0.05
ПРЛ (МЕД)	27	315.65±48.82	22	210.25±18.68	<0.05
АКТГ (пг/мл)	27	70.04±1.81	22	52.68±2.74	<0.001
СТГ (нг/мл)	27	2.46±0.19	22	2.82±0.27	<0.2
Кортизол (нг/100мл)	28	26.11±1.24	22	18.82±0.91	<0.001
ДГЭА (нг/дл)	27	315.85± 13.73	22	330.86±18.86	>0.5
Тс (нг/мл)	28	4.83±0.44	22	6.85±0.98	<0.1; >0.05
Е2 (нмоль/л)	28	0.82±0.38	21	0.54±0.1	>0.2

Таблица 22
Содержание различных гормонов в плазме крови у больных неврозом ожидания неудачи

Гормон	Больные неврозом ожидания неудачи		Контрольная группа.		Вероятность случайности различий (p)
	число обл.	M±m	число обл.	M±m	
ЛГ (нг/мл)	25	8.73±0,63	22	7.12±0.46	<0.05
ФСГ (нг/мл)	25	3.9±0.6	21	4.61±0.48	>0.2
ПРЛ (МЕД)	24	309.93±53.31	22	210.25± 18.68	<0.1; >0.05
АКТГ(пг/мл)	24	70.21 ±1.98	22	52.68±2.74	<0.001
СТГ (нг/мл)	24	2.44±0.21	22	2.82±0.27	>0.2
Кортизол (нг/100 мл)	25	26.12±1.35	22	18.82±0.91	<0.001
ДГЭА нг/дл)	24	312.42±14.98	22	330.86±18.86	>0.2
Тс (нг/мл)	25	4.58±0.48	22	6.85±0.98	<0.05
Е2 (нмоль/л)	25	0.76±0.41	21	0.54±0.1	>0.5

Прежде чем перейти к интерпретации полученных данных, для выявления общей картины следует привести результаты проведенных на-

ми радиоферментных и радиорецепторных исследований, которые включали определение активности 5α -редуктазы в гомогенате кожи лобка исследуемых мужчин и интенсивности поглощения этим гомогенатом ^3H -тестостерона.

Обследовано 19 чел. со СТОСН невротического генеза из “очищенной” основной группы, у 17 из которых был диагностирован невроз ожидания неудачи (две основные группы), и 10 мужчин, входивших в контрольную группу. Полученные данные и результаты их сопоставлений между названными группами отражены в табл. 23.

Таблица 23

Активность 5α -редуктазы и связывание ^3H -тестостерона у больных со СТОСН невротического генеза и неврозом ожидания неудачи

Группы обследованных	Больные со СТОСН невротического генеза (1-я группа)		Больные неврозом ожидания неудачи (2-я группа)		Контрольная группа (3-я группа)		Вероятность случайности различий (p)	
	число обл.	M±m	число обл.	M±m	число обл.	M±m	между 1-й и 3-й группами	между 2-й и 3-й группами
Активность 5α -редуктазы (пмоль/мг/ч)	19	27.95±1.81	16	29.12±2.07	10	40.05±3.39	<0.01	<0.01
Связывание ^3H -Тс (имп/мин/мг)	19	54.93 ±3.32	17	55.33±3.62	* 10	42.9±2.75	<0.01	<0.01

Из приведенной таблицы следует, что у больных со СТОСН невротического генеза и неврозом ожидания неудачи отмечается достоверное уменьшение активности 5α -редуктазы и достоверное увеличение интенсивности поглощения ^3H -тестостерона по сравнению с контролем.

В результате анализа и обобщения данных, полученных при радиоиммунологических, радиоферментных и радиорецепторных исследованиях, нами была построена следующая концепция, объясняющая возникновение эндокринных нарушений у больных со СТОСН невротического генеза и неврозом ожидания неудачи.

Воздействие хронического эмоционального стресса каковым являются тревожное ожидание сексуальной неудачи и связанные с ним негативные переживания, ведет к активации адренокортикальной эндокринной оси (G. S. Eye gly, R. Rosenfeld, 1985), что, в частности, проявляется повышением содержания в крови АКГГ и кортизола.

По указанной причине у обследованных нами больных возрастает и концентрация ПРЛ в плазме крови. Это считается характерным и для физиологического, и для эмоционального (психологического) стресса и наблюдается в эксперименте и при патологических состояниях, включая неврозы (В. М. Колыгин, А. В. Портняков, С. Г. Суханов, 1988; S. Miyabo et al., 1978; D. A. Adamopoulos et al., 1983; L. Caligaris, S. Taleisnik, 1983; A. Khorram et al., 1985; L. J. G. Gooren, C. R. E. Daantje, 1986; J. Milin et al., 1986; S. M. McCann, 1987; R. F. Harrison, 1988).

Подавление функции половых желез при стрессе также считается типичной реакцией и обнаруживается как в эксперименте (D. H. Hellhammer, 1985), так и при различных заболеваниях, в том числе и при неврозах (В. Т. Бахур, 1977; В. М. Колыгин, А. В. Портняков, С. Г. Суханов, 1988).

Методологически обосновывает снижение выработки половых гормонов при стрессе концепция о “катаболически-анаболической последовательности” включения разных эндокринных органов в реакцию адаптации (J. W. Mason et al., 1968). Согласно этой концепции (цит. по В. Т. Бахур, 1977), в период стресса повышается секреция гормонов, обеспечивающих энергетические функции организма (адреналина, норадреналина, кортикостероидов, тироксина и гормона роста), и по реципрокным механизмам снижается секреция анаболических гормонов (эстрогенов, андрогенов, инсулина).

Конкретный механизм выявленного нами снижения выработки Тс можно было бы достаточно легко объяснить в том случае, если бы у обследованных нами больных было зафиксировано снижение уровня ЛГ, что часто может иметь место при стрессе. Однако последнее вовсе не обязательно. Так, в работе В. М. Колыгина и соавт. (1988), где приведены данные о содержании этого гормона в плазме крови больных неврозами и здоровых лиц, сколько-нибудь значимых различий в его концентрации между указанными группами выявлено не было. Более того, у 17 из 19 пациентов основной группы уровень ЛГ в крови соответствовал нормативным значениям, а у 2 был даже повышен. Вместе с тем в этом же исследовании было показано достоверное снижение содержания Тс в плазме крови у больных неврозами, что совпадает с полученными нами данными. Резюмируя результаты изучения литературы по изменению секреции гонадотропинов при стрессе, В. Т. Бахур (1977) делает вывод, что она может быть как снижена, так и повышена.

Однако выявленное нами снижение секреции тестостерона все же нуждается в объяснении, которое может быть следующим. Так, существуют многочисленные данные, свидетельствующие об отрицательной корреляции между концентрацией ПРЛ и Тс (А. И. Гладкова, 1987;

J. Buvat et al., 1985; D. Modebe, 1989 и др.), что частично может быть объяснено тем, что ПРЛ оказывает антигонадальное действие на уровне половых желез (S. M. McCann, 1987). Кроме этого, в условиях гиперпролактинемии уменьшается чувствительность гонад к гонадотропинам, в том числе и к ЛГ (P. Hartemann, 1977; S. J. Winters, P. Troen, 1984). В результате яичко оказывается как бы в условиях блокады по отношению к центральному регулируемому воздействию (цит. по А. И. Гладковой, 1987). Торможение выработки тестостерона гонадами может происходить и в связи с тем, что кортизол и тестостерон образуются из одних и тех же предшественников, последним из которых является 17-оксипрогестерон (E. Neftmann, 1972). Следовательно, при усиленной продукции кортизола уменьшается резерв для образования Тс. Кроме того, при введении экзогенного кортизола и увеличении его концентрации в периферической крови у мужчин наблюдается снижение уровня Тс (D. C. Cumming et al., 1983).

Однако возникает вопрос, чем можно объяснить повышение выработки ЛГ у обследованных больных. Ответ может быть следующим. В силу того что нами обнаруживается снижение концентрации Тс в крови, следует сделать вывод о том, что повышение уровня ЛГ — не прямая реакция на стресс, а компенсаторный механизм, обусловленный снижением уровня Тс, направленный на усиление его секреции. Кроме того, в связи с пониженной чувствительностью половых желез к стимулирующему воздействию ЛГ в условиях гиперпролактинемии создаются предпосылки к еще большему “подхлестыванию” выработки этого гормона.

Снижение уровня Тс у обследованных нами больных усугубляется уменьшением активности 5 α -редуктазы, что можно объяснить гиперпролактинемией, приводящей к снижению интенсивности 5 α -восстановления Тс в дигидротестостерон (А. И. Гладкова, 1979; G. Magrini et al., 1976; J. Buvat et al., 1985). Интерес представляет и сообщение, что при добавлении ПРЛ человека к инкубированной коже гениталий здоровых лиц происходило подавление активности 5 α -редуктазы (P. Serafini, R. A. Lobo, 1986).

Выявленное в наших исследованиях уменьшение количества Тс, усугубляемое снижением его превращения в дигидротестостерон, приводит к андрогенному тканевому дефициту, что сопровождается обнаруженной активизацией связывания ³H-Тс, которая, по нашему мнению, является компенсаторной и направлена на снижение указанного дефицита.

После объяснения выявленных нами у больных со СТОСН невротического генеза и неврозом ожидания неудачи гормональных нарушений

целесообразно было бы уяснить их связь с диагностированными у этих больных сексуальными дисфункциями.

Согласно мнению, высказанному В. Т. Бахур (1977), подтвержденному исследованиями В. М. Колыгина и соавт. (1988), обнаруживаемые у больных невротизмом эндокринные сдвиги, являясь вторичными и неспецифическими, зависят не столько от нозологической принадлежности заболевания, сколько от стадии или фазы его течения и преобладающего синдрома. Также В. Т. Бахур (1977) отмечает, что указанные сдвиги, несмотря на то, что они являются вторичными, представляются важным звеном в патогенетических механизмах развития и течения невротизма. Эти сдвиги могут оказывать определенное воздействие на формирование клинической симптоматики последних.

Выявленные у обследованных нами больных гормональные нарушения позволяют оценить вклад эндокринного фактора в развитие сексуальных расстройств.

Так, известно, что выраженность либидо, от которой зависит и интенсивность эрекции, связана с уровнем секреции Тс. Это обусловлено тем, что образующийся из него при ароматизации E_2 оказывает активирующее влияние на центр регуляции полового поведения, локализованный в преоптической зоне переднего гипоталамуса (А. Г. Резников, 1982). Также имеются данные, что тестостерон облегчает спинномозговые рефлексы, связанные с копуляцией (J. Terrerman, H. Terrerman 1989). Это можно объяснить эффектом дигидротестостерона, образующегося из тестостерона в процессе восстановления по 5 α -редуктазному пути, так как первый из указанных гормонов влияет на периферический регуляторный механизм копуляции (Н. А. Карпенко, 1992).

Отрицательно влияет на половые функции гиперпролактинемия (А. И. Гладкова, 1987; J. Bancroft, 1981; A. Bartke et al., 1983; P. Drago, 1984; A. Bartke et al., 1985; P. M. Bouloux/Ashley Grossman, 1987), которая может приводить к снижению либидо, ухудшению эрекции и изменению продолжительности полового акта. Причиной сексуальных дисфункций при избытке ПРЛ может быть и гиперфункция надпочечников (P. C. Doherty, 1982). Однако большинство авторов считают, что эффект ПРЛ на половое поведение скорее опосредован на уровне ЦНС через дофаминергические и другие нейротрансмиттерные системы, чем через нарушение секреции или метаболизма стероидов (P. C. Doherty, M. S. Smith, 1981; P. C. Doherty et al., 1982; D. J. Bailey et al., 1984; R. W. Steger, et al., 1987).

Таким образом, проведенные нами исследования свидетельствуют о возможном участии эндокринных сдвигов в развитии изучавшихся сексуальных расстройств, что позволяет глубже понять их патогенез.

Глава 5. Психотерапия синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи

5.1. Некоторые методологические вопросы

Эффективность психотерапии в определенной степени зависит от методологии. Как отмечалось ранее, для решения поставленных задач нами развивалась концепция психологических функциональных системных механизмов, согласно которой в психотравмирующих ситуациях поведение человека претерпевает определенные изменения, которые могут быть интегрально представлены в виде пяти регуляционных механизмов: защиты, совладания, разрядки, манипуляции, компенсации. Если психологическая защита функционирует на протяжении определенного времени, то это приводит к дезорганизации сексуального и экстрасексуального поведения, что, следовательно, диктует необходимость ее разрушения (срыва). Исходя из этого, следует признать нецелесообразной установку на оптимизацию работы защитных процессов, которая отражает расширительное понимание феномена психологической защиты. Согласно такой трактовке совладание, манипуляцию и другие перечисленные нами механизмы также относят к феномену психологической защиты. Что касается совладания, то его следует либо усиливать, либо формировать. При этом подбор техник саморегуляции должен быть адекватным личностной структуре пациента, что позволяет обеспечить их эффективность. Механизмы компенсации во всех случаях направлены на ликвидацию существующего дефекта (в том числе и сексуального) на позитивной основе. Поэтому терапия должна предполагать дифференцированный, адекватный индивидууму, подбор компенсаторных техник. Механизм разрядки сам по себе выполняет позитивную дренажную функцию, так как “сбрасывает” патогенную энергию. Однако положительный эффект может быть непродолжительным и вести к еще большему нарастанию уровня эмоционального напряжения. Так, например, эмоциональная разрядка, проявляющаяся в форме нелестных высказываний одного из супругов по отношению к другому, может на небольшой интервал времени способствовать успокоению первого из них. Однако в тех случаях, когда у второго супруга реакция на это агрессивная, эмоциональное напряжение у первого вновь нагнетается. Вместе с тем всегда может быть найден адекватный путь канализации разрядки, который будет вести к сбросу патогенной энергии, что приведет не к сиюминутному “облегчению”. Использование

механизма манипуляции не способствует конструктивному решению проблем, так как с включением указанного механизма начинается своеобразный “торг”. Свидетельством могут служить различные, описанные нами ранее в этой работе, шантажные варианты механизма манипуляции. В связи с вышеизложенным после диагностики техник указанного механизма следует нацелить терапевтические усилия на их срыв. Исключение могут составить некоторые безобидные проявления манипуляции, не ухудшающие межличностного и сексуального взаимодействия партнеров.

Перечисленные общие положения в отношении психотерапевтических Подходов к сексуальным расстройствам и дисгармониям были распространены нами на синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи, в связи с чем определены следующие принципы психотерапии при названном синдроме.

1. Необходимо стремиться к ослаблению механизмов защиты, являющейся нереалистическим патогенным способом решения проблем, вплоть до полного разрушения указанных механизмов. Это составляет содержание первого этапа психотерапевтической работы, которая проводится и в последующем. Для данной цели могут быть использованы чистосердечное признание, контрастное самовнушение, техники разъясняющей дискредитации патогенного влияния гиперконтроля сексуальных функций и “мнимого запрета”, методы “медовый месяц”, “гинекологическое положение”, “мягкий ввод”, а также изменение установки больного, которому указывают, чтобы перед интимной близостью он ориентировал себя не на совершение полового акта, а на получение удовлетворения, желательно взаимного, что является конечной целью и смыслом сексуального взаимодействия партнеров и т. п. В качестве примера терапевтического влияния можно указать, что такие методы, как “мнимый запрет” и “медовый месяц” свертывают действие механизма психологической защиты за счет того, что его функцию редукации эмоционального напряжения начинает выполнять искусственно установленное табу.

2. Следует усиливать или формировать механизмы совладания. Для этого могут быть использованы техники регуляции когнитивной [“интерпретативный тренинг” (обучение больного правильно интерпретировать различные варианты нарушений, возникающих у него во время интимной близости), “конструктивная ритуализация” (применение перед половым актом своеобразных ритуалов, с выполнением которых пациент связывает его качество; это могут быть определенные физические упражнения, точечный и сегментарный массаж, прием определенного рода пищи, некоторых медикаментов и т. п.), “когнитивная

подготовка” (больного готовят к возможным копулятивным “сбоям” с указанием их преходящего характера), самоуспокоение и др.] и сомато-вегетативной (АГ, система Джейкобсона), а также их комбинации (например, десенситизация). Высокую эффективность имеет гипносуггестивная терапия, которая может быть использована с целью стимуляции механизма совладания (техники тематического программирования и моделирования).

3. Необходимо стимулировать и формировать у больного техники совладания, которые адекватны его личностной структуре. Так, было бы ошибкой формировать у истероидной личности механизм логического анализа ситуации (N. Naan, 1963), который, однако, является адекватным для личностей психастенического склада.

4. Психотерапия при синдроме тревожного ожидания сексуальной неудачи должна строиться с учетом специфики каждой из фаз его развития (см. раздел, посвященный клинко-психологической характеристике изучавшегося синдрома). Так, при полном отказе больного от сексуальных контактов (“чистая” фаза экстрасексуальной альтернативы) защиты характеризуются значительной генерализованностью, ригидностью, устойчивостью, значительным захватом несексуальных областей личностного функционирования, что смещает терапевтические акценты с синдрома на личность.

5. Для ослабления механизмов защиты, стимуляции механизмов совладания, ликвидации возможного патогенного манипулятивного поведения, поиска адекватных путей канализации разрядки рекомендуется привлечение супруги (партнерши) в качестве сотерапевта с целью оптимизации межличностной и сексуально-эротической коммуникации в супружеской (партнерской) паре.

Что касается механизма компенсации, нередко функционирующего у больных со СТОСН, то в ряде случаев он направлен на ликвидацию или смягчение симптоматики, вызванной другим сексопатологическим синдромом, который также участвует в организации целостного сексуального расстройства. В других же наблюдениях компенсаторные приемы используются для коррекции обусловленной тревожным ожиданием неудачи сексологической симптоматики, а не для ликвидации этого ожидания. Указанное чаще происходит в тех случаях, когда болезненность ТОН и его патогенное влияние на половые функции не осознается. Когда же такое осознание наступает, конкретные приемы, которые относились к психологическому механизму компенсации, начинают функционировать в механизме совладания либо в механизме совладания и компенсации одновременно.

5.2. Оригинальные психотерапевтические приемы и методики

В ходе лечения больных с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи нами были разработаны новые психотерапевтические приемы и методики, которые оказались эффективными при их применении. Остановимся на их описании.

Прием “ложный сигнал”. Иногда на сексологическом приеме можно встретиться с фиксацией пациента на ощущениях, исходящих из половых органов, подчас имеющих характер сенестопатий (С. А. Овсянников, 1976). Так, например, один из наших больных с предполагаемым вялотекущим шизофреническим процессом и СТОСН, у которого были выявлены определенные характерологические сдвиги, жаловался на периодически возникающие неприятные ощущения и боли в правом яичке, иррадиирующие в нижний отдел правой половины живота и на внутреннюю поверхность правого бедра. Описывая характер своих ощущений в яичке, он отмечал, что “вначале появляется чувство запыления, а потом как бы что-то прорывается и начинается циркуляция”. При фиксации внимания на сенестопатических ощущениях, локализующихся в области половых органов, сопровождающихся опасением за состояние своего здоровья (сенестопатически-ипохондрический синдром), опосредованно снижается либидо, так как больной обычно обеспокоен своим состоянием, а также нередко не уверен в своих сексуальных возможностях. В этих случаях подспорьем в психотерапевтической разъяснительной работе может быть следующая аргументация. Мы обычно начинаем беседу с того, что фиксируем внимание пациента на результатах объективных исследований, которые не выявили какой-либо патологии половых органов. Затем отмечаем, что импульсы, исходящие из здоровых органов, обычно не осознаются человеком. Однако в некоторых случаях вследствие нарушений в функционировании соответствующих образований головного мозга эти импульсы достигают его высших отделов (коры) и осознаются как болезненные ощущения. В результате создается ситуация своеобразного физиологического обмана, когда действительное положение вещей не соответствует их оценке (“кривое зеркало”). Для того чтобы сделать восприятие излагаемого более доступным, мы обычно рассказываем следующую историю. Перед отъездом одной семьи на отдых их квартиру взяли под охрану, подведя сигнализацию. Дважды за время отдыха сигнализация срабатывала. Однако всякий раз устанавливали, что никто не посягал на имущество владельцев. Следовательно, заключаем мы, в квартире все в полном

порядке, а неполадки нужно искать в самой системе, обеспечивающей сигнализацию. Действенным может оказаться и следующий применяемый нами вспомогательный прием. Пациенту рассказывают, что нередко люди, лишившиеся конечности (руки или ноги), ощущают в ней боль. В беседе мы обычно отмечаем, что когда человек фиксирует внимание на каком-либо органе или части тела, то он непременно начинает их ощущать. С целью подтверждения данной мысли задается следующий вопрос: “Скажите, ощущали ли Вы до того, как я Вас спросил об этом, большой палец своей левой руки?” Пациент всегда отвечает, что нет. Так мы стимулируем его по собственной воле не “прислушиваться” к своим болезненным ощущениям. Воздействие на больного может быть усилено и за счет популярного изложения данных о “соматизации” реализованного сосредоточения. Так, известно, что хотя сосредоточение по своей природе является психическим процессом, однако при его реализации оно мгновенно “соматизируется” (К. И. Мировский, 1974). Внимание, пристально устремленное на любую часть тела, препятствует сокращению мелких артерий в ней. Поэтому сосуды в этом месте расслабляются и мгновенно наполняются артериальной кровью. Показано, что сосредоточение на рецептивных полях (тактильная, температурная, проприоцептивная и т. п. чувствительность) сопровождается повышением их чувствительности (снижение порога). Опыт применения АТ с объективной регистрацией кожной температуры и проведением плетизмографии показал, что расширение сосудов конечностей возникало у большинства испытуемых без применения соответствующих формул самовнушения, а просто в силу того, что им было предложено удерживать сосредоточение на конечности в течение 3-5 мин. Даже сосредоточение на строго ограниченных участках туловища, рук, ног приводило к снижению интенсивности натяжения кожи (данные тензометрии), увеличению объема этой части тела (данные плетизмографии), снижению биоэлектрической активности прилегающего слоя мускулатуры, повышению кожной температуры на 1,5-3°. Приведенные данные (К. И. Мировский, 1974) вскрывают патогенную роль, которую может сыграть принудительное (пассивное) сосредоточение, обусловленное патологической мнительностью и направленное, в частности, на функцию анализаторов. При всей тяжести сенестопатических ощущений, локализующихся в области половых органов, описанная психотерапевтическая “обработка” может несколько улучшить субъективное состояние больных, если эти ощущения не связаны с бредовыми переживаниями.

Способ снижения ранга значимости сексуальных расстройств. Часто сексуальные нарушения не сопровождаются сколько-нибудь вы-

раженными несексуальными расстройствами и вследствие этого известный прием “соматизации” (Э. М. Дворкин, 1979) не может быть применен. В данных случаях при снижении эрекции и выраженных личностных реакциях был с успехом применен способ снижения ранга значимости полового расстройства. Его суть заключается в следующем. Вначале пациенту объясняют физиологический механизм возникновения эрекции. В частности, указывается, что появление напряжения полового члена обуславливается притоком крови к этому органу. Затем больного, поглощенного переживанием своей сексуальной неполноценности, в беседе постепенно подводят к мысли о том, что он необоснованно сводит смысл своей жизни к кровенаполнению члена. Когда пациент убеждается, что в его случае дело обстоит именно так, у него возникают смятение и недоумение. Достигнутый результат является исходным пунктом для дальнейшего переосмысления своего положения, что, естественно, ведет к уменьшению фиксации на половом, расстройстве и улучшению настроения. Одновременно делается упор на другие интересы личности и проводится их актуализация. Все это создает благоприятные условия для комплексного лечения сексуального расстройства, в том числе и с использованием известных психотерапевтических приемов.

Психотерапия с учетом механизма проекции. В ряде случаев (черты тревожной мнительности) пациент считает, что о его дефекте (нередко мнимом или же выраженном лишь в небольшой степени) знают и партнерша, и другие лица, так как половое расстройство проявляет себя не только при интимном контакте, но и чем-то обнаруживает себя в поведении человека, накладывая на весь его облик отпечаток сексуальной ущербности. Это в значительной степени травмирует психику пациента и является источником удручающих его переживаний. Убедившись при обследовании, что дело обстоит именно так, врач должен прибегнуть к стратегии, суть которой состоит в следующем. Необходимо разъяснить больному, что его переживания являются результатом приписывания собственных мыслей и собственного “знания” окружению. Следует указать, что на самом деле женщина, очевидно, даже не имеет представления о его мнимом дефекте или небольшом расстройстве. Помимо этого, нужно (с учетом конкретных обстоятельств) объяснить больному, что в ряде случаев в связи с преимущественной ориентацией некоторых женщин на эротические воздействия (ласки, поцелуи) с возможностью получать удовлетворение при интимном контакте без оргазма, а также нередко встречающейся неосведомленностью о сексуальной норме, партнерша может не догадываться даже о наличии довольно выраженных сексуальных дефектов. Проводимая

таким образом коррекция проявлений гипернозогнозии может дать ощутимые результаты, создавая атмосферу “защищенности”.

Прием “сопоставлени по аналогии”. Сексуальная сфера является повышено уязвимой, так как вследствие парности сексуальной функции включена в контекст интерперсональных отношений. Поэтому любые мнимые и истинные сексуальные нарушения могут наносить ощутимые удары по личностному престижу, формируя у мужчины ощущение собственной неполноценности. Естественно, что в ряде случаев сексуальные проблемы переживаются особенно остро. Это может обуславливаться тревожно-мнительными чертами характера. В сферу повышенного внимания в указанных случаях может попадать и генитальная область, когда пациент связывает свою сексуальную недостаточность с “малыми” размерами члена (“синдром малого члена”), а иногда и яичек. Так, один из наших пациентов с сенситивной акцентуацией характера и синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи жаловался на малые размеры пениса, который при измерении оказался выше нижних границ нормы, а также уменьшение одного из яичек, которое при осмотре ничем не отличалось от другого, по его мнению, нормального по величине яичка. При анализе подобных случаев мы пришли к выводу, что такое гипертрофированное восприятие может оцениваться по аналогии с оптическим искажением, имеющим место при рассматривании предмета через лупу с близкого расстояния (двояковыпуклую линзу при расположении от нее предмета на расстоянии меньше фокусного). В характеризуемых же наблюдениях речь идет об искажениях психического порядка, связанных с гипертрофированной оценкой происходящих событий. Все это напоминает шарж, когда отдельные черты лица, выражающие особенности характера человека, подаются художником в утрированном виде. Следует отметить, что склонность к гротеску заложена в самой психике человека и связана с восприятием им чего-либо значимого не нейтрально, а в большей или меньшей степени эмоционально опосредованно. Это и является источником искажения воспринимаемого. Иллюстрацией может служить шестое упражнение высшей степени аутогенной тренировки (аутогенной медитации). При выполнении данного упражнения тренирующийся должен научиться вызывать образы других людей. Вначале рекомендуется концентрировать внимание на сравнительно безразличных образах (почтальон, шофер автобуса и т. п.), так как на первых этапах визуализация лиц, связанных определенными отношениями с тренирующимся (как положительными, так и отрицательными), затруднена. По мере продвижения в усвоении упражнения, тренирующийся учится вызывать и образы приятных и неприятных ему людей. Первоначально упомянутые образы несколько

шаржированы, карикатурны, так как приятные или неприятные тренирующиеся свойства подсознательно гиперболизируются и лишь с течением времени становятся все более “спокойными”, “бесстрастными”, лишены элементов эмоциональной гиперболизации. Это расценивается как важный показатель усвоения упражнения, проявление начавшейся “аутогенной нейтрализации”. К “нейтрализации” мы должны стремиться и при проведении рациональной психотерапии в описываемых нами случаях. Данная коррекция, по нашему мнению, должна оперировать доступными и показательными аналогиями, какой и является вышеописанная аналогия из оптики. Проведя эту аналогию, мы говорим пациенту, что если человек понимает особенности своего характера, которые преломляют происходящие события подобно увеличительному стеклу, то он становится сильнее, так как появляется возможность проведения аутокоррекции. В беседе с ним мы отмечаем, что “бытие должно быть поднято на высоту сознания” и упоминаем высказывание древнего мыслителя, который говорил, что он бы отказался от знаний без возможности обнаруживать их. В любой эмоционально напряженной ситуации мы рекомендуем пациенту вспоминать, что он особенно, не так, как другие люди, воспринимает происходящие события, и представлять искажение предмета, рассматриваемого через лупу. Тогда ему легче будет оценить их действительную значимость. Для того чтобы помочь в этом больному, используется другая аналогия и тоже из оптики. Мы отмечаем, что явления могут предстать в своей истинной значимости в том случае, когда ранее увеличенное изображение будет пропущено через двояковогнутую линзу — уменьшительное стекло. В результате этого произойдет переоценка происходящих событий в соответствии с их истинной значимостью. Многократное использование разработанного нами психотерапевтического приема выявило его высокую результативность.

Прием “расширение сознания”. Приступая к лечению больного, врач всегда рассматривает сексологическое расстройство как зло, подкрепляя уже существующую уверенность в этом у пациента. Однако не всегда учитывается конкретный контекст партнерских взаимоотношений. Так, по нашему глубокому убеждению, в ряде случаев расстройство может иметь и положительное значение, выступая в качестве индикатора надежности партнерской коммуникации. В самом деле, когда в партнерстве, которое по прогнозам должно превратиться в брачный союз, возникает сексуальная поломка у мужчины, в ряде случаев отмечается непримиримость женщины к возникшим нарушениям, приводящая к разрыву отношений. В результате у мужчины к беспокойству, обусловленному сексуальным срывом, прибавляются переживания,

связанные с боязнью утраты любимого человека. В этих случаях, на наш взгляд, целесообразно ориентировать пациента на оценку сексуального расстройства с иной, альтернативной позиции. Мы заявляем больному, что его понимание создавшегося положения узкое и что его расстройство в данном случае благо, а не зло. Очень хорошо, что расстройство возникло именно сейчас, а не позже, и он смог вовремя распознать человека, с которым хотел связать свою судьбу. На поверку оказалось, что между ними не было ничего общего, кроме постели. Таким образом, заключаем мы, сексуальное расстройство сыграло положительную роль. В указанных случаях также полезно попросить больного представить, что бы могло произойти, если бы это расстройство возникло гораздо позже, когда спустя годы после состоявшейся женитьбы были бы общие дети, совместное жилье и хозяйство и он был бы связан со своей женой множеством других социальных связей. Убедить больного в его ограниченной оценке случившегося, не учитывающей всей “полноты” понимания проблемы, может помочь и следующая притча, которую полезно ему рассказать. Один старый китаец был единственным, проживающим в деревне человеком, который имел лошадь. Естественно, что он был богаче остальных, так как мог вспахать больше земли. Все считали его счастливым, пока лошадь не убежала. Тогда его начали жалеть. Через несколько дней его лошадь вернулась и привела с собой дикую лошадь. Так как теперь и вторая лошадь стала принадлежать ему, то теперь все стали говорить о его удачливости. Однако на следующий день его сын, пытаясь влезть на дикую лошадь, упал с нее и поломал себе ногу. Односельчане сочли это несчастьем. Через некоторое время появились гонцы императора, забирающие юношей в армию. Понятно, что сына старого китайца из-за поломанной ноги в армию не взяли. Эта притча в иносказательной форме помогает посмотреть на происходящие события по-другому. Оказывается, что расстройство (“поломанная нога”) может определенно выполнять положительную функцию. Естественно, что такой подход вовсе не означает отказа от ликвидации сексуальных нарушений. Разработанный нами психотерапевтический прием, направленный на переосмысление пациентом своего положения и приводящий к снижению эмоционального напряжения, оказался очень эффективным при клинической апробации.

Прием “сопоставление по контрасту”. Известно, что причиной психогенных сексуальных расстройств у мужчин, обусловленных синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи, может быть вагинизм (А. И. Буньков, 1967). Поэтому нами был разработан прием, который с успехом можно применять в комплексе лечения больных с фобическими формами виргогамии и вагинизма (классификация

А. М. Свядоща, 1974). Реализуя данный прием, мы строим беседу следующим образом. Вначале необходимо рассказать пациентке о больших возможностях влагалища к увеличению и подтвердить это на примере родового акта. Следует подчеркнуть, что масса нормального ребенка и его рост при рождении достигают значительных размеров (необходимо указать каких). Затем целесообразно отметить, что длина и объем полового члена мужчины неизмеримо меньше. Таким образом, перед женщиной ярко вырисовывается контраст между величиной плода и пениса. Последнее создает благоприятные условия для более успешного проведения терапевтических (в основном психотерапевтических) мероприятий, направленных на ликвидацию имеющейся патологии, так как способствует уменьшению степени выраженности фобического потенциала вследствие его дискредитации.

Техника гипнотического сеанса. При невротическом генезе изучавшегося синдрома весьма эффективной оказалась гипносуггестивная терапия. Приведем предложенную нами рецептуру гипнотического сеанса и формулы внушения, используемые для лечения СТОСН с эрекционными нарушениями, которые, по данным проведенного нами исследования, являются наиболее частыми его патосексологическими проявлениями.

“Вы постепенно успокаиваетесь...

Начинают расслабляться мышцы лба... мышцы лба расслабляются, теряют напряжение... Расслабление в мышцах лба нарастает, увеличивается... Мышцы лба расслабились полностью... Расслабление охватывает и мышцы глаз... Теперь мышцы глаз начали расслабляться... Мышцы глаз расслабляются, теряют напряжение, которое покидает их, уходит, рассеивается... Мышцы глаз расслабились полностью...

Расслабление распространяется на щеки...

Теперь начали расслабляться мышцы щек... Мышцы щек расслабляются, теряют напряжение... Расслабление в мышцах щек становится все более выраженным... Мышцы щек расслабились полностью... Щеки как бы несколько обвисли... Расслабление охватывает и жевательные мышцы — мышцы, удерживающие нижнюю челюсть... Жевательные мышцы расслабляются, теряют напряжение... Расслабление в жевательных мышцах нарастает, увеличивается... Нижняя челюсть уже не удерживается расслабившимися мышцами и под действием собственной тяжести постепенно опускается...

Мышцы лица расслабились полностью...

Расслабление охватывает и мышцы рук... Теперь мышцы рук начали расслабляться... Расслабление в мышцах рук нарастает, увеличивается... Мышцы рук расслабляются все больше и больше... Мышцы рук расслабились полностью... Руки, как плети...

Расслабляются и мышцы ног... Мышцы ног расслабляются все больше и больше... Мышцы ног расслабились полностью....

Расслабление охватывает и мышцы грудной клетки... Мышцы грудной клетки расслабляются всё больше и больше... Мышцы грудной клетки расслабились полностью...

Начали расслабляться и мышцы спины... Расслабление в мышцах спины нарастает, увеличивается... Мышцы спины расслабились полностью...

Расслабляются и мышцы живота... Мышцы живота расслабляются все больше и больше... Стенки живота становятся мягкими... Живот мягкий, очень мягкий... Мышцы туловища расслабились полностью...

А сейчас я буду считать от одного до шести и с каждым последующим счетом будет нарастать глубина Вашего погружения в лечебный отдых и покой, в целебное гипнотическое состояние... А когда я назову цифру шесть, Вы будете пребывать в состоянии умиротворения, безмятежности, глубокого физического и психического комфорта... Один — дыхание ровное, спокойное... Ритм дыхательных движений успокаивает Вашу нервную систему... Два — сердце бьется ровно, спокойно, ритмично... Ритм сердечной деятельности успокаивает весь Ваш организм... Три — с каждым выдохом нарастает глубина погружения в лечебный отдых и покой... Четыре — делаете выдох и чувствуете, что как бы проваливаетесь куда-то... Это нарастает глубина Вашего погружения в целебное гипнотическое состояние... Пять — посторонние звуки, шумы, шорохи, разговоры отдаляются от Вас, отдаляются от Вас все дальше и дальше, теряют для Вас всякий смысл и значение и практически не воспринимаются Вами... Они не доходят до Вашего сознания и единственной реальностью является мой голос, мои слова, мои внушения, которые Вы хорошо, четко, ясно будете слышать на протяжении всего лечебного сеанса... Шесть — Вы погрузились в покой, Вы растворились в покое. Вы ограждены покоем... Покой и отдых, полное умиротворение... Не хочется ни двигаться, ни шевелиться... Все, что раньше тревожило, беспокоило Вас, ушло, рассеялось, забылось и не имеет для Вас в настоящий момент никакого значения...

А теперь Ваша психика, Ваша нервная система, весь Ваш организм настраиваются на восприятие целебных внушений... Теперь каждое сказанное мною слово, каждое сделанное мною внушение глубоко проникнет в Вашу нервную систему, прочно зафиксируется Вашей памятью, что определит улучшение в состоянии Вашего здоровья, которое Вы отметите в обстановке интимной близости... Итак, Вы полностью готовы к восприятию целебных внушений... Проведенное мною углубленное всестороннее исследование не выявило у Вас каких-либо органических поражений органов и систем, участвующих в обеспечении половых функций... Ваше расстройство является преходящим, обусловлено факторами сугубо психологического характера, тревожным ожиданием неудачи... Поэтому отныне в преддверии интимной близости, во время интимной близости Вы совершенно спокойны и уверены в себе... Уверены в своих сексуальных возможностях... Во время ласк и поцелуев Вы полностью погружаетесь в приятные ощущения, растворяетесь в них, теряетесь в них... Все остальное в это время не имеет для Вас никакого значения и единственной реальностью являются пронизывающие все Ваше существо приятные сладострастные ощущения... Во время ласк и поцелуев, благодаря усиленному притоку крови к половому члену, он значительно увеличивается в размерах, становится большим, твердым, негибачимым... Введение его удастся осуществить легко... На протяжении всего полового акта напряжение члена устойчивое, хорошее... Половой акт пройдет успешно... Итак, отныне в преддверии и во время интимной близости Вы совершенно спокойны и уверены

в себе... Во время ласк и поцелуев полностью погружены в приятные сладострастные ощущения, растворены в них, пронизаны ими... В предварительном периоде, благодаря усиленному притоку крови к половому члену, он значительно увеличивается в размерах, становится большим, твердым, негибачаемым... Введение его удается осуществить легко... На протяжении всего полового акта напряжение члена устойчивое, хорошее... Половой акт пройдет успешно... Все сказанные мною слова, все сделанные мною внушения хорошо зафиксировались Вашей памятью, Вашей нервной системой... А теперь я прикоснусь своим пальцем к Вашему лбу и они прочно закрепятся (врач прикасается пальцем ко лбу пациента)...

Программа гипнотического лечебного сеанса завершена... В следующий раз при проведении сеанса Вы быстрее и глубже погрузитесь в состояние отдыха и покоя, а сказанные мною слова, сделанные мною внушения окажут на Вас выраженное целебное воздействие...

А сейчас я буду считать от одного до шести и с каждым последующим счетом Вы все больше и больше будете выходить из гипнотического состояния, расслабленности и возвращаться к состоянию бодрствования... Один — расслабление постепенно покидает мышцы Вашего тела... Два — с каждым вдохом в Ваш организм поступает энергия... Три — энергия наполняет Вас, переполняет Вас... Четыре — энергия направляется к каждой мышце Вашего тела, мышцы становятся упругими, хочется подвигаться, пошевелиться... Пять — голова ясная, легкая, свежая... После сеанса настроение хорошее, приподнятое... Будете чувствовать себя как после продолжительного, глубокого, полноценного ночного сна свежим, бодрым, отдохнувшим... Откроете глаза с верой в свое быстрое выздоровление... Шесть — откройте глаза, сделайте глубокий вдох, подтянитесь... А теперь можете встать...”.

Следует отметить, что в последние годы мы начали использовать внушения в гипнотическом состоянии, направленные на возникновение мышечной релаксации в преддверии полового акта, что способствует его полноценному протеканию. Необходимость подключения в ряде случаев формул суггестии, призванных способствовать мышечному расслаблению, обусловлена тем, что нередко у больных с рассматриваемой патологией, как отмечалось ранее, в предварительном и основном периодах интимного сближения мы наблюдали патологическое повышение тонуса мышц лица, туловища и конечностей, что иногда сопровождалось дрожью в руках и мышечным подергиванием в различных участках мышечного аппарата. Добиваясь мышечной релаксации, мы опосредованно достигали эмоционального расслабления в интимной обстановке, что уменьшало и вегетативный аккомпанемент тревожного ожидания неудачи. Иногда в связи с вегетативными нарушениями мы даже специально включали формулы внушения, направленные на нормализацию во время интимной близости сердечной деятельности и дыхания.

Эффект гипносуггестивных воздействий при рассматриваемой патологии может быть просто разительным. Так, у больного К., 62 лет, пенсионера, удалось достичь полного излечения в результате двух гипнотических сеансов. Это имело тем более ошеломляющее воздействие

на обратившуюся за помощью семейную чету, что ранее пациент уже получал назначенную сексопатологом довольно интенсивную, но явно неадекватную терапию (40 инъекций пантокрина, 2 инъекции сустано-на-250 с двухнедельным интервалом между ними и др. лекарственные препараты). В данном случае пожилой возраст мужчины, а также вера во всеисцеление гормональных препаратов и пантокрина нацелили врача на их назначение. Нами этот больной был обследован углубленно. Диагностирован невроз ожидания неудачи, проявившийся, в частности, эрекционными нарушениями. После этого пациенту было заявлено, что несмотря на его возраст, речь идет о “юношеской” форме расстройства, которое будет быстро ликвидировано. Так и случилось, чему способствовали хорошие межличностные отношения супругов и правильное поведение жены в создавшихся условиях. Перед началом миникурса гипнотерапии была проведена работа по разъяснению супругам сущности заболевания.

Следует отметить, что в некоторых случаях сексуальные нарушения у обследованных нами больных являлись симптомами параллельными раздражительности, вспыльчивости, расстройствам сна, общей слабости, повышенной утомляемости и прочим проявлениям астенического синдрома. В других — общеневротическая симптоматика осложняла сексуальные расстройства, отражая реакцию личности на заболевание. Когда обстоятельства складывались таким образом, возникала необходимость в коррекции названной несексуальной симптоматики, что само по себе способствовало улучшению функциональных характеристик копулятивного цикла. В связи с этим нами были составлены следующие формулы внушений, которые оказались эффективными в подобных случаях.

При повышенной раздражительности применялась следующая суггестия: “Отныне Вы спокойны и уравновешены... Спокойны и уравновешены всегда и везде... На работе, в семейном кругу, на отдыхе Вы всегда спокойны, уравновешены, невозмутимы... Спокойствие следует за Вами повсюду... Спокойствие и уравновешенность теперь становятся неотъемлемыми чертами Вашего характера...”.

В случае наличия собственно астенического компонента больному следует внушать следующее:

“Укрепляется каждая Ваша нервная клеточка, укрепляется вся Ваша нервная система, укрепляется весь Ваш организм... Каждая клеточка Вашего тела во время лечебного сеанса накапливает энергию, запасается энергией... Энергия поступает в Ваш организм, наполняет его, переполняет его... Поэтому теперь Вы всегда бодры, свежи, энергичны...”

При агрипнических расстройствах эффективно применение следующей формулы:

“Улучшается Ваш ночной сон... Теперь один вид постели, прикосновение головы к подушке вызывает дремотное состояние, чувство непреодолимой сонливости...”

Отныне Вы засыпаете легко и быстро... Ночной сон продолжительный, глубокий, непрерывный... Вы не просыпаетесь, спите до самого утра, а после пробуждения чувствуете себя свежим, бодрым, хорошо отдохнувшим, у Вас приподнятое настроение, которое сохраняется в течение всего дня...”

Психотерапевтическая коррекция одного из вариантов анэякуляторных расстройств потенции. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи может наслаиваться на расстройства потенции, которые в настоящее время принято называть анэякуляторными (В. М. Маслов, 1978). В ряде случаев эти расстройства формируются в результате многолетней и систематической мастурбации, которая может приводить к формированию своеобразной парафилии аутоэротического регистра, являющейся отражением психосексуальной ретардации. В этих случаях мужчины даже при наличии регулярной половой жизни не получают такого наслаждения, как при онанизме, хотя последним могут заниматься лишь изредка. При этом иногда может наблюдаться следующее: при мастурбации возникает и эякуляция и оргазм, а при половом акте нет ни того, ни другого, следствием чего является отсутствие детей в браке. В лечении названных расстройств у женатых мужчин мы с успехом применяли комплекс взаимодействующих психотерапевтических методов, основу которого составила гипносуггестивная терапия. Вначале больному разъясняли сущность расстройства. Подчеркивалась необходимость перестройки патологического стереотипа. Отмечалась неприглядность мастурбаторной практики, а также ее возрастная и ситуационная неоправданность. Затем в гипнотическом состоянии пациенту внушали нарастание сексуального влечения к супруге и программировали нормальное течение интимной близости с оргазмом и эякуляцией во влагалище. При этом на первых занятиях внушалось, что при половом акте влагалище плотно, как кулак, охватывает член, но испытываемые во время его движений ощущения намного приятнее тех, что имели место при онанизме. По мере ломки старого стереотипа сопоставления между половым актом и мастурбацией прекращались. Самовнушение проводилось в состоянии бодрствования вне и во время эротических ситуаций (в том числе и на инициальных этапах полового акта). Культивировались эстетически приятные, эротически окрашенные ощущения, возникающие при рассматривании женского тела с фиксацией на его собственно сексуальных атрибутах. Осуществлялось потенцирование применяемых психотерапевтических методов и дополнительно назначаемых фармакологических препаратов (секурина нитрата, стрихнина и др. за 1-2 ч до полового акта с целью облегчения наступления эякуляции). Нормализация семейного микроклимата опи-

ралась на создание доброжелательно-выжидательного отношения супруги пациента, удрученной отсутствием детей.

Ускоренный вариант аутогенной тренировки для лечения сексуальных расстройств. По нашему мнению, включение АТ в систему лечения сексуальных расстройств предполагает: 1) возможность воздействия на эмоциональное состояние в преддверии и во время интимной близости; 2) коррекцию отдельных сексологических симптомов или их сочетаний, а также сопутствующих половому расстройству нарушений и вызывающих его причин; 3) постепенное приобретение пациентом психотерапевтической автономии; 4) переход на качественно новый режим саморегуляции, когда нежелательный до этого самоконтроль в результате тренинга включается в механизмы совладания или компенсации, а следовательно, приобретает новый, конструктивный характер.

Нами разработан ускоренный вариант АТ для лечения сексуальных расстройств у мужчин. Необходимость в нем обусловлена тем, что существующие модификации АТ для воздействия на сексуальную сферу, как правило, чрезвычайно емки по времени освоения. Это часто порождает пессимизм в плане принятия решения о необходимости использования указанного метода, так как в значительном числе случаев можно прогнозировать выздоровление пациента до момента освоения всего комплекса рекомендуемых упражнений. Поэтому нередко вопрос о применении АТ с лечебной целью снимается и диапазон ее использования существенно ограничивается. Эффект ускорения в предлагаемой модификации АТ достигается за счет следующих факторов: включения в осваиваемый комплекс только тех упражнений, которые необходимы для достижения поставленной цели (АТ строится по типу направленной системной тренировки); значительного использования компонента гетеросуггестии при проведении занятий с врачом вследствие применения подтекста с произнесением слов вполголоса; стимуляции пациентов к запоминанию возникающих у них при выполнении упражнений ощущений, так как использование приемов сенсорной репродукции ускоряет период обучения; применения при гетеро- и аутосуггестии стереотипных, легко запоминающихся формул. Мы рекомендуем начинать АТ с усвоения первого упражнения, применяя суггестию, непосредственно направленную на достижение расслабленности в мышцах лица, конечностей и туловища. Это упражнение является базовым, так как именно после его выполнения создаются благоприятные условия для усвоения последующих. Затем переходят к освоению упражнения “Тепло в области солнечного сплетения, струящееся в низ живота (к лобку и корню члена)”. Непосредственным продолжением данного упражнения является упражнение, направленное на вызывание тепла во всем члене.

Суггестия включает также мотивированное внушение, согласно которому увеличение полового органа в размерах обусловлено усиленным притоком к нему крови. Внушения подкрепляются образными представлениями эротического содержания. Вслед за этим применяются формулы, программирующие полноценное протекание полового акта. Используются элементы моделирования. Следует отметить, что программирование и моделирование можно включать в лечебную программу уже при освоении первого упражнения (“Расслабление мышц”). Для наглядности приведем рецептуру, используемую во время гетеротренинга при освоении каждого из трех упражнений.

1-е упражнение (“Расслабление”)

“Я чувствую, как начали расслабляться мышцы лица...”

Повторите про себя сказанные мною слова... Действительно ощущаете, как начали расслабляться мышцы лица... Начали расслабляться мышцы лба, глаз, щек, жевательные мышцы... Хорошо запомните возникшие ощущения... Теперь одно воспоминание об этих ощущениях будет приводить к их появлению...

Расслабление в мышцах лица нарастает, увеличивается...

Повторите про себя сказанные мною слова... Действительно ощущаете, как расслабление в мышцах лица нарастает, увеличивается... Расслабление нарастает, увеличивается в мышцах лба, глаз, щек, жевательных мышцах... Хорошо запомните возникшие ощущения... Теперь одно воспоминание об этих ощущениях будет приводить к их появлению...

Мышцы лица расслабились полностью...

Повторите про себя сказанные мною слова... Действительно ощущаете, что мышцы лица расслабились полностью... Полностью расслабились мышцы лба, глаз, щек, жевательные мышцы... Хорошо запомните возникшие ощущения... Теперь одно воспоминание об этих ощущениях будет приводить к их появлению...

Я чувствую, как начали расслабляться мышцы рук...

Повторите про себя сказанные мною слова... Действительно ощущаете, как начали расслабляться мышцы плеч, предплечий, кистей... Хорошо запомните возникшие ощущения... Теперь одно воспоминание об этих ощущениях будет приводить к их появлению...

Расслабление в мышцах рук нарастает, увеличивается...

Повторите про себя сказанные мною слова... Действительно ощущаете, как расслабление в мышцах рук нарастает, увеличивается... Расслабление нарастает, увеличивается в мышцах плеч, предплечий, кистей... Хорошо запомните возникшие ощущения... Теперь одно воспоминание об этих ощущениях будет приводить к их появлению...

Мышцы рук расслабились полностью...

Повторите про себя сказанные мною слова... Действительно ощущаете, что мышцы рук расслабились полностью... Полностью расслабились мышцы плеч, предплечий, кистей... Хорошо запомните возникшие ощущения... Теперь одно воспоминание об этих ощущениях будет приводить к их появлению...

Я чувствую, как расслабляются мышцы ног...

Повторите про себя сказанные мною слова... Действительно ощущаете, как расслабляются мышцы ног... Расслабляются мышцы бедер, голеней, стоп... Мышцы ног расслабились полностью... Полностью расслабились мышцы бедер, голеней, стоп... Хорошо запомните возникшие ощущения... Теперь одно воспоминание об этих ощущениях будет приводить к их появлению...

Я чувствую, как расслабляются мышцы грудной клетки, спины, живота...

Повторите про себя сказанные мною слова... Действительно ощущаете, как расслабляются мышцы грудной клетки, спины, живота... Мышцы грудной клетки, спины, живота расслабились полностью... Хорошо запомните возникшие ощущения... Теперь одно воспоминание об этих ощущениях будет приводить к их появлению...”

2-е упражнение (“Тепло в области солнечного сплетения, струящееся в низ живота — к лобку и корню полового члена”)

“Я чувствую появление тепла в области солнечного сплетения...”

Повторите про себя сказанные мною слова... Действительно ощущаете появление тепла в области солнечного сплетения... Хорошо запомните возникшие ощущения... Теперь одно воспоминание об этом ощущении будет приводить к их появлению...

Тепло в области солнечного сплетения нарастает, увеличивается...

Повторите про себя сказанные мною слова... Действительно ощущаете, как тепло в области солнечного сплетения нарастает, увеличивается... Хорошо запомните возникшее ощущение... Теперь одно воспоминание об этом ощущении будет приводить к его появлению...

Солнечное сплетение излучает тепло...

Повторите про себя сказанные мною слова... Действительно ощущаете, как солнечное сплетение излучает тепло... Хорошо запомните возникшее ощущение... Теперь одно воспоминание об этом ощущении будет приводить к его появлению...

Тепло струится в низ живота и достигает лобка и корня члена...

Повторите про себя сказанные мною слова... Действительно ощущаете появление тепла в области лобка и корня члена... Хорошо запомните возникшие ощущения... Теперь одно воспоминание об этих ощущениях будет приводить к их появлению”.

При занятиях с пациентом при усвоении 2-го упражнения для усиления суггестивного эффекта целесообразно, чтобы при произнесении ключевых формул врач клал свою ладонь на подложечную область пациента. При произнесении фразы: “Тепло струится в низ живота и достигает лобка и корня члена” с этой же целью следует осуществлять скользящие движения пальцами правой руки, сверху вниз от эпигастральной области по направлению к лобку и корню члена.

3-е упражнение (“Тепло в половом члене”)

“Я чувствую, как тепло распространяется на весь член...”

Повторите про себя сказанные мною слова... Действительно ощущаете появление тепла во всем члене... Хорошо запомните возникшее ощущение...

ние... Теперь одно воспоминание об этом ощущении будет приводить к его появлению...

Тепло в члене нарастает, увеличивается...

Повторите про себя сказанные мною слова... Действительно ощущаете, как тепло в члене нарастает, увеличивается... Хорошо запомните возникшее ощущение... Теперь одно воспоминание об этом ощущении будет приводить к его появлению...

Тепло в члене становится выраженным, интенсивным...

Повторите про себя сказанные мною слова... Действительно ощущаете, как тепло в члене становится выраженным, интенсивным... Это кровь приливает к половому члену, и он значительно увеличивается в размерах и становится большим и твердым... Хорошо запомните возникшее ощущение... Теперь одно воспоминание об этом ощущении будет приводить к его появлению”.

При выполнении 3-го упражнения рекомендуют одновременно представить себя в интимной обстановке с женщиной, которая вызывает желание обладания ею, что приводит к усилению реализации проводимых внушений. Перед выведением из состояния аутогенного погружения на сеансах гетеротренинга мы используем следующую формулу: “Программа лечебного занятия завершена... Теперь, когда Вы будете выполнять упражнения самостоятельно, реализация самовнушений будет происходить легко и быстро, так как в это время Вы будете вспоминать мой голос, мои слова, мои внушения, которые помогут Вам в реализации самовнушений”. Предлагаемая формула оказывает суггестивное воздействие на пациента и тем самым облегчает и ускоряет обучение упражнениям АТ.

Занятия АТ с врачом целесообразно проводить не менее 3 раз в неделю. После усвоения каждого из упражнений и при обучении последующим больной самостоятельно выполняет предыдущие упражнения, что, естественно, уменьшает продолжительность лечебного занятия. Это обусловлено тем, что освоенное упражнение выполняется гораздо быстрее, чем врач успевает проговорить все предусмотренные текстом формулы, и, таким образом, как бы искусственно навязывает затянутый ритм выполнения упражнений, что не оправдано ни с лечебной, ни с экономической точек зрения. Усвоение с терапевтом нового упражнения начинается с того момента, как пациент по предварительной договоренности поднимает указательный палец правой рукой.

При самостоятельном выполнении АТ на начальных этапах освоения ее упражнений рецептура аутосуггестии включает в себя и формулы подтекста, которые произносятся внутренним голосом от первого лица. Естественно, что фраза: “Повторите про себя сказанные мною слова...” редуцируется изначально. С течением времени рецептура подтекста, а впоследствии и основная формула становятся более краткими, что на-

ходится в прямой зависимости от степени усвоения каждого из упражнений.

Больным дается стандартная рекомендация самостоятельно заниматься АТ 2-3 раза в день: утром (после пробуждения), вечером (перед засыпанием), а при наличии возможностей — и в дневное время. Предпочтительно выполнять упражнения в положении лежа на спине.

Каждое из описанных упражнений осваивается в течение 5-7 дней. Таким образом, общая продолжительность обучения АТ составляет 2-3 нед.

Следует, ответить, что иногда уже при выполнении второго упражнения у некоторых больных возникало выраженное напряжение члена, достигающее 80% и более.

С целью коррекции неуверенности в успехе интимной близости, эмоциональных и сомато-вегетативных нарушений накануне и во время полового акта, а также конкретных сексопатологических симптомов используются индивидуально подобранные формулы самовнушений. Включение их в программу занятия возможно уже во время усвоения 1-го упражнения АТ, что приближает получение конкретных результатов. В случае отсутствия расстройств эрекции необходимость в освоении 2-го и 3-го упражнений отпадает и, таким образом, курс обучения АТ значительно сокращается.

Нами часто используется сочетание АТ с гипнозом. В данном случае после окончания выполнения осваиваемого при гетеротренинге упражнения мы просто проводим лечебные внушения, предварительно сообщив больному, что теперь его память, его нервная система, весь его организм настраиваются на восприятие целебных внушений. Это делается потому, что сочетание АТ и гипноза обладает взаимопотенцирующим эффектом. С другой стороны, целью лечебного курса АТ является не просто освоение всех ее упражнений, а выздоровление. Используя АТ в сочетании с гипнозом, мы нередко добиваемся исцеления больного задолго до того, как он освоит все упражнения АТ и, таким образом, искусственно не затягиваем период лечения. Это, конечно, вовсе не исключает того, что и после ликвидации сексуального расстройства часть мужчин захочет продолжить обучение АТ вплоть до полного ее освоения, так как владение АТ во всем объеме, тем более при систематическом выполнении, способствует профилактике повторных сексуальных нарушений. Однако следует отметить, что у большинства мужчин интерес к АТ исчезает сразу же после ликвидации полового расстройства.

Нами были составлены, формулы самовнушений, проводимых на фоне выполнения упражнений АТ. Приведем лишь те из них, которые наиболее часто использовались при лечении больных со СТОСН.

Так, с целью ликвидации эрекцияльных нарушений, обусловленных тревожным ожиданием неудачи, мы рекомендуем следующую рецептуру самовнушений: “В преддверии интимной близости я совершенно спокоен и уверен в своих сексуальных возможностях... Во время ласк и поцелуев полностью погружаюсь в приятные ощущения, растворяюсь в них... Все остальное в это время отходит на второй план, теряет смысл и значение... Единственной реальностью являются испытываемые мною сладострастные ощущения... Во время ласк и поцелуев, благодаря усиленному притоку крови к половому члену, он значительно увеличивается в размерах, становится большим, твердым, негибким... Введение его удастся осуществить легко. На протяжении всего полового акта напряжение члена устойчивое, хорошее... Половой акт пройдет успешно...”.

При ускоренном семяизвержении следует использовать формулы, включающие настрой на спокойствие и уверенность в себе во время интимной близости, медленное, постепенное нарастание полового возбуждения, уменьшение чувствительности головки полового члена при фрикциях, приобретение способности регулировать уровень возбуждения при половом акте. Используемая нами рецептура имеет примерно следующий вид: “Во время интимной близости я спокоен..., возбуждение при фрикциях нарастает медленно... Уменьшается чувствительность головки полового члена... Отныне при половом сближении испытываю в ней лишь легкие приятные ощущения... Возбуждение нарастает постепенно... Приобретаю способность контроля над уровнем полового возбуждения, отныне я могу его регулировать... Половой акт будет протекать долго, очень долго...”.

При снижении либидо мы рекомендуем следующие самовнушения: “Голос партнерши, ее вид, прикосновения, ласки, поцелуи мне очень приятны... Присутствие партнерши вызывает сильное желание обладания ею, потребность “слиться” в единое целое, желание раствориться друг в друге”.

Описанная модификация АТ была применена нами в системе лечебных мероприятий у 20 больных мужчин с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи невротического генеза в возрасте от 21 до 39 лет. В 3 случаях судить о результатах лечения не представлялось возможным, так как за время его проведения пациенты не установили интимный контакт с лицами противоположного пола. Анализ терапевтической эффективности АТ у остальных 17 больных выявил следующее. Положительные результаты были зафиксированы у 15 пациентов (88,2%). В 9 набл. (52,9%) отмечалось выздоровление, в 4 набл. (23,5%) — значительное улучшение, в 2 набл. (11,8%) — улучшение. Лечебный эффект отсутствовал всего в 2 набл. (11,8%). В одном из них помогло использование метода “гинекологическое положение”, а в другом была отмечена резистентность и по отношению к иным психотерапевтическим воздействиям, включая барбитуровый наркогипноз.

Свидетельством высокой эффективности предложенной нами модификации АТ может служить и публикация А. Н. Пахалкова (1990), где автор делится опытом ее применения при “функциональных” сексу-

альных расстройствах, проявляющихся ускоренным семяизвержением, когда АТ использовалась в сочетании с медикаментозными средствами, а при необходимости — и с массажем предстательной железы. Было проведено лечение 100 больных. Автор указывает, что у всех этих пациентов, которые овладели АТ, нивелировалась невротическая симптоматика и было достигнуто более спокойное отношение к своей сексуальной проблеме. Отмечается, что снижение эмоционального напряжения в предварительном периоде было достигнуто в 90% наблюдений, у 45% больных увеличилась продолжительность полового акта, а 38% пациентов приобрели способность волевого контроля над уровнем полового возбуждения, что дало им возможность по собственному желанию удлинять коитус.

Система эротической сенситизации. При синдроме тревожного ожидания неудачи сексуальные нарушения могут быть обусловлены не только явлениями гиперконтроля хода интимного сближения, но и вызванной им своеобразной частичной или почти полной блокадой специфического эротического сенсорного притока. Пациенты нередко жалуются, что в предварительном или, если интроекция удалась, основном периоде полового акта они плохо чувствуют приятные ощущения при телесном контакте с женщиной, а иногда даже почти не чувствуют их. Понятно, что это лимитирует рост сексуального возбуждения, а также затрудняет его удержание на достигнутом уровне. По нашим данным, некоторые пациенты для обеспечения более успешного протекания полового акта стараются сосредоточиться на приятных ощущениях, испытываемых при телесном контакте с женщиной, что подчас приносит ощутимые результаты. Учитывая вышеперечисленное, была предпринята попытка создания системы мероприятий, обеспечивающих неослабевающий сенсорный приток во время интимной близости, которая была названа системой эротической сенситизации. Обычно предваряет применение этой системы вышеупомянутая техника разъясняющей дискредитации, а также объяснение роли нормального эротического сенсорного притока для сексуального возбуждения. Сама система состоит из ряда взаимодействующих компонентов. Одним из указанных компонентов являются внушения, проводимые в гипнотическом состоянии, направленные на усиление приятных ощущений, испытываемых как в предварительном периоде (ласки, поцелуи), так и во время фрикций. При этом суггестируется не только обостренное восприятие данных ощущений, но также “погружение” и “растворение” в них. Указывается, что все остальное в это время теряет всякий смысл и значение и единственной реальностью для пациента являются охватившие все его существо приятные сладострастные ощущения и т. п. Другой

компонент системы — тренировки, проводимые вне интимной близости, создающие своеобразный настрой-готовность к восприятию приятных ощущений во время сближения с помощью самовнушений и образных представлений. Рекомендуются представлять себя в обстановке полового акта, полностью отдавшись во власть приятных ощущений, испытываемых при телесном контакте с партнершей (ласках, поцелуях, фрикциях). Образные представления сочетаются с соответствующими самовнушениями. Третью составную часть системы представляет своеобразный тренинг восприятия эротических стимулов во время прелюдии, а также в дальнейшем ходе интимной близости. Пациенту дается инструкция, что в этот период он должен быть сосредоточен на приятных ощущениях и культивировать их. При этом для облегчения достижения ожидаемых результатов подключается аутосуггестия, оперирующая следующими формулами: “Я полностью погружаюсь в приятные ощущения, растворяюсь в них, теряюсь в них” и т. п.

Описанная система имеет следующие саногенные детерминанты:

- 1) противостоит функционирующему у больных с синдромом ожидания неудачи механизму гиперконтроля, который является патогенным, реализующимся рядом конкретных проявлений; ее выполнение требует привлечения активного внимания, должного сосредоточения, что ослабляет гиперконтроль и, таким образом, уменьшает патогенное влияние механизма неадекватной психологической защиты;
- 2) стимулирует сексуальную возбудимость, направлена к решению возникших трудностей на конструктивной основе, способствует редукации эмоционального напряжения, а следовательно, является совладающей и направлена на обеспечение нормального протекания полового акта.

Способ коррекции поведенческих программ (СКПП). Нами разработан способ лечения ряда психогенных расстройств, который был апробирован в основном у мужчин со СТОСН невротического генеза. Его характеризуют:

- 1) быстрый и стойкий лечебный эффект;
- 2) малая продолжительность сеанса (процедура занимает по времени от 5 до 10 мин, а собственно терапевтический ее компонент исчисляется 3-5 мин);
- 3) отсутствие необходимости в создании каких-либо специальных условий (например, сенсорной депривации);
- 4) возможность оценивать тяжесть состояния больного и прогнозировать эффективность применяемых психотерапевтических воздействий;
- 5) отсутствие каких-либо осложнений.

Способ объединяет возможности разработанного нами варианта применения нейролингвистического программирования (НЛП) с возможностями суггестии (с обусловливанием) 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 (R. Bandler, J. Grinder, 1979), являющийся в данном подходе основой для некоторых терапевтических техник (L. Cameron-Bandler, 1985). Сущность указанного метода заключается в формировании условных рефлексов, однако с этой целью не используются ни рвотные средства, ни электрические разряды, ни какие-либо другие вспомогательные средства. В данном случае обусловливание осуществляется с помощью “якоря”, представляющего собой определенный стимул (кинестетический, аудиальный, визуальный и т. д.), который в процессе психотерапии ассоциируется с определенным переживанием. После того как это произошло, стимул сам по себе может вызвать сцепленное с ним переживание. Так, например, если попросить пациента вспомнить возникающие у него в психотравмирующей ситуации переживания и связанные с ними ощущения и прикоснуться к его правому плечу, то в последующем одно такое прикосновение сможет вызвать данные переживания и ощущения. Это в равной степени касается и влияния прикосновения к левому плечу, если, например, указанное действие предварительно сочеталось с ощущением уверенности в себе, возникающим в определенных обстоятельствах, которые были репродуцированы с помощью воображения. Процесс использования стимула носит название “постановки на якорь”. Таким стимулом, помимо прикосновения к определенной части тела (применение кинестетического “якоря”), могут быть определенная фраза, изменение тона голоса или его силы, какой-то зрительный стимул (например, выражение лица человека, с которым осуществляется коммуникация), запах (например, духов или одеколона) и т. д. Отсутствие знаний о “якорях” и их действии подчас может играть крайне отрицательную роль как в лечебном процессе, так и в обыденной жизни. В связи с этим R. Bandler и J. Grinder (1979) сообщают о курьезе, произошедшем с психотерапевтом, который в течение сеанса убрал и вернул на место фобии 9 раз. В конце этого сеанса он сказал: “Да, в следующий раз мы должны поработать над этим еще больше”. Человек не может делать ничего, что нельзя было бы закрепить с помощью “якоря”. “Якоря” можно расставлять как с вовлечением сознания, так и без его вовлечения. Ценность метода “якоря”

заключается в том, что он обеспечивает возможность доступа к поистине неисчерпаемым ресурсам человеческой психики.

После этой необходимой для понимания техники проведения способа коррекции поведенческих программ преамбулы опишем его непосредственно.

Он 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 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.

Технология процедуры (как на первом, так и на втором этапах больной и врач сидят или стоят напротив друг друга) следующая.

Первый этап. Врач охватывает кистью левой руки запястье правой руки больного и просит его как можно более четко представить себе неудачный половой акт. После наступления визуализации делается внушение, что сейчас образ неудачного полового акта потеряет свою яркость, потом начнет мелькать, а затем и вовсе исчезнет. При этом врач просит пациента, чтобы он не был пассивен, а всеми силами старался удержать образ. Одновременно внушается, что чем больше пациент будет стремиться удержать его, тем меньше это будет ему удаваться, так как его организму (памяти, психике, нервной системе) не нужна данная патологическая программа, и он будет избавляться от нее. Поэтому, заключает врач, образ некачественного или неудавшегося полового акта полностью “сотрется”.

Такой порядок ожидаемых изменений образа (снижение яркости → мелькание → исчезновение) предполагается на том основании, что именно он чаще всего возникал при осуществлении описанных воздействий. Следует подчеркнуть, что во избежание потери доверия больного к врачу в том случае, если реализация суггестии не наступит, что бывает редко, или будет частичной, рекомендуется включать в формулу внушения слова “... и может так случиться, что ...”. После этого называют желательные изменения. Такого принципа построения внушений целесообразно придерживаться на протяжении всего лечебного сеанса. При произнесении внушения смысловое ударение надо делать именно на словах, следующих за указанной вводной фразой. Как правило, в результате описанной выше суггестии наступают обещанные больному изменения, которым он пытался противостоять, удерживая образ нека-

чественного или даже неудавшегося полового акта. Лишь изредка конечным результатом является мелькание поблекшего образа или его тусклость.

После того как удалось произвести уничтожение образа, мы даем больному инструкцию по его восстановлению. Больной трижды пытается воспроизвести стертый образ. Перед каждой такой попыткой проводится внушение, что чем настойчивее он будет пытаться сделать это, тем меньше это будет ему удаваться, и может так случиться, что образ вообще больше не появится, поскольку патологическая программа не нужна организму. Обычно так и происходит. Реже образ возникает в значительно потускневшем виде либо отмечается мелькание данного поблекшего представления. Исключительно редко происходит полное восстановление его яркости.

Затем врач охватывает своей правой кистью запястье левой руки пациента и просит его представить последний нормально протекавший половой акт с женщиной. При этом речь может идти как о половом акте с нынешней партнершей, так и с другой, если с нынешней партнершей полноценного сближения никогда не было. Если яркость возникшего образа недостаточна, ее следует суггестивно усилить (точно так же мы поступаем и при недостаточной яркости визуального воспроизведения некачественного или неудавшегося полового акта). При достижении хорошей яркости визуального представления делаются внушения следующего содержания. Отмечается, что сейчас больной будет пытаться избавиться от данного образа, и чем больше он будет стремиться к этому, тем меньше это будет ему удаваться, так как его организму (памяти, психике, нервной системе) нужна нормальная (“здоровая”) программа. Суггестируется, что образ будет устойчивым, непоколебимым и, вопреки стараниям пациента, может случиться так, что он не исчезнет. Попытка уничтожения образа производится трижды. Как правило, образ действительно не исчезает, а его яркость либо остается прежней, либо, что встречается реже, несколько уменьшается.

В том случае, когда полноценные половые акты наблюдались лишь с предыдущими партнершами, а с нынешней таковых не было, прежде чем начать воздействовать на образ, пытаясь его ликвидировать, следует в воображении произвести замену прежней партнерши на нынешнюю, с которой нормального полового акта никогда не было. Желательно, чтобы ликвидации этого нового образа предшествовало несколько сеансов по укреплению новой программы (“... программа, подобно дереву, пускает глубокие корни, укрепляется, становится прочной” и т. д.). Описанный вариант психотерапии технически несколько труднее предыдущего и требует большего количества лечебных сеансов. Еще большую

трудность представляют случаи, когда пациент вообще никогда в течение жизни не совершил полноценного полового акта или, более того, в его сексуальной практике наблюдались только истинные или даже мнимые попытки. Тогда мы просим больного конструировать визуальный образ полноценного полового акта с той женщиной, с которой он встречается. Как и в предыдущем варианте, нецелесообразно сразу идти на уничтожение образа нормально протекающего полового акта. Эту хрупкую формирующуюся программу следует предварительно суггестивно укрепить в течение нескольких сеансов, а затем уже попытаться “ликвидировать” образ.

Завершается первый этап работы в каждом из указанных вариантов суггестией, что в преддверии и во время интимной близости пациент будет совершенно спокоен и уверен в себе. Далее проводятся внушения, направленные на программирование нормально протекающего полового акта. Больному внушается, что половые акты будут протекать так же, как и воображаемые. Это делается следующим образом. Врач говорит пациенту, что отныне перед интимной близостью и во время нее он будет совершенно спокоен и уверен в своих сексуальных возможностях, так же, как и сейчас, в своем зрительном представлении. Точно таким же образом обыгрываются отдельные функциональные характеристики копулятивного цикла и возникающие при половом акте ощущения.

На втором этапе, целью которого является определение эффективности лечебной процедуры, а следовательно, и возможность прогнозирования улучшения, выздоровления и их сроков, мы прибегаем к использованию кинестетических “якорей”, сочетающемуся с просьбой увидеть “всплывающий” при этом образ полового акта. Вначале врач охватывает левой кистью запястье правой руки пациента и спрашивает его, образ какого полового акта он видит. Обычно при хорошей реакции на лечебные воздействия всплывает образ полноценного полового акта. Затем врач одновременно охватывает правое и левое запястье больного своими кистями и вновь спрашивает, образ какого полового акта при этом возникает. Очень часто пациент опять видит хороший половой акт. В заключение врач охватывает левое запястье пациента правой кистью и в очередной раз повторяет свой вопрос. Больной, как правило, снова отвечает, что возник образ полноценного интимного сближения. На этом лечебный сеанс заканчивается.

Следует подчеркнуть, что об особой прогностической благоприятности можно говорить в тех случаях, когда отмечается полная или выраженная реализация суггестивных воздействий. При отборе пациентов для проведения данного способа лечения необходимо исключать лиц, которые в силу различных причин испытывают трудности направлен-

ной 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 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 ч до предполагаемого полового акта. 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 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 одном из этих случаев зафиксировано неосознаваемое больным психическое сопротивление проводимой терапии, наличие которого подтвердилось и при последующем гипнотическом сеансе. В другом наблюдении с аналогичным исходом отмечалась плохая реализация внушений, что объяснялось пожилым возрастом больного (66 лет) и заметным ухудшением у него в связи с этим пластичности психических процессов.

В заключение следует отметить, что СКПП содержит в себе большие возможности при его творческом применении и может быть использован для лечения различных (не только сексологических) заболеваний, где требуется создание или восстановление нормальных программ каких-либо поведенческих актов.

5. 3. Дифференцированная психотерапевтическая коррекция и результаты лечения

Как показали наши исследования, синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи оказался неоднородным по многим характеристикам: осознанности больным его патогенного влияния на сексуальные функции; времени возникновения по отношению к манифестации полового расстройства (доманифестный, манифестный и постманифестный варианты); клиническим разновидностям (тотальный, селективный,

континуальный, альтернирующий); роли в формировании целостного сексуального расстройства (отсутствие таковой, вспомогательная, основная, а может быть, и единственная); семантическим вариантам; внекоитальным модификациям поведения; личностному преморбиду; нозологической специфике. Помимо этого, существовали разлитая в партнерской ситуации. Все перечисленное диктует необходимость неоднозначного подхода к лечению изучавшегося синдрома, предполагающего его дифференцированную психотерапевтическую коррекцию.

Как показали наши исследования, больные не всегда осознают патогенное влияние тревожного ожидания неудачи на сексуальную сферу, что требует проведения соответствующей разъяснительной работы, которая сама по себе (пациента дополнительно лишь инструктируют, чтобы он не опасался возможной неудачи во время интимной близости), без всякого дополнительного лечения, в некоторых случаях на ранних этапах развития СТОСН может привести к ликвидации этого ожидания, а соответственно, и полового расстройства.

В тех случаях, когда СТОСН возник до сексуального дебюта, следует определять его истоки, проводить поиск смысловых значений тревожного ожидания неудачи, широкую информационно-разъяснительную работу, сочетающуюся с рекомендациями по изучению популярной сексологической литературы, коррекцию ошибок суждения (разъяснительная, рациональная и когнитивная психотерапия), что подчас может сочетаться с АТ (в тех случаях, когда прогнозируется способность пациента к овладению ее упражнениями). Когда же тревожное ожидание неудачи является отражением общих коммуникативных затруднений или сложностей, связанных с установлением специфических межличностных контактов с представителями женского пола, показано проведение коммуникативного тренинга как в естественных условиях (согласно инструкциям терапевта), так и в психотерапевтической группе. При проведении групповой психотерапии с различной ориентацией “расшатываются” зафиксированные патологические стереотипы поведения.

В тех случаях, когда СТОСН появляется всякий раз при первых половых контактах с новой партнершей, помимо разъяснительных мероприятий, следует обучать пациента самовнушению в бодрствующем состоянии и на фоне мышечной релаксации, а также ориентировать его на проведение конструктивной ритуализации и эротической аутосенситизации. Во время прелюдии может оказаться эффективным переключение внимания с использованием репродуцируемых и конструируемых сюжетов, связанных с имевшим место или воображаемым позитивным сексуальным опытом. Учитывая систематичность сексуальных наруше-

ний в начальном периоде отношений с каждой новой партнершей, перед интимной близостью с ней (приблизительно за 2 ч) можно рекомендовать мужчинам прием транквилизаторов или малых нейролептиков (френолон, соннапакс) в оптимальных дозах, проводя психотерапевтическое потенцирование их фармакологического действия.

Что касается рекомендаций в отношении психотерапевтических мероприятий, осуществляемых в зависимости от клинических вариантов СТОСН, то следует отметить часто возникающую перед врачом дилемму, какой лечебной тактики следует придерживаться с пациентами, у которых с женой нет никаких сексуальных затруднений, а во внебрачной связи они имеют место. Некоторые врачи могут принять позицию моралиста и отказать больному в лечении на том основании, что внебрачных связей не должно быть. Другие могут заявить мужчине, что он не способен быть любовником. По нашему мнению, исходить из постулата, что семья во всех случаях незыблема (чтобы ни случилось и какими плохими не были бы отношения между супругами) — это абстракция, не подтверждаемая реальной действительностью. Но даже когда речь идет о малозначимых для пациента связях, ему не следует внушать, что он не может быть любовником (например, в связи с тем, что у него слабая половая конституция). Кроме возникновения комплекса неполноценности такими воздействиями ничего нельзя добиться. Более правильно в указанных случаях объяснить фиаско новизной ситуации и сменой партнерши, возможно, чувством вины. Мы считаем целесообразным дать мужчине возможность реализовать свои потребности, если связь с данной партнершей является для него значимой, а тем более ситуационно оправданной, а затем поступать так, как он сам считает нужным. Отказ пациента от внебрачных половых связей должен осуществляться исходя из позиции достаточности, а не невозможности.

Следует подчеркнуть, что больные с селективной формой изучавшегося синдрома находятся в более выгодном положении по сравнению с теми, у которых речь идет о тотальном его варианте. Также более легким следует считать альтернирующее течение СТОСН по сравнению с континуальным. В указанных более благоприятных клинических вариантах имеются “здоровые зоны”, которые не только морально поддерживают пациентов, но и являются значительной опорой для проводимой психотерапии.

Вспомогательная роль синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи в формировании целостного сексуального расстройства уменьшает роль психотерапии, мишенью которой в основном является психогенный радикал. Большее значение в этих случаях приобретает биологическая терапия. Но и в тех наблюдениях, когда ведущая или

даже единственная роль в организации полового расстройства принадлежит изучавшемуся синдрому, не следует игнорировать возможности, например, медикаментозного лечения, так как психотерапевтические методы и биологическая терапия потенцируют друг друга. С одной стороны, это облегчает психотерапевтические усилия, а с другой — позволяет применять меньшие дозы лекарственных средств. Для лечения СТОСН из психофармакологических препаратов гораздо чаще применялись транквилизаторы. Чтобы избежать возможного депотенцирующего влияния средств данной группы, предпочтение отдавалось “дневным” транквилизаторам (триоксазину и др.), которые назначались в малых и средних дозах. Если выраженность тревожного ожидания неудачи была велика, то рекомендовались транквилизаторы, обладающие более сильным действием (реланиум, феназепам и др.) В каждом случае при выборе эффективного препарата и его дозы мы прогнозировали возможные положительные и отрицательные эффекты от его применения. Направляющими этот выбор правилами были следующие. Первое из них гласит, что не следует палить из пушки по воробьям, и это соответствует одному из принципов гиппократовской медицины. Согласно же второму правилу, недостаточная доза применяемого препарата ведет к малой эффективности лечения и хронизации патологического процесса (Г. Я. Авруцкий, А. А. Недува, 1981). Гораздо реже нами применялись малые нейролептики (френолон, сонапакс) в малых дозах и еще реже — антидепрессанты. При отсутствии астенической симптоматики или малой ее выраженности транквилизаторы или малые нейролептики назначались только перед половым актом (в среднем за 2 ч). Если же отмечалась выраженная общевротическая симптоматика, то возникала необходимость в назначении курсовой психофармакотерапии. Предпочтительный выбор транквилизаторов для лечения наших больных, страдавших преимущественно невротами, определялся тем, что их применение способствует довольно быстрому и стойкому восстановлению нарушенных возможностей психической адаптации (Ю. А. Александровский, 1973; А. В. Вельдман, Ю. А. Александровский, 1987). Также известно, что постоянные сомнения, нерешительность, тревожная мнительность, тягостное ощущение собственной неполноценности, которые часто наблюдались у обследованных нами пациентов, в процессе лечения транквилизаторами претерпевают определенную динамику. В первую очередь, как правило, снижается выраженность тревожного беспокойства больного по поводу своего состояния. Психастенические расстройства хотя и сохраняются, но протекают как бы “на холоду”, без аффективной насыщенности. При этом наблюдается своеобразная закономерность: чем больше выражено в ста-

тусе тревожное беспокойство, сопровождающее психастенические переживания, тем значительнее оказывается терапевтическое действие транквилизаторов (А. В. Вельдман, Ю. А. Александровский, 1987).

Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи при внешнем его однообразии имеет различные семантические варианты, которые отличаются не только в аспекте обеспокоенности больного теми или иными сексуальными нарушениями (эрекционными, эякуляторными), что требует дифференцированного психотерапевтического подхода, но и в плане восприятия пациентом своего состояния на более высоком смысловом уровне, что также нельзя не учитывать при лечении. В этой связи целесообразно отметить, что Соорег (1969), характеризуя коитофобический синдром, указывал, что он включает в себя страх неудачи при выполнении коитуса, боязнь показаться сексуально неполноценным в глазах партнерши и опасение насмешки, а Г. С. Васильченко (1983) отмечал, что при тревожно-фобических вариантах невротических синдромов с первичным (непосредственным) поражением сексуальной сферы при крайнем своеобразии существующих страхов их можно разделить на три основные категории: 1) страх перед самим собой (чаще — боязнь последствий онанизма и “половых излишеств”); 2) страх перед женщиной (чаще — боязнь ее суждения и осуждения); 3) страх перед коитусом. Следует отметить, что по нашим наблюдениям определенную роль у холостых мужчин или при внебрачных сексуальных попытках (гораздо реже в супружестве) имеет боязнь разглашения сведений о сексуальном расстройстве, что ведет к ограничению числа лиц, с которыми мужчина пытается совершить половые акты после постигших его неудач. Также необходимо вспомнить и о выявленных нами андроцентрическом, феминцентрическом и смешанном вариантах СТОСН.

Если стать на позиции когнитивной психотерапии, которая получила широкое распространение в психиатрии на Западе (А. Galinowski et al., 1986; Е. Krebs-Roubicek, 1987), то в первую очередь следует интересоваться мыслями больного, которые предшествуют эмоциональным нарушениям (А. Т. Веck, 1976), а применительно к СТОСН являются первоисточником копулятивных нарушений. По нашему мнению, следует анализировать не только те мысли, которые находятся на поверхности (“надводная часть айсберга”) и ведут к сексуальным нарушениям, но и те глубинные первичные мысли (“подводная часть айсберга”), которые порождают первые из указанных мыслей. Так, например, в основе опасений исчезновения эрекции во время интимной близости могут лежать мысли о пагубных последствиях онанизма.

Различные семантические варианты СТОСН требуют дифференцированного подхода к их лечению. Так, например, если удастся установить, что в основе тревожного ожидания неудачи лежит обеспокоенность больного своим собственным состоянием, а не переживаниями партнерши (андроцентрический вариант СТОСН), то, помимо других лечебных (в том числе психотерапевтических) мероприятий, следует осуществлять такие, которые изменяют отношение пациента к своему расстройству (“угол восприятия” происходящего). С указанной целью может быть использован разработанный нами психотерапевтический прием — “снижение ранга значимости полового расстройства”, а также другие приемы, уводящие пациента от “эгоистического” восприятия сексуальных нарушений. Помимо этого, в упомянутых случаях целесообразно побуждать пациента во время интимной близости отождествляться с переживаниями и ощущениями партнерши, что само по себе может способствовать улучшению качества полового акта. В случаях же феминистического характера изучавшегося синдрома может быть применена предложенная нами техника — “психотерапия с учетом механизма проекции”, направленная против “вкладывания” своих мыслей в голову партнерши и развенчивающая представление о ее сексуальном вампиризме. При необходимости в этих случаях может быть применен разработанный нами прием “расширение сознания”.

Если мысли больного о конкретных сексуальных нарушениях (эрекция, эякуляция) должны учитываться преимущественно при построении формул внушения и самовнушения, проводимого в бодрствующем состоянии пациента, а также трансом (во время гипнотерапии или АТ), то более глубинные по своему смысловому значению страхи в основном становятся объектом разъяснительной, рациональной и когнитивной психотерапии.

Психотерапия больных с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи должна различаться и в зависимости от довольно часто наблюдаемых у них различных модификаций поведения, отмечающихся вне интимной близости. Как показали наши исследования, если в ряде случаев эти изменения направлены на ликвидацию возникшего расстройства, то в других явно искажают действительность, деструктивны, значительно нарушают отношения в партнерской паре, что может вести к дальнейшему усугублению создавшегося положения. Все изменения поведения, мешающие выздоровлению, а также поддерживающие сексуальную дисгармонию, вследствие неконструктивного поведения пациента с женой, должны стать объектом психокоррекционных воздействий. Вместе с тем следует помнить о том, что искажения поведения больных, обусловленные сексуальными расстройствами, носят

динамический характер и могут самостоятельно нивелироваться после нормализации сексуальных функций.

Нозологическая специфика СТОСН также должна учитываться при определении объема и характера осуществляемых терапевтических мероприятий, что тесно связано и с личностными особенностями больных, так как выраженность и течение этого синдрома определяются как тем, так и другим. Например, совершенно ясно, что невроз ожидания неудачи, существующий на гармоничном личностном фоне, требует гораздо меньше усилий со стороны врача, нежели у больных, где тревожное ожидание неудачи является лишь одним из проявлений личностной дисгармонии, обусловленной существованием психастенической психопатии со свойственными для людей, страдающих ею, сомнениями, неуверенностью в себе, в том числе и в сексуальной сфере. Еще с большими трудностями приходится сталкиваться в тех случаях, когда речь идет о СТОСН, обусловленном наблюдающимися при шизофрении психопатологическими синдромами (сенестопатическим, ипохондрическим, паранойальным и др.), что обычно побуждает сексопатолога к параллельной курации этих больных совместно с психиатром. Нередко же такие пациенты, первоначально обратившиеся за лечебной помощью к сексопатологу, что определяется для них большой актуальностью половых расстройств, в силу обострения шизофренического процесса должны быть полностью переадресованы психиатрической службе с целью интенсивного их лечения, после чего целесообразно одновременное их ведение психиатром и сексопатологом.

В связи с вышеизложенным следует указать, что при определении психотерапевтической тактики в каждом конкретном случае необходимо учитывать, какой фактор является главным в возникновении синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи (психогенный или эндогенный). Тогда, когда основная роль в его возникновении принадлежит экзогенному психотравмирующему влиянию, помимо использования разъяснительной, рациональной и когнитивной психотерапии, значительное место должно отводиться таким методам, как гипносуггестивная терапия, нейролингвистическое программирование и др. Вместе с тем варианты СТОСН, где большую роль в возникновении последнего играет "почва", предполагают первостепенное значение средств, систематически используемых для глубокой, личностно-ориентированной работы (рациональная и когнитивная психотерапия). В ряде случаев, например, при психастении, может быть показана АТ.

Вопрос об особенностях подбора эффективных психотерапевтических воздействий при СТОСН невротического генеза должен базироваться и на сведениях о личностном преморбиде. Так, если гармоничный

личностный склад не лимитирует использование каких-либо психотерапевтических методов, то наличие определенных акцентуаций и психопатий нацеливает на подбор тех средств, которые в данном конкретном случае оказались бы эффективными. Например, при определении адекватных психотерапевтических воздействий у больных с психастеническими и истероидными чертами характера можно было бы ориентироваться на нашедшее отражение в специальной литературе мнение о малой гипнабельности первых и высокой — вторых. Исходя из этого пациентам психастенического склада рекомендуют, в частности, проводить рациональную психотерапию и АТ, а больным с истероидным характерологическим радикалом — гипнотерапию.

Приведенные рекомендации не должны восприниматься как нечто абсолютное, незыблемое и неоспоримое. Так, В. С. Лобзин и М. М. Решетников (1986) отмечают, что АТ может быть эффективна и при истероидной психопатии, а М. Е. Бурно (1979), ссылаясь на свой опыт, сообщает, что занятия АТ у страдающих психастенией проходят с трудом и непродуктивны вследствие нетерпения, склонности их к невольному анализу, размышлению при выполнении упражнений. Из-за того, что эти больные скорее “акустичны”, чем “визуальны”, у них отмечаются затруднения при освоении упражнений высшей ступени АТ. Упомянутый автор также утверждает, что пациентам с указанной патологией показан гипноз-отдых, включающий ободряющие внушения. Р. А. Зачепиский (1979), обсуждая вопрос о лечении больных истерическим неврозом (из контекста следует, что речь идет о тех из них, у которых имеются истероидные черты характера), подчеркивает, что основной задачей их патогенетически обоснованной психотерапии является перестройка нарушенных отношений личности, направленная на преодоление неадекватных притязаний и на ее ресоциализацию. Для осуществления этой перестройки в качестве одного из средств он рекомендует использовать “индивидуальную вербальную психотерапию”.

По нашему мнению, выбор психотерапевтических методов и методик в каждом конкретном случае должен решаться строго индивидуально, что тем не менее предполагает ориентацию на выявленные у больных характерологические особенности. Указанная ориентация предусматривает определенный стиль поведения врача, предпочтительные методы психотерапии, их различный удельный вес в лечебном процессе и отличающиеся варианты применения этих методов.

Большое значение для эффективного лечения изучавшегося синдрома имеет учет конкретной партнерской ситуации. Необходимо отметить, что наличие постоянной партнерши, положительно расположенной к пациенту и ориентированной на его лечение, при данной патологии

является одним из существенных терапевтических факторов. Это подтверждается примерами излечения больных со СТОСН даже без врачебного вмешательства в случаях тактичного отношения понимающей и любящей женщины. Наоборот, усилия даже самого опытного и знающего сексопатолога могут оказаться тщетными тогда, когда партнерша отказывается от сотрудничества. Так, например, в одном из наших наблюдений (больной К., 30 лет, разведен), где речь шла о неврозе ожидания неудачи, партнерша пациента, на которой он собирался жениться, первоначально после беседы с врачом согласилась “терпеть” некоторое время, пока в результате лечения не нормализуется половая функция пациента. В дальнейшем, однако, в связи с тем, что оргазм наступал у нее исключительно редко, участились упреки с ее стороны. Это привело к усложнению семантики тревожного ожидания неудачи. Если до начала лечения больной лишь опасался, что наступит быстрое семяизвержение, то теперь к этому присоединилась и неуверенность в качестве эрекции. Хотя ранее пациент никогда не жаловался на плохое напряжение члена, партнерша постоянно говорила ему об этом и часто сравнивала его потенцию и размеры полового члена с потенцией бывшего мужа и величиной его пениса. В результате больной не смог совершать половых актов, так как адекватные эрекции вообще перестали возникать. Вместе с тем спонтанные эрекции были очень сильными. Тогда мы сказали пациенту, что если его партнерша и далее будет вести себя подобным образом, то ему нельзя будет ничем помочь. Спустя несколько дней он сообщил, что после нашей беседы сделал партнерше (состоит с ней в «гражданском браке») ультимативное заявление. Он сказал, что если она не изменит свое поведение, то он оставит ее. Все взвесив и опасаясь остаться одна, без мужчины, который с большим вниманием и заботой относится к ней и ее сыну, а также ощутимо помогает материально, женщина стала вести себя адекватно. Результат сказался немедленно. Сексуальное расстройство полностью нивелировалось без каких-либо дополнительных вмешательств с нашей стороны.

Нередко при лечении мужчины женщина является не только объектом психотерапии, но и выполняет функции сотерапевта. Вместе с тем не каждая партнерша способна стать инструментом психотерапии (Ю. А. Решетняк, 1974).

Подчас врач наталкивается на “стену непонимания” со стороны пациента, который не представляет, зачем нужно приглашать жену, так как болен он, а не она. Ему может вторить и супруга, которая на приглашение посетить врача, переданное пациентом, заявляет ему: “Ты болен, сам и лечись”. В основе такого ответа может быть отсутствие желания налаживать отношения с мужем, неверие в возможность гармонизации

интимных взаимоотношений и низкий уровень осведомленности в сексуальных вопросах, так как половая функция, по мнению многих, ничем не отличается от других. Отсутствие понимания, что эта функция в полной мере реализуется лишь в паре, а ее качество в немалой степени зависит от сексуального партнера, приводит к возникновению следующего вопроса: “Почему, когда беспокоит желудок или любой другой орган, для проведения лечения совершенно не нужна супруга, а в данном случае такая потребность возникла?”. Однако если исходя из прогнозов врача жена может помочь в лечении мужа и гармонизации интимных отношений, а тем более если без ее участия улучшение невозможно, необходимо настаивать на ее посещении с целью привлечения в качестве сотерапевта.

Н. В. Иванов (1967) отмечает, что часто пациент убежден в том, что жена никогда не согласится прийти к врачу, а такое предложение само по себе может ухудшить их отношения. Однако, по мнению автора, чаще всего подобные высказывания не соответствуют реальному положению вещей, а продиктованы позицией больного, направленной на сохранение собственного достоинства. Поэтому стоит быть настойчивым в своих требованиях, что в результате обычно приводит к перелому в позиции пациента. С течением времени он не только не препятствует, но, напротив, предпочитает, чтобы объяснения о сущности его расстройства были сделаны врачом. Вместе с тем Н. В. Иванов отмечает, что в ряде случаев включение женщины в психотерапевтический процесс в силу тех или иных обстоятельств является невозможным.

С момента привлечения партнерши больного к обследованию и лечению “пациентом” становится супружеская (партнерская) пара и задачи сексопатолога не исчерпываются только лечением полового расстройства. Его деятельность направляется на приспособление партнеров друг к другу в самом широком смысле с учетом многих факторов, влияющих на сексуальную гармонию (сексуально-эротическая, психологическая адаптация и т. д.), что в ряде случаев требует подключения к коррекционным мероприятиям психолога-семейного консультанта. С целью гармонизации интимных отношений мужчины и женщины деятельность сексопатолога, помимо решения узко медицинских задач (лечение патологии), направляется на повышение уровня информированности сексуальных партнеров по вопросам сексологии и оптимизацию сексуально-эротического взаимодействия, а также на устранение нарушений межличностной коммуникации, обусловленных, например, негативным восприятием одним партнером характерологических черт другого или различными ролевыми конфликтами в диаде.

При недостаточной осведомленности о норме, физиологических колебаниях и патологии половой функции и неправильной оценке своих сексуальных проявлений следует проводить широкую информационно-разъяснительную работу (разъяснительная психотерапия), включающую и рекомендации по изучению популярной сексологической литературы. Вместе с тем в некоторых случаях допустимо ориентировать пациентов на прочтение подобранных врачом статей и тезисов в специальных журналах и сборниках, а также отдельных выдержек из разделов сексологических руководств и монографий, что может иметь большое психотерапевтическое воздействие, так как они написаны для врачей, а не для “обычных” людей и в представлении больных не “скрашивают” истинное положение. Для усиления психотерапевтического воздействия в этих случаях следует акцентировать внимание пациентов на авторитете специалиста, с печатной продукцией которого они знакомятся.

По нашему опыту, при проведении разъяснительной работы о сущности полового расстройства с партнершами пациентов, у которых отмечается синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи, целесообразно присутствие последних, так как это оказывает на них сильное психотерапевтическое воздействие.

При нарушении сексуально-эротической адаптации также возникает потребность в информационно-разъяснительной работе и рекомендациях по ознакомлению с популярной сексологической литературой. Нередко в таких случаях возникает необходимость в расширении диапазона приемлемости, которое не всегда можно осуществить в силу ригидного отношения к этому одного или обоих партнеров. Последнее может быть обусловлено воспитанием и предшествующим опытом половой жизни. Также в сложившихся обстоятельствах показан сексуально-поведенческий тренинг.

Следует отметить целесообразность использования мануальной стимуляции эрогенных зон гениталий женщины с целью достижения ею оргазма при интимных контактах в период лечения мужчины, так как при длительном течении у него заболевания и продолжительных сроках курации в состоянии здоровья партнерши пациента может наступить существенное ухудшение.

В случаях психологической и социально-психологической дезадаптации супружеской пары, отрицательно влияющей на сексуальную гармонию, возникает необходимость в проведении супружеской, семейной и групповой психотерапии, а также нейролингвистического программирования.

Супружеская терапия представляет собой особую форму психотерапии, которая ориентирована на супружескую пару и ее проблемы. Она призвана помочь супружеской паре преодолеть семейные конфликты и кризисные ситуации, достигнуть гармонизации во взаимоотношениях, обеспечить взаимное удовлетворение потребностей. Супружеская терапия является лечением нарушений супружеских отношений. В практике данного вида лечения превалирует работа с обоими супругами, однако это необязательно. Характеризуемый вид терапии располагает большими возможностями, так как при его проведении можно реализовать различные концептуальные подходы (динамический, бихевиориальный, гуманитарно-психологический, системный, рационально-воспитательный, ценностный и синтетический) и воспользоваться большим арсеналом методик коммуникативного тренинга (S. Kratochvíl, 1991).

В ряде случаев источником нарушений межличностных отношений в супружеской паре, в свою очередь пагубно сказывающихся на сексуальные гармонии, могут явиться неблагоприятные психогенные влияния, исходящие от родителей супругов. Тогда возникает необходимость в проведении семейной терапии, которая в отличие от супружеской распространяется на всю семью в целом.

Для эффективной коррекции межличностных нарушений в супружеской паре может быть применена и групповая психотерапия. В этих случаях один из супругов включается в группу с общей биографической, тематической или интеракционной ориентацией либо используется закрытая группа, состоящая из 3-4 супружеских пар, патогенная ситуация каждой из которых известна остальным членам группы (В. В. Кришталь, Н. К. Агишева, 1985).

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 ЛД-терапию. Нередко проводились хлорэтиловые

блокады области ромба Михаэлиса. Такой широкий диапазон используемых средств обуславливался тем, что очень часто в генезе целостного сексуального расстройства у обследованных нами больных, помимо СТОСН, вспомогательную или ведущую роль играла другая патология.

Лечение было проведено у 200 мужчин в возрасте от 16 до 69 лет. Оценка эффективности терапевтических мероприятий у 152 пациентов выявила следующее. Положительные результаты были зафиксированы у 136 больных (89,5%). В 87 набл. (57,2%) отмечалось выздоровление, в 28 набл. (18,4%) — значительное улучшение, в 21 набл. (13,8%) — улучшение. Лечебный эффект отсутствовал всего в 16 набл. (10,5%). Срок катамнестических наблюдений составил от 1 до 3 лет.

Анализ случаев, где терапевтический эффект либо отсутствовал, либо 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.

Заключение

Данные специальной литературы косвенно свидетельствуют о том, что СТОСН встречается при половых расстройствах у мужчин очень часто. Вместе с тем почти до последнего времени рассматривались отдельные частные аспекты этого синдрома, однако он никогда не становился предметом самостоятельного всестороннего углубленного изучения в аспекте формирования, развития, симптомообразования, клинических проявлений. Не были изучены психологические механизмы его патогенеза, а физиологические лишь постулировались, так как отсутствовало их обоснование, базирующееся на конкретных параклинических исследованиях. Специально не исследовались изменения поведения у больных с указанной патологией, отсутствовали рекомендации по ее дифференцированной психотерапевтической коррекции.

С целью изучения этих актуальных вопросов, а также установления частоты СТОСН нами было обследовано 478 мужчин в возрасте от 16 до 78 лет включительно: 214 пациентов с различными сексуальными расстройствами, обследованных амбулаторно; 254 больных со 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 также привлекались жены (партнерши) пациентов. Использовались клинические методы исследования: психопатологическое, неврологическое, урологическое, андрологическое и специальное сексологическое, включенные в структурный анализ полового расстройства; системно-структурный анализ сексуальной гармонии супружеской пары. Также проводились клиничко-лабораторные (исследование секрета предстательной железы), клиничко-психологические и психологические (специальный опрос, направленный на диагностику психологических функциональных системных механизмов; опросник Шмишека, ММРІ, метод семантического дифференциала в варианте D. Feldes (1976), личностный опросник Бехтеревского института, тесты Розенцвейга и Люшера), физиологические и психофизиологические (ЭЭГ с ритмической световой и вербальной стимуляцией), радиоиммунологические (определение содержания в плазме крови ФСГ, ЛГ, АКТГ, ПРЛ, СТГ, кортизола, ДГЭА, Тс и Е₂), радиоферментные и радиорецепторные (определение активности 5 α -редуктазы в гомогенате кожи лобка и интенсивности поглощения этим гомогенатом ³Н-тестостерона) исследования.

При обследовании 214 пациентов с различными сексуальными расстройствами в возрасте от 19 до 78 лет СТОСН был выявлен у 44 чел.

(20,6%). Это прямо указывает на то, что данный синдром является наиболее универсальным в клинике сексуальных расстройств.

Специальные исследования были посвящены формированию СТОСН, изучавшемуся у 220 пациентов с этой патологией. Оказалось, что всех больных можно разделить на три группы в зависимости от времени возникновения у них упомянутого синдрома по отношению к манифестации сексуального расстройства. В первую группу 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, как правило, протекали без изъянов (манифестное формирование СТОСН). 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%), изучавшийся синдром развивался остро или подостро (спустя одну или несколько неудачных попыток), а у меньшей (64 чел.; 34%) — постепенно (с момента возникновения половых расстройств проходил довольно длительный временной интервал: месяц, годы).

Следует отметить, что было выделено значительное количество психотравмирующих факторов, участвующих в развитии СТОСН, которые объединили в 20 групп (см. табл. 6). Среди пациентов с доманифестным формированием упомянутого синдрома несколько чаще других факторов встречались онанофобия, а также боли и патологические изменения в половых органах. В группе больных с постманифестным развитием СТОСН в его формировании достоверно чаще по сравнению с другими участвовали такие факторы, как копулятивные нарушения (физиологические и патологические), а также упреки и поведение партнерши. При этом первый из указанных факторов в свою очередь отмечался достоверно чаще, чем второй. Сравнение групп с доманифестным и постманифестным формированием СТОСН показало, что как в первой из них, так и во второй в формировании названного синдрома значительно чаще участвует один из психотравмирующих факторов и гораздо реже — два (только в одном случае в группе с доманифестным развитием изучавшегося синдрома было зафиксировано 3 фактора, о которых идет речь). Вместе с тем сопоставление подгрупп с острым-подострым и постепенным постманифестным развитием СТОСН обнаружило, что в первом случае варианты, где только один из психотравмирующих фак-

торов участвовал в формировании сексуального расстройства, встречались достоверно чаще, чем во втором, который характеризовался значительно большим участием в его появлении двух факторов одновременно. С целью углубления представлений о формировании СТОСН нами также были изучены непосредственные причины сексуальных “сбоев”, приведших к постманифестному развитию изучавшегося синдрома у больных с острым-подострым, а также постепенным его развитием (см. табл. 7). Сравнительный анализ этих причин в двух указанных нами подгруппах показал, что в первом случае преобладают “ситуационные” факторы, а во втором — факторы “хронического действия”. Так, истинные расстройства потенции в качестве непосредственных причин “сексуальных сбоев” в подгруппе с постепенным постманифестным развитием СТОСН наблюдались достоверно чаще, чем в подгруппе с острым-подострым его развитием. Кроме этого, если в подгруппе с постепенным развитием изучавшегося синдрома ссоры с женой в качестве непосредственного причинного фактора сексуальных “сбоев” отмечались в 9,7 % набл., то в подгруппе с острым-подострым развитием СТОСН этот фактор вообще не был зафиксирован.

Также нами была проанализирована частота сексологических симптомов, предшествующих развитию СТОСН при острым-подострым, а также постепенном его постманифестном развитии. В результате различных сопоставлений, в том числе и после выделения отдельных подгрупп с различными вариантами постманифестного развития изучавшегося синдрома, где он развился именно вследствие реакции мужчины на копулятивные нарушения, которые по сути явились “стартовыми”, выявилось следующее. На первом месте среди этих нарушений (см. табл. 8) в группе с постманифестным развитием СТОСН (острым-подострым и постепенным) оказались расстройства эрекции, на втором — ускоренное семяизвержение, на третьем — сочетание эрекционных нарушений и ускоренного семяизвержения. Что касается анэякуляции, то она выполняла функцию “старт-симптома” в единичных случаях у пациентов с постепенным постманифестным развитием СТОСН. Отсюда можно сделать вывод, что именно расстройства эрекции являются наиболее значимыми для мужчин. Это вполне объяснило, так как в целом ряде случаев указанные расстройства могут попросту блокировать возможность проведения полового акта. Вместе с тем существенную роль играет и ускоренное семяизвержение, особенно те его варианты, которые практически исключают фрикции. Речь идет о тех случаях, когда эякуляция наступает либо до интроекции (ЕАР), либо в момент введения члена (вариант, промежуточный между ЕАР и ЕРА).

Также нами у 254 чел. изучались клинические проявления СТОСН и факторы, участвующие в формировании сексуальных нарушений при этом синдроме. При сопоставлении частоты выявляемых симптомов в общей группе больных со СТОСН и в “очищенной”, где в возникновении и развитии половых расстройств не принимала участие другая патология, а также в группе пациентов с различными сексуальными расстройствами (литературные данные) обнаружилось следующее (см. табл. 9). В общей группе больных со 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 со СТОСН эякуляторные нарушения наблюдались почти так же часто, как и расстройства либидо. Обращало на себя внимание и достоверное преобладание в этой группе эрекционных нарушений по сравнению с такими же расстройствами в двух остальных группах. При сравнении частоты указанных нарушений в общей группе больных со СТОСН и в группе пациентов с различными половыми расстройствами оказалось, что в первой группе они встречаются достоверно чаще, чем во второй. Расстройства оргазма у больных со СТОСН в “очищенной” группе наблюдались достоверно реже, чем в общей.

Следует ответить, что в обеих характеризуемых группах пациентов со 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 со СТОСН, возникающие 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, 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. Значительную частоту расстройств либидо для пациентов без органически обусловленной сексуальной патологии мы в основном объясняем их эмоциональными реакциями на сексуальную проблематику. Достоверно более частые жалобы больных общей группы на нарушения эякуляции объяснялись наличием иных заболеваний и тем, что СТОСН в ряде случаев выполнял усугубляющую роль, влияя на длительность полового акта в качестве дополнительного фактора. Существенно более частое обнаружение расстройств оргазма в общей группе больных со СТОСН по сравнению с “очищенной” объяснялось влиянием соматических факторов.

Выявленная специфика участия СТОСН в формировании сексологической симптоматики в гораздо большей степени обозначилась 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.

При проведении исследований нами были проанализированы эрекционные нарушения у больных со СТОСН, отмечающиеся во время интимной близости, и выделены их различные варианты.

В соответствии с предложенной концепцией симптомообразования при сексуальных расстройствах было показано, что выявленные у больных со СТОСН симптомы могут быть разделены на основные и производные, а первые, в свою очередь, на симптомы инициативные и симптомы развития. Дана характеристика всех этих симптомов. В частности, показано, что 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 не возникли бы. Сделан вывод, что дифференцирование симптомов на основные и производные, заканчивающееся выбором симптомов-мишеней, каковыми являются основные симптомы, — важный процесс, позволяющий выработать программу адекватной симптоматической терапии.

Помимо вышеназванных сексуальных нарушений, нами у половины больных со 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 со 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 сексуальных 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.

Сделан вывод, что если первые из четырех вышеназванных факторов специфичны для изучавшегося синдрома, то остальные таковыми не являются и могут участвовать в организации копулятивных нарушений при других формах половых расстройств.

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

Изучались и вегетативные нарушения у больных со СТОСН, которые отмечаются у них в обстановке интимной близости. Показано, что они могут носить характер ситуационных пароксизмов и субпароксизмальных состояний симпатико-адреналового или смешанного характера. Использование пробы с “сенсоризацией” СТОСН (описание см. на с.89) позволило увеличить наши диагностические возможности. В частности, с помощью этой пробы у пациентов с изучавшейся патологией удалось выявить психосенсорные нарушения, отмечающиеся у них во время интимной близости. Указаний на эти нарушения у больных со СТОСН в доступной нам специальной литературе мы не встречали.

Помимо симптоматики, имеющей место у мужчин с характеризуемым синдромом во время интимной близости, выявлены нередко беспокоящие 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 отсутствующая 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 252 больным со СТОСН (см. табл. 10 и 11). Сопоставление частоты стержневого поражения составляющих копулятивного цикла у обследованных нами пациентов и мужчин с различными сексуальными расстройствами (литературные

данные) показало вполне закономерное преобладание в нашем материале стержневого поражения психической составляющей. Указанное поражение данной составляющей у обследованных нами больных наблюдалось достоверно чаще, чем нестержневое, что, в частности, было объяснено выраженным декомпенсирующим воздействием поражения этой составляющей на сексуальную сферу, являющимся следствием ее чрезвычайной значимости при изучавшейся патологии. В связи с задачами структурного анализа нами была произведена идентификация клинических форм синдромов, обнаруженных при поражении каждой из составляющих копулятивного цикла. Не останавливаясь на клинической характеристике состояния нейрогуморальной, эрекционной и эякуляторной составляющих, вместе с тем охарактеризуем поражение психической составляющей. Оказалось, 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 невращения 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 изучавшийся 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 изучавшейся патологии на копулятивные нарушения, в 87,5% случаев эта патология играла вспомогательную роль в формировании 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 развиваемой 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.

В результате изучения изменений поведения, сопряженных с интимной близостью, у 118 мужчин со СТОСН, наблюдавшимися при неврозах, акцентуациях и психопатиях, выявлено, что указанные изменения когда-либо имели место у 76 пациентов (64,4%). 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 функционировали одновременно в механизме совладания и компенсации. 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 сосредоточенно внимания пациентов на испытываемых ими приятных ощущениях. Каждая из этих групп подробно охарактеризована. Показано, что феноменология используемых приемов зависит не от того, являются ли они проявлением совладания 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 применялись 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 использовавшихся приемов когда-либо наблюдалась у 52,8% обследованных больных, а ее полное и перманентное отсутствие — у 47,2%. Сделан вывод, что наряду с проведением общепринятой терапии можно помогать пациентам в подборе индивидуально-эффективных приемов психической саморегуляции, о которых идет речь, при необходимости осуществляя соответствующую коррекцию.

Оценка отношения больных к тревожному ожиданию неудачи 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 (см. табл. 12). Осознанность болезненности ТОН чаще сочетается с наличием борьбы с ним, однако эта борьба может и отсутствовать. Вместе с тем указанная борьба редко может иметь 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 со 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 (см. табл. 13). Критериями для их дифференциации явились осознание пациентом болезненного характера тревожного ожидания неудачи и его патогенного влияния, а также наличие борьбы с ним (совладание).

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 (в традиционном его понимании), а на другом — варианты, которые обнаруживают эти признаки в полной мере. Таким образом, указанный континуум как бы демонстрирует процесс постепенного накопления качеств, присущих неврозу навязчивых состояний. Сделано заключение, что больных с рассматриваемой патологией, несмотря на ее различную типологию, вряд ли целесообразно относить к различным классификационным рубрикам. По нашему мнению, во всех этих случаях 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 модификации поведения у 125 больных со СТОСН, наблюдавшимся при неврозах, акцентуациях, 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, обнаруженных нами, модификаций поведения следует назвать следующие. Так, например, часто отмечаются различные уловки, помогающие избегать “угрожающих” 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 со СТОСН не только избегают половых актов, но даже поддерживают контакт с противоположным полом исключительно

на уровне платонического общения, либо, более того, вообще избегают отношений с женщинами. Общаться только на эротическом или даже платоническом уровне пациентам подчас помогает рационализация своего поведения. Нередко больные избегают не только контактов 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 СТОН 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 со СТОН 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 определялось “включением” различных проявлений ее обесценивания, вплоть до возникновения навязчивых представлений неприятного содержания. Изредка обнаруживалась склонность к изменению места жительства, что обуславливалось 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, пытаясь занять себя каким-либо делом. Нередко пациенты со СТОН 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 про-

является как по отношению к жене, так и по отношению к другим людям. В ряде наблюдений можно констатировать сосуществование озлобленности и угодливости по отношению к супруге. 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 со 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 со СТОСН изменялся подход к выбору сексуального партнера. Нередко их выбирали женщины. 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 напряженности, что ухудшало качество половых актов или, 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 со 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 встретиться с диаметрально иными последствиями. 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 ранее (Г. С. Кочарян, А. С. Кочарян, 1986) была построена эвристическая психологическая модель развития СТОСН, опирающаяся на концепцию психологических функциональных системных механизмов, согласно которой в развитии этого синдрома выделялись следующие фазы: формирование, напряжение, коитофобическая или трансформации синдрома, экстрасексуальная альтернатива. В процессе углубленных клинико-психологических исследований выяснилось, что по указанной в модели схеме может формироваться и развиваться только обсессивно-фобический вариант СТОСН.

При проведении исследований изучалось течение СТОСН. Показано, что его выраженность может испытывать различные флюктуации, однако подчас последние не отмечаются. Так, интенсивность тревожно-го ожидания неудачи могла оставаться практически неизменной с момента возникновения изучавшегося синдрома при различной продолжительности его существования, а в ряде наблюдений, напротив, указанное ожидание быстро редуцировалось после своего появления. В части наблюдений отмечалось как бы неуклонное усиление ТОН, а в других — период нарастания его интенсивности сменялся временем ее постоянной выраженности, после чего наблюдалось постепенное ослабление этой интенсивности. Различные ее изменения могут возникать даже на протяжении небольших временных промежутков. Так, отмечено снижение этой интенсивности в просоночном и постпросоночном 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 вариантах течения СТОСН он может быть как тотальным (проявляться в обстановке интимной близости с любой женщиной), так и селективным (быть выра-

женным только по отношению к определенной партнерше). В последнем случае половые акты, проводимые с другими женщинами, протекают без изъяснов. Сделан вывод, что характер течения СТОСН зависит от личностных характеристик, партнерской ситуации, половой конституции. Так, например, при наличии черт тревожной мнительности, ссорах и конфликтах в семье (в первую очередь на сексуальной почве), а также слабой половой конституции возникают предпосылки для затяжного прогрессирующего течения изучавшегося 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 особенностях, которые обусловлены именно его нозологическими корнями. Так, например, при неврозе ожидания неудачи изучавшийся синдром доминирует в клинической картине, у больных неврастенией базисный — 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 характерный синдром имеет эндогенную “окраску”, обуславливается другими психопатологическими синдромами и нередко носит не соответствующий реальной ситуации характер.

Системно-структурный анализ сексуальной гармонии супружеской (партнерской) пары был проведен в 144 случаях, где у обследованных нами мужчин со СТОСН были выявлены истинные половые расстройства (см. табл. 14). 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 варианты 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.

Для более полного представления о состоянии больных с изучавшимся синдромом проводились 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 (см. табл. 15) свидетельствовали о том, что в число наиболее часто встречающихся акцентуаций вошли педантическая, эмоциональная, экзальтированная, застревающая и циклоидная. Было объяснено возможное патопластическое влияние этих акцентуаций на развитие невроза ожидания неудачи. Сделан вывод, 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, который соответствует 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). Приведена подробная интерпретация полученных данных. Сделан вывод, что наиболее типичный личностный профиль по ММРІ при неврозе ожидания неудачи характеризуется повышением по 7-й и 8-й шкалам.

Личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ) был применен среди 57 больных со СТОСН невротического генеза. Полученные данные (см. табл. 17) свидетельствовали о том, что в число наиболее часто диагностируемых типов отношений вошли эгоцентрический, тревожный, сенситивный, обсессивно-фобический, неврастенический (представлено 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. Сделан вывод, что использование ЛОБИ может помочь в составлении программы психотерапевтического воздействия.

По тесту Розенцвейга обследовано 84 чел. со СТОСН преимущественно невротического генеза. Оказалось, что 47,6 % из них имеют показатель социальной адаптации, не превышающий таковой по группе невротиков. Нормативного уровня этот показатель достигал только у 6% обсл. У 67 больных была определена частота различных вариантов реакций на фрустрацию первого и второго образца (см. табл. 18 и 19), что показало преобладание экстрапунитивных 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 в адрес окружающих лиц.

Тест Люшера был применен среди 35 больных со СТОСН преимущественно невротического генеза. Выявлена выраженная тревога, преобладание тропного 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 (см. табл. 20), 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, не уверены в себе, фон их настроения снижен, а социальная адаптация затруднена.

Использование метода семантического дифференциала в варианте, описанном D. Feldes (1976), у 53 больных со 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% набл. — снижение показателей. В результате проведенного анализа был сделан вывод, что реальная “Я-концепция” больных с изучавшимся 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 изучавшегося синдрома и объяснения возникающих при этой патологии сексуальных нарушений нами были проведены электроэнцефалографические исследования 44 пациентов со 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 определялись 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), проводились 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 со 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 у обследованных больных, возрастающая при ЗВС, а также усиление РУР, отмечающееся у них при этом виде стимуляции, были объяснены интенсификацией корковой лабильности, обусловленной нарушением регулирующих влияний со стороны ретикуляторной формации мезодиэнцефального уровня.

При обсуждении значительного усиления пароксизмальной активности, выявленного при ЗВС у мужчин основной группы, сделан вывод, что оно обусловлено 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 симпатико-адреналового или смешанного характера. Также мы пришли к заключению, 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 обуславливает нарушение церебральной регуляции сексуальных функций.

Также нами проводились радиоиммунологические, радиоферментные и радиорецепторные исследования. Радиоиммунологические исследования проведены среди 35 больных со СТОСН невротического генеза и среди 22 мужчин контрольной группы в возрасте от 21 до 39 лет. Перед разработкой материала из основной группы было исключено 7 чел., у которых помимо невротических заболеваний диагностировались другие заболевания, которые могли оказать влияние на гормональные показатели. В “очищенную” основную группу, таким образом, вошло 28 больных со СТОСН невротического генеза, у 25 из которых был диагностирован невротический синдром ожидания неудачи. Полученные данные свидетельствовали о том, что у больных со СТОСН невротического генеза (см. табл. 21) и невротическим синдромом ожидания неудачи (см. табл. 22) 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 Е₂ значимых различий между основной контрольной группами не выявило.

Радиоферментные и радиорецепторные исследования, которые включали определение активности 5 α -редуктазы в гомогенате кожи лобка обследуемых мужчин и интенсивности поглощения этим гомогенатом ³Н-тестостерона, были проведены среди 19 чел. со СТОСН невротического генеза из “очищенной” основной группы. В 17 из этих

наблюдений был поставлен диагноз “невроз ожидания неудачи”. Такие же исследования были выполнены среди 10 мужчин, входивших в контрольную группу. Полученные результаты (см. табл. 23) свидетельствовали о том, что у больных со СТОСН невротического генеза и неврозом ожидания неудачи отмечается достоверное уменьшение активности *5α*-редуктазы и достоверное увеличение интенсивности поглощения ^3H -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 со СТОСН невротического генеза и неврозом 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. Повышению образования ЛГ может также способствовать ослабленная чувствительность половых желез к стимулирующему воздействию ЛГ в условиях гиперпролактинемии. Снижение секреции Тс у обследованных нами больных усугубляется уменьшением активности *5α*-редуктазы, что также можно объяснить гиперпролактинемией, приводящей к снижению восстановления Тс в дигидротестостерон. Выявленное в наших исследованиях уменьшение образования Тс, усугубляемое снижением его превращения в дигидротестостерон, приводит к андрогенному тканевому дефициту, что сопровождается обнаруживаемой активацией связывания ^3H -Тс, которая, по нашему мнению, является компенсаторной.

На основании проведенных исследований, а также данных литературы делается вывод о том, что выявленные у больных со 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 при СТОСН должна строиться с учетом специфики каждой из фаз его развития; 5) для ослабления механизмов защиты, стимуляции механизмов совладания, ликвидации возможного патогенного манипулятивного поведения, поиска адекватных путей канализации разрядки рекомендуется привлечение супруги (партнерши) в качестве сотерапевта с целью оптимизации межличностной и сексуально-эротической коммуникации в супружеской (партнерской) паре.

Нами был разработан ряд новых психотерапевтических техник, увеличивающих возможности лечения, которые оказались эффективными при их 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 АТ для лечения сексуальных расстройств, “способ коррекции поведенческих программ”. Преимущество предлагаемой модификации АТ заключается в том, что она позволяет в самые сжатые сроки (две-три недели) добиваться лечебных результатов. Способ коррекции поведенческих программ объединяет в себе возможности разработанного нами варианта применения нейролингвистического программирования с возможностями суггестии (с обусловливанием) и опосредованную внушением работу с визуальными образами и сюжетами (репродуцируемыми и конструируемыми). Наряду с подробным описанием всех этих приемов и методик, приводится эффективность предложенного варианта АТ (88,2%) и способа коррекции поведенческих программ (92,3%).

В монографии представлены рекомендации по дифференцированной психотерапевтической коррекции СТОСН, базирующиеся на учете

его неоднородности, определяемой осознанием патогенного влияния изучавшегося синдрома на сексуальные функции; временем его возникновения по отношению к манифестации полового расстройства; клинической разновидностью СТОСН; его ролью в организации целостного сексуального расстройства; семантическим вариантом характеризуемого синдрома; внекоитальными модификациями поведения; личностным преморбидом; нозологической спецификой. Помимо этого, подчеркивается, что при проведении психотерапии следует учитывать различия в конкретной партнерской ситуации.

В работе даны и рекомендации по фармакотерапии СТОСН.

Оценив эффективность лечения среди 152 больных с изучавшимся синдромом, которое включало психотерапию и биологическое лечение, мы пришли к выводу, что положительные результаты различной степени выраженности были достигнуты у 89,5% пациентов. Срок катамнестических наблюдений составил от одного до трех лет. Отмечено, что основными объективными факторами, препятствующими достижению хороших лечебных результатов, являлись выраженная соматическая (органическая) модальность полового расстройства, значительная роль эндогенного психического фактора в его происхождении, а также неблагоприятная партнерская ситуация.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Авруцкий Г. Я., Недува А. А.*
Лечение психически больных: Руководство для врачей. М.: Медицина, 1981. 496 с.
- Агарков С. Т.*
Клиника невротических расстройств у мужчин при истинной и мнимой сексуальной несостоятельности: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Л., 1984. 25 с.
- Агарков С. Т., Лунгарт Н. К.*
Вторичное вовлечение сексуальной сферы в картину невроза, вызванного несексуальными причинами // Частная сексопатология: Руководство для врачей / Под ред. Г. С. Васильченко. М.: Медицина, 1983. Т. 2. С. 202-205.
- Айрапетянц М. Г., Вейн А. М.*
Неврозы в эксперименте и в клинике. М.: Наука, 1982. 272 с.
- Александровский Ю. А.*
Клиническая фармакология транквилизаторов. М.: Медицина, 1973. 335 с.
- Александровская М. М., Кольцова А. В.*
Структурные и функциональные перестройки нейронов и глии в сенсомоторной коре больших полушарий при экспериментальном неврозе // Журн. высш. нерв. деят. 1980. №4. С. 747-751.
- Алексейчик А. Е.*
Психотерапевтическая система устранения страха неудачи в сексуальных неврозах // Сб. науч. тр./ Центральный институт усовершенствования врачей. 1988. Т. 182. С. 50-52.
- Андреас К., Андреас С.*
Измените свое мышление — и воспользуйтесь результатами. Новейшие субмодальные вмешательства НЛП: Пер. с англ. Санкт-Петербург: Ювента, 1994. 240 с.
- Андрианов В. В.*
Аутогенная тренировка в комплексном лечении функционально-психогенных форм импотенции // Проблемы современной сексопатологии: Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. М., 1972. Т. 65. С. 437-458.
- Андрианов В. В.*
Аутогенная тренировка в комплексном лечении функционально-психогенных форм импотенции: Автореф. дис.... канд. мед. наук. М., 1974. 39 с.
- Андрианов В. В., Собчак ЛН.*
Клинико-психологическое изучение эффективности аутогенной тренировки при психогенных формах импотенции // Вопросы сексопатологии (матер. науч.-практ. конф.): Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. М., 1969. Т. 58. С. 20-23.
- Анохин П. К.*
Узловые вопросы теории функциональной системы. М.: Наука. 1980. 196 с.
- Аптер И. М.*
Неврозы и психогенная импотенция // Актуальные вопросы сексопатологии (матер. науч.-практ. конф.): Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. М., 1969. Т. 58. С. 135-136.

Аптер Й. М.

Про класифікацію розладів статеві функції у чоловіків // Статеві розлади / За ред. Й. М. Аптера. К.: Здоров'я, 1972. С. 9-15.

Аптер И. М.

Клинические формы психогенной импотенции // Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии: Тез. докл. Тамбов, обл. науч.-практ. конф. Тамбов, 1974. С. 327-338.

Ассаджоли Р.

Психосинтез: теория и практика. М.: REFL-Бук, 1994. 314 с.

Бабаджанян А. С., Лавриненко А. А., Кац Б. Н.

Опыт математического моделирования гипносуггестии при импотенции // Медико-психологические аспекты брака и семьи: Тез. докл. обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. Харьков, 1985. С. 125.

Бажин Е. Ф., Гильтиева И. Н., Левина Т. Л., Тонконогий И. М.

Клинический личностный опросник (модифицированный вариант ММРІ). Л., 1974. 33 с.

Бамдас Б. С.

Принципы систематики функциональной импотенции у мужчин // Вопросы сексопатологии (матер. науч.-практ. конф.): Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. М., 1969. Т. 58. С. 136-137.

Баранов Б. М., Жмуров В. А.

Опыт использования интенсифицированного курса аутогенной тренировки при лечении импотенции // Психическая саморегуляция. 1974. Вып. 2. С. 119-120.

Бараи Я. И.

Сочетание иглорефлексотерапии с гипнотерапией при лечении больных с половыми расстройствами // Социально-психологические и медицинские аспекты брака и семьи: Тез. докл. 3-й обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. Харьков, 1987. С. 372-373.

Бассин Ф. В.

О силе "Я" и "психологической защите" // Вопросы философии. 1969. N2. С. 118-125.

Бассин Ф. В., Рожнов В. Е., Рожнова М. А.

К современному пониманию психической травмы и общих принципов ее психотерапии // Руководство по психотерапии / Под ред. В. Е. Рожнова. М.: Медицина, 1976. С. 39-53.

Бахур В. Т.

Неврозы и эндокринные функции организма (обзор) // Журн. невропатологии и психиатрии. 1977. Вып. 3. С. 448-456.

Беледа Р. В., Горячев Б. А.

Особенности лечения половых расстройств воздействием локального отрицательного давления (ЛОД) // Лечение половых расстройств: Тез. респ. науч. конф. сексопатологов Украины. К., 1982. С. 325-328.

Беледа Р. В., Фотина Л. А., Беледа О. Р.

Изменение секреции гормонов гипофиза, коры надпочечников и половых желез при лечении половых расстройств у мужчин методом локального отрицательного давления // Актуальные вопросы сексопатологии: Тез. докл. 1-й Всесоюз. конф. сексопатологов. М., 1986. С. 53-55.

Белобородов М. Б., Квасовцева Н. Я

Психотерапевтическое опосредование и потенцирование чжень-терапии при психогенных копулятивных дисфункциях // Современные проблемы сексопатологии. К.; Ворошиловград, 1980. С. 48-49.

Беляев Г. С.

Значение аутогенной тренировки в комплексном лечении психогенного гипозрекссионного синдрома // Вопр. сексопатологии (матер. науч.-практ. копф.): Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. М. 1969. Т. 58. С. 29-31.

Березин Ф. Б., Мирошишков М. П., Рожанец Р. В.

Методика многостороннего исследования личности. М. Медицина, 1976. 176 с.

Беспалько И. Г., Гильяшева И. Н.

Проективные методы // М. М. Кабанов, А. Е. Личко, В. М. Смирнов. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л.: Медицина, 1983. С. 116-144.

Блейхер В. М.

Расстройства мышления. К.: Здоров'я, 1983. 192 с.

Блейхер В. М., Крук И. В.

Патопсихологическая диагностика. К.: Здоров'я, 1986. 280 с.

Бобкова В. В.

Особенности электрической активности мозга при невротических состояниях: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Л., 1971. 23 с.

Бокуняева Н. И.

Выделения половых органов: Справочник по клиническим лабораторным методам исследования. М., 1975. С. 331-341.

Ботнева И. Л.

Особенности структурного анализа сексуальных расстройств у женщин // Общая сексопатология: Руководство для врачей / Под ред. Г. С. Васильченко. М.: Медицина, 1977. С. 396.

Брусиловский Л. С.

Музыкотерапия // Руководство по психотерапии / Под ред. В. Е. Рожнова. 2-е доп. и перераб. изд. Ташкент: Медицина, 1979. С. 256-275.

Буньков А. И.

О патогенной роли вагинизма в возникновении половых расстройств у мужчин // Актуальные вопросы сексопатологии: Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. М., 1967. Т. 51. С. 270-278.

Бурно М. Е.

Психотерапия психастенической психопатии // Руководство по психотерапии / Под ред. В. Е. Рожнова. 2-е доп. и перераб. изд. Ташкент, 1979. С. 357-378.

Бурно М. Е.

Эмоционально-стрессовая психотерапия неврозоподобной шизофрении // Руководство по психотерапии / Под ред. В. Е. Рожнова. 3-е доп. и перераб. изд. Ташкент: Медицина, 1985. С. 585-611.

Буртянский Д. Л., Кришталь В. В.

Диагностика и лечение расстройств мужской потенции: Метод. рекомендации. Харьков, 1974. 53 с.

Буртянский Д. Л., Кришталь В. В.

О роли психической саморегуляции в системе психотерапии больных первичными формами расстройств потенции // Психическая саморегуляция. Алма-Ата, 1974. Вып. 2. С. 129-130.

- Буртянский Д. Л., Кришталь В. В.*
Сексуальная дисгармония супружеской пары и ее коррекция. Харьков, 1982. 84 с.
- Буртянский Д. Л., Кришталь В. В., Смирнов Г. В.*
Основы клинической сексологии и патогенетической психотерапии. Саратов: Изд-во Саратов. ун-та, 1987. 207 с.
- Буртянский Д. Л., Кришталь В. В., Смирнов Г. В.*
Медицинская сексология. Саратов: Изд-во Саратов. ун-та, 1990. 272 с.
- Буртянский Д. Л., Кришталь В. В., Филатов А. Т.*
Принципы и методы психотерапии и психопрофилактики расстройств мужской потенции: Учебное пособие. М.: ЦОЛИУВ, 1978. 31 с.
- Бус Э. Э.*
Психотерапия в сочетании с аурикулопрессурой в комплексном лечении больных с психогенной импотенцией // Лечение половых расстройств: Тез. докл. респ. науч. конф. сексопатологов Украины. К., 1982. С. 176-178.
- Вальскис Й., Стрейкус З., Янкаускас В.*
Системно-функциональный подход к семейной психотерапии // Медико-психологические аспекты брака и семьи: Тез. докл. обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. Харьков, 1985. С. 127-128.
- Вариавский К. М.*
Гипносуггестивная терапия. Л.: Медицина, 1973. 192 с.
- Васильченко Г. С.*
Проба физиологического толкования нервной импотенции: Автореф. дис.... канд. мед. наук. Куйбышев, 1952. 10 с.
- Васильченко Г. С.*
Патогенетические механизмы импотенции. М.: Медгиз, 1956. 172 с.
- Васильченко Г. С.*
О некоторых системных неврозах и их патогенетическом лечении. М.: Медицина, 1969. 184 с.
- Васильченко Г. С.*
Основные черты клинической концепции В. Мастерса и В. Джонсон // Проблемы современной сексопатологии: Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. М., 1972. Т. 65. С. 126-143.
- Васильченко Г. С.*
Рецептомания как одна из форм терапевтического редукционизма // Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии: Тез. докл. Тамбов. обл. науч.-практ. конф. Тамбов, 1974. С. 354-360.
- Васильченко Г. С.*
Различные клинические типы мастурбации, их патогенетическая характеристика, идентификационные критерии и семиологическое значение // Общая сексопатология: Руководство для врачей / Под ред. Г. С. Васильченко. М.: Медицина, 1977. С. 281-295.
- Васильченко Г. С.*
Либи́до // Общая сексопатология: Руководство для врачей / Под ред. Г. С. Васильченко. М.: Медицина, 1977. С. 112-138.
- Васильченко Г. С.*
Метод структурного анализа сексуальных расстройств // Общая сексопатология: Руководство для врачей / Под ред. Г. С. Васильченко. М.: Медицина, 1977. С. 392-416.

Васильченко Г. С.

Лечебно-реабилитационные мероприятия при расстройствах психической составляющей // Частная сексопатология: Руководство для врачей / Под ред. Г. С. Васильченко. М.: Медицина, 1983. Т. 2. С. 15-26.

Васильченко Г. С.

Акцентуации характера // Частная сексопатология: Руководство для врачей / Под ред. Г. С. Васильченко. М.: Медицина, 1983. Т. 2. С. 118-126.

Васильченко Г. С.

Невротические синдромы с первичным (непосредственным) поражением сексуальной сферы // Частная сексопатология: Руководство для врачей / Под ред. Г. С. Васильченко. М.: Медицина, 1983. Т. 2. С. 194-202.

Васильченко Г. С.

Синдром сосудистой недостаточности эрекционной составляющей // Частная сексопатология: Руководство для врачей / Под ред. Г. С. Васильченко. М.: Медицина, 1983. Т. 2. С. 253-254.

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.

Васильченко Г. С., Белёда Р. В., Горячев Б. А.

Новый способ лечения половых расстройств воздействием локального отрицательного давления (ЛОД) // Актуальные проблемы психиатрии (клиника, патогенез, лечение, социальная реабилитация). М., 1981. С. 38-40.

Васильченко Г. С., Белёда Р. В., Горячев Б. А.

Лечение сексуальных расстройств локальным отрицательным давлением // Частная сексопатология: Руководство для врачей / Под ред. Г. С. Васильченко. М.: Медицина, 1983. Т. 2. С. 236-238.

Васильченко Г. С., Дейнега Г. Ф.

Семейно-сексуальные дисгармонии (дисгамии) // Частная сексопатология: Руководство для врачей / Под ред. Г. С. Васильченко. М.: Медицина, 1983. Т. 2. С. 293-304.

Васильченко Г. С., Ланцберг И. А., Лившиц О. З.

Роль хронического простатита в патогенезе половых расстройств // Урология и нефрология. 1971. № 3. С. 43-46.

Васильченко Г. С., Ланцберг И. А., Лившиц О. З.

Метод структурного анализа расстройств потенции в выяснении патогенной роли хронических простатитов // Тр. 5-й конф. урологов УССР. К., 1971. С. 120-122.

Васильченко Г. С., Овсянников С. А.

Синдромы расстройств психической составляющей в структуре половых нарушений у мужчин // Диагностика, лечение и профилактика половых расстройств: Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. М., 1978. Т. 81. С. 17-21.

Вейна А. М., Соловьева А. Д., Колосова О. А.

Вегетативно-сосудистая дистония. М.: Медицина, 1981. 306 с.

Вельвовский И. З., Мейтшиш Е. Н.

Система психотерапии в лечении больных с сексуальными нарушениями в программе подготовки сексопатологов // Вопросы сексопатологии (матер. науч.-практ. конф.): Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. М., 1969. Т. 58. С. 8-11.

Вельдман А. В., Александровский Ю. А.

Психофармакотерапия невротических расстройств (экспериментально-теоретический и клинико-фармакологический анализ) / АМН СССР. М.: Медицина, 1987. 288 с.

Виш И. М., Романюк В. Я., Герши А. Г.

К вопросу лечения психогенной импотенции // Медико-психологические аспекты брака и семьи: Тез. докл. обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. Харьков, 1985. С. 128-129.

Виш И. М., Романюк В. Я., Селезнев В. Н.

Применение контрастного самовнушения при психической импотенции // Лечение половых расстройств: Тез. докл. респ. науч. конф. сексопатологов Украины. К., 1982. С. 48-49.

Владимиров-Клячко С. В.

О некоторых особенностях психотерапевтической тактики лечения импотенции // Проблемы современной сексопатологии: Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. М., 1972. Т. 65. С. 459-467.

Воловик В. М.

Семейная психотерапия в комплексном лечении больных в инициальном периоде шизофрении (клинические предпосылки и принципы) // Психотерапия при нервных и психических заболеваниях. Л., 1973. С. 66-79.

Воловик В. М., Вид В. Д.

Психологическая защита как механизм компенсации и ее значение в психотерапии больных шизофренией // Психологические проблемы психогигиены, психопрофилактики и медицинской-деонтологии. Л., 1976. С. 26-28.

Ворник Б. М., Легкоступ Е. В.

Коммуникативное развивающее обучение в контексте медико-психологической помощи больным с сексуальной патологией // Актуальные аспекты диагностики, организации лечебного процесса и реабилитации больных с сексуальными расстройствами: Тез. докл. 4-й обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. Харьков, 1990. С. 190-192.

Воскресенский Б. А., Рохман Д. Е.

Психогенные (невротические) сексуальные расстройства. Попытка системно-структурного подхода // Актуальные вопросы сексопатологии: Тез. докл. 1-й Всесоюз. конф. сексопатологов. М., 1986. С. 81-83.

Гладкова А. И.

Значение пролактина в организме мужчин // Урология и нефрология. 1979. №5. С. 64-69.

Гладкова А. И.

Мужские половые функции при гиперпролактинемии // Урология и нефрология. 1987. № 4. С. 71-74.

Голанд Я. Г.

Об организации комплексной психотерапии психогенных форм импотенции // Вопросы сексопатологии (матер. науч.-практ. конф.): Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. М., 1969. Т. 58. С. 39-40.

Голанд Я. Г.

Опыт применения аутогенной тренировки и самовнушения в комплексной психотерапии сексуальных расстройств // Психическая саморегуляция. Алма-Ата, 1973. Вып. 1. С. 117-122.

Голобурда А. В.

Некоторые варианты течения половых расстройств, имеющих психогенное начало // Современные проблемы сексопатологии. К.; Ворошиловград, 1986. С. 26-27.

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.

Голобурда А. В.

К вопросу о характерологических особенностях мужчин с нарушениями потенции // Социально-психологические и медицинские аспекты брака и семьи: Тез. докл. 3-й обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. Харьков, 1987. С. 200-204.

Гортинченко И. И.

Характеристика сексуальных расстройств у больных хроническим простатитом: Автореф. Дис. ... канд. мед. наук. К., 1977. 19 с.

Гортинченко И. И.

Особенности сексуальных расстройств у мужчин среднего и пожилого возраста // Современные проблемы сексопатологии. К.; Ворошиловград, С. 7-8.

Гортинченко И. И.

Геронтологическая сексопатология. К.: Здоров'я, 1991. 168 с.

Гришин А. В.

Особенности психогенных сексуальных расстройств у пожилых // Социально-психологические и медицинские аспекты брака и семьи: Тез. докл. 3-й обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. Харьков, 1987. С. 204-206.

Гришин А. В.

Эмоционально-стрессовая психотерапия в комплексе лечения психогенных сексуальных расстройств: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1988. 21 с.

Грошев С. И.

Из опыта психотерапевтического лечения психогенного преждевременного семяизвержения // Актуальные вопросы сексопатологии: Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. М., 1967. Т. 51. С. 414-432.

Гуревич С. А.

Музыкотерапия при функционально-психогенных сексуальных нарушениях // Лечение половых расстройств: Тез. Респ. науч. конф. сексопатологов Украины. К., 1982. С. 59-63.

Гуревич С. А.

Музыкотерапия в практике сексопатологов // Актуальные вопросы сексопатологии: Тез. докл. 1-й Всесоюз. конф. сексопатологов. М., 1986. С. 127-128.

Дашевский И. Я.

Психотерапевтическая тактика при синдроме коитофобии // Вопросы сексопатологии (матер. науч.-практ. конф.): Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. М., 1969. Т. 58. С. 43-45.

Дворкин Э. М.

К вопросу об особенностях клиники и терапии неблагоприятно текущих форм импотенции // Вопросы сексопатологии (матер. науч.-практ. конф.): Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. М., 1969. Т. 58. С. 45-47

Дворкин Э. М.

Психотерапия сексуальных расстройств // Руководство по психотерапии / Под. ред. В. Е. Рожнова. 2-е доп. и перераб. изд. Ташкент, 1979. С. 420-434.

Деглин В. Я., Слуцкий А. С.

К вопросу клинико-электроэнцефалографической характеристики синдромов при некоторых неврозах // Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии: Тез. докл. Тамбовской обл. науч.-практ. конф. Тамбов, 1974. С. 65-68.

Дейнега Г. Ф.

Уровни понимания другого и стратегия психотерапевтического воздействия в сексуальной паре // Медико-психологические аспекты брака и семьи: Тез. докл. обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. Харьков, 1985. С. 132.

Данченко Н. М., Кукурекин Ю. В.

Значение аутогенной тренировки в лечении психогенных сексуальных дисфункций у мужчин // Психическая саморегуляция. Алма-Ата, 1974. Вып. 2. С. 150-151.

Драновский А. И.

Невроз ожидания эрекции у сексологических больных // Социально-психологические и медицинские аспекты брака и семьи: Тез. докл. 3-й обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. Харьков, 1987. С. 206-209.

Драпалюк Н. А.

Лечение психогенной импотенции // Медико-психологические аспекты брака и семьи: Тез. докл. обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. Харьков, 1985. С. 105.

Дрюк Н. Ф., Бахарев А. М., Хакимов Ш. Ш.

Новые аспекты в диагностике артериальной эректильной импотенции // Актуальные вопросы сексопатологии: Тез. докл. 1-й Всесоюз. конф. сексопатологов. М., 1986. С. 139-141.

Дюкова Г. М.

Клинико-экспериментальное исследование вегетативной нервной системы при неврозах: Автореф. ... дис. канд. мед. наук. М., 1977. 19 с.

Дюкова Г. М., Алиева Х. К., Хаспекова Н. Б.

Пароксизмальные состояния при неврозах // Журн. невропатол. и психиатр. 1989. Вып. 11. С. 12-18.

Дюкова Г. М., Родитат И. В., Вейн А. М.

Вегетативные нарушения при неврозах // Сов. медицина. 1978. №7. С. 26-30.

Егоров Б. Е.

Комплексная эмоционально-стрессовая психотерапия депрессивного невроза и невротической депрессии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1988. 23 с.

Загородный П. И.

Нарушения половой функции при неврозах и реактивных состояниях у мужчин. Л.: Медицина. 1970. 183 с.

Загородный Л. И.

Физиология и патология половой функции. Л.; Медицина, 1975. 263 с.

Захаров А. И.

Психотерапия неврозов у детей и подростков. Л.: Медицина, 1982. 215 с.

Зачетицкий Р. А.

О факторах, определяющих успешность психотерапии (обзор современной американской литературы) // Журн. невропатологии и психиатрии. 1979. Вып. 5. С. 639-647.

Зачетицкий Р. А.

Психотерапия истерии // Руководство по психотерапии Под. ред. В. Е. Рожнова. 2-е доп. и перераб. изд. Ташкент, 1979. С. 343-357.

Зачетицкий Р. А.

Социальные и биологические аспекты психологической защиты // Социально-психологические исследования в психоневрологии / Под. ред. Е. Ф. Бажина: Тр. Ленингр. науч.-исслед. психоневрол. ин-та им. В. М. Бехтерева. Л., 1980. Т. 93. С. 22-27.

Здравомыслов В. И., Анисимова З. Е., Либих С. С.

Функциональная женская сексопатология. Алма-Ата: Казахстан, 1985. 271 с.

Зенков Л. Р.

Электрэнцефалография (ЭЭГ) // Болезни нервной системы: Руководство для врачей / Под. ред. П. В. Мельничука. М.: Медицина, 1982. Т. 1. С. 106-115.

Зенков Л. Р., Ронкин М. А.

Функциональная диагностика нервных болезней: Руководство для врачей. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1991. 640 с.

Иванов Н. В.

Вопросы психотерапии функциональных сексуальных расстройств. М.: Медицина, 1966. 152 с.

Иванов Н. В.

Значимость учета отношений к болезни при психотерапии функциональных сексуальных расстройств // Актуальные вопросы сексопатологии: Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. М., 1967. Т. 51. С. 240-262.

Иванов В. В., Шнуренко Т. В.

Особенности внушаемости больных истерическим неврозом // Врач. дело. 1990. № 10. С. 92-94.

Израилев Б. Е.

Групповая психотерапия при некоторых формах психогенной импотенции // Лечение половых расстройств: Тез. респ. науч. конф. сексопатологов Украины. К., 1982. С. 26-30.

Исурина Г. Л.

Групповые методы психотерапии и психокоррекции // М. М. Кабанов, А. Е. Личко, В. М. Смирнов. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л.: Медицина, 1983. С. 102-115.

Каварскис Л. Б.

О первичной и компенсаторной дисгармониях в семейных отношениях // Медико-психологические аспекты брака и семьи: Тез. докл. обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. Харьков, 1985. С. 34-35.

Казинс Н.

Таинственное плацебо // Здоровоохранение Белоруссии. 1989. № 3. С. 76-78.

Казинс Н.

Таинственное плацебо // Здоровоохранение Белоруссии. 1989. № 4. С. 76-78.

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.

Канделаки А. Т., Гвишиани З. Г.

О патогенезе эректильных расстройств у больных неврозом ожидания неудачи // Актуальные аспекты диагностики, организации лечебного

процесса и реабилитации больных с сексуальными расстройствами: Тез. докл. 4-й обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. Харьков, 1990. С. 123-124.

Карвасарский Б. Д.

Головные боли при неврозах и пограничных состояниях. Л.: Медицина, 1969. 192 с.

Карвасарский Б. Д.

Психотерапия. М.: Медицина, 1985. 304 с.

Карвасарский Б. Д.

Неврозы. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1990. 576 с.

Карвасарский Б. Д., Мурзенко В. А.

Клинико-психологическое исследование психотерапии при нервно-психических заболеваниях. Л., 1979. С. 25-30.

Карпенко И. А.

Гонадно-тиреоидные взаимоотношения в регуляции полового поведения самцов крыс: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Харьков, 1992. 16 с.

Киценко В. П.

Опыт применения рефлексотерапии в комплексе с аутогенной тренировкой у больных функциональной импотенцией // Лечение половых расстройств: Тез. докл. респ. науч. конф. сексопатологов Украины. К., 1982. С. 116-118.

Коган М. И.

Диагностика и лечение эректильной импотенции: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1987. 30 с.

Коган М. И., Жульнев А. П., Терентьев Ю. В.

Оперативное лечение эректильной импотенции при сахарном диабете // Медико-психологические аспекты брака и семьи: Тез. докл. обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. Харьков, 1985. С. 108.

Коган М. И., Терентьев Ю. В.

Гормональные аспекты при органической эректильной импотенции // Современные проблемы сексопатологии. К.; Ворошиловград, 1986. С. 19-20.

Колбасин Ю. В.

Комбинированное лечение половых расстройств при неврозах методами психотерапии и рефлексотерапии // Социально-психологические и медицинские аспекты брака и семьи: Тез. докл. 3-й обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. Харьков, 1987. С. 105-106.

Колосов В. П.

Эмоционально-стрессовая психотерапия неглубоких депрессий // Руководство по психотерапии / Под ред. В. Б. Рожнова. 3-е доп. и перераб. изд. Ташкент: Медицина, 1985. С. 460-466.

Колыгин В. М., Портняков А. В., Суханов С. Г.

Содержание некоторых гормонов в крови у больных неврозами // Журн. невропатологии и психиатрии. 1988. Вып. 12. С. 85-90.

Кон И. С.

Введение в сексологию. М.: Медицина, 1988. 320 с.

Кондратенко Р. П.

Клинико-статистическая характеристика впервые обратившихся за сексологической помощью // Актуальные вопросы сексопатологии: Тез. докл. 1-й Всесоюз. конф. сексопатологов. М., 1986. С. 11-13.

Кондрашов В. В.

Общие принципы психотерапии при оперативном лечении импотенции // Медико-психологические аспекты брака и семьи: Тез. докл. обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. Харьков, 1985. С. 151.

Копылова И. А.

Аутогенная тренировка при лечении сексуальных нарушений у женщин // Вопросы сексопатологии (матер. науч.-практ. коиф.): Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. М., 1969. Т. 58. С. 124-125.

Коржова Е. Ю.

Индивидуально-психологические особенности больных с приобретенными пороками сердца: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. Л., 1991. 27 с.

Корик Г. Г.

Половые расстройства у мужчин. Л.: Медицина, 1973. 230 с.

Кочарян А. С.

Преодоление эмоционально-трудных ситуаций общения в зависимости от сложности социальной перцепции: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. Л., 1986. 21 с.

Кочарян Г. С.

Психотерапевтическая коррекция одного из вариантов анэякуляторных расстройств потенции // Медико-психологические аспекты брака и семьи: Тез. докл. обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. Харьков, 1985. С. 134-135.

Кочарян Г. С.

Гипносуггестивное моделирование в терапии женской половой холодности // Социально-психологические и медицинские аспекты брака и семьи: Тез. докл. 3-й обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. Харьков, 1987. С. 426-427.

Кочарян Г. С.

Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин (формирование, патогенетические механизмы, клинические проявления, психотерапия): Дис. ... д-ра мед. наук. Харьков, 1992. 414 с.

Кочарян Г. С., Кочарян А. С.

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.

Кочарян Г. С., Кочарян А. С.

Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. М.: Медицина, 1994. 224 с.

Кочетков В. Д.

Неврологические аспекты импотенции. М.: Медицина, 1968. 280 с.

Красулин В. В., Серебренников С. М., Терентьев Ю. В.

Лечение эректильной импотенции методом эндопротезирования // Половое воспитание, сексуальное здоровье и гармония брачно-семейных отношений: Тез. респ. науч. конф. К., 1990. С. 86-87.

Кришталь В. В.

Условия развития, клиника и течение первично проявляющихся расстройств мужской потенции и общие принципы их психотерапии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Харьков, 1975. 14 с.

Кришталь В. В.

Системный подход к диагностике и коррекции нарушений сексуального здоровья // Актуальные вопросы сексопатологии: Тез. докл. 1-й Всесоюз. конф. сексопатологов. М., 1986. С. 7-8.

Кришталь В. В.

Системно-структурный анализ сексуального здоровья // Актуальные аспекты диагностики, организации лечебного процесса и реабилитации

больных с сексуальными расстройствами: Тез. докл. 4-й обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. Харьков, 1990. С. 4-8.

Кришталь В. В., Агишева Н. К.

Психодиагностика и психотерапевтическая коррекция сексуальной дисгармонии супружеской пары: Учебное пособие. М.: ЦОЛИУВ, 1985. 138 с.

Курако Ю. Л., Волянский В. Е.

Клиническое течение вегето-сосудистой дистонии в нозологической структуре невротозов // Журн. невропатол. и психиатр. 1989. Вып. 10. С. 29-32.

Кутателадзе З. Ю.

Особенности адаптивных механизмов при фобическом синдроме невротического генеза: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Л., 1985. 23 с.

Лакомкин А. И., Мягков И. Ф.

Электрофизиология: Учебное пособие для ВУЗов. М.: Высш. шк., 1977. 232 с.

Лакосина Н. Д.

Неврозы и невротические развития // Руководство по психиатрии / Под ред. Г. В. Морозова. М.: Медицина, 1988. Т. 2. С. 231-262.

Лакосина Н. Д., Панкова О. Ф.

Динамика невротических расстройств с вегетативными пароксизмами // Журн. невропатол. и психиатр. 1988. Вып. 11. С. 74-79. ,

Лебединский М. С.

Очерки психотерапии. 2-е изд. М.: Медицина, 1971. 412 с.

Лезненко В. Н.

Методика и техника коллективной психотерапии больных психогенной импотенцией // Актуальные вопросы сексопатологии: Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. М., 1967. Т. 51. С. 443-451.

Лезненко В. Н.

Клиника, дифференциальный диагноз и психотерапия психогенной импотенции: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1969. 23 с.

Либих С. С.

Коллективная психотерапия и аутогенная тренировка больных с сексуальными расстройствами // Актуальные вопросы сексопатологии: Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. М., 1967. Т. 51. С. 433-442.

Либих С. С.

О некоторых формах психогенной импотенции (клиника, патогенез и лечение) // Вопросы сексопатологии (матер. науч.-практ. конф.): Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. М., 1969. Т. 58. С. 55-57.

Либих С. С.

К проблеме гармонизации сексуальных отношений в супружеской жизни // Лекции для врачей-курсантов. Л., 1982. 16 с.

Либих С. С.

Психотерапия функциональных сексуальных расстройств у мужчин // Руководство по андрологии / Под ред. О. Л. Тиктинского. Л.: Медицина, 1990. С. 234-245.

Либих С. С.

Некоторые методики коррекции сексуальной дисгармонии // Актуальные аспекты диагностики, организации лечебного процесса и реабилитации больных с сексуальными расстройствами: Тез. докл. 4-й обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. Харьков, 1990. С. 181-183.

Лившиц О.З.

Клинические особенности импотенции, развившейся в молодом возрасте // Вопросы сексопатологии (матер. науч.-практ. конф.): Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. М., 1969. Т. 58. С. 57-61.

Лингарт Н. К.

Навязчивые состояния при неврозах. К.: Здоров'я, 1978. 78 с.

Лингарт Н. К., Стукалова И. М., Виш И. М. и др.

Неврозы и сексуальные расстройства. Воронеж: Изд-во ВГУ, 1985. 160 с.

Лингарт Н. К., Агарков С. Т.

Некоторые аспекты семейной психотерапии в сексопатологии // Лечение половых расстройств: Тез. докл. респ. науч. конф. сексопатологов Украины. К., 1982. С. 42-45.

Лингарт Н. К., Агарков С. Т.

Сопутствующие системные нарушения в клинике "невроза ожидания" у мужчин с сексуальными расстройствами // Диагностика и лечение сексуальных расстройств: Аннотированная программа обл. науч.-практ. конф. Харьков, 1983. С. 17.

Личко А. Е.

Психопатии и акцентуации характера у подростков. 2-е изд., доп. и перераб. Л.: Медицина, 1983. 255 с.

Личко А. Е.

Личностный опросник Бехтеревского института (ЛОБИ) // М. М. Кабанов, А. Б. Личко, В. М. Смирнов. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л.: Медицина, 1983. С. 102-115.

Личко А. Е.

Подростковая психиатрия: Руководство для врачей. Изд. 2-е, доп. и перераб. Л.: Медицина, 1985. 416 с.

Личко А. Е., Иванов Н. Я.

Медико-психологическое обследование соматических больных // Журн. невропатол. и психиатр. 1980. Выл. 8. С. 1195-1198.

Лобзин В. С., Решетников М. М.

Аутогенная тренировка: Справочное пособие для врачей. Л.: Медицина, 1986. 280 с.

Лысенко Л. К., Израилев Б. Е.

Применение сочетанного метода иглорефлексотерапии и аутогенной тренировки при лечении некоторых форм психогенной копулятивной дисфункции у мужчин // Лечение половых расстройств: Тез. докл. респ. науч. конф. сексопатологов Украины. К., 1982. С. 173-176.

Малахов Б. Б., Рубинштейн М. Я.

ЛОД в комплексном лечении сексуальных расстройств // Социально-психологические и медицинские аспекты брака и семьи: Тез. докл. 3-й обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. Харьков, 1987. С. 434-435.

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.

Маслов В. М., Ботнева И. Л., Васильченко Г. С.

Нарушения психосексуального развития // Частная сексопатология: Руководство для врачей / Под ред. Г. С. Васильченко. М.: Медицина, 1983. Т. 2. С. 27-109.

Мещеряков А. М.

Комплексное лечение больных с психогенной формой нарушения копуляции // Современные проблемы сексопатологии. К.; Ворошиловград, 1986. С. 49-50.

Мизрухин И. А.

Половые расстройства при неврозах // Актуальные вопросы сексопатологии: Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. М., 1967. Т. 51. С. 263-269.

Мильман Л. Я.

Импотенция. Л.: Медицина, 1972. 262 с.

Минасенко Ю. И., Мещеряков А. М.

Временная регрессия в гипнозе как психотерапевтическая методика у больных с психогенной сексуальной дисфункцией // Респ. конф. "Профилактика сексуальной патологии и супружеских дисгармоний": Тез. докл. К.; Ворошиловград, 1988. С. 105-106.

Мирзоян А. С.

Аутогенная тренировка в комплексе поэтапной психотерапии при лечении первичной психогенной формы импотенции // Психическая саморегуляция. Алма-Ата, 1973. Вып. 1. С. 211-214.

Мирзоян А. С.

О психотерапевтическом значении сексуального образования в общем комплексе психотерапии сексуальных расстройств у мужчин // Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии: Тез. докл. Тамбов. обл. науч.-практ. конф. Тамбов, 1974. С. 339-342.

Мировський К. І.

Застосування аутогенного тренування при лікуванні сексуальних розладів у чоловіків // Статеві розлади / За ред. Й. М. Аптера. К.: Здоров'я, 1972. С. 185-191.

Мировский К. И.

Сосредоточение и его роль в реализации психотерапевтического воздействия // Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии: Тез. докл. Тамбов. обл. науч.-практ. конф. Тамбов, 1974. С. 61-64.

Михайлов В. В.

К вопросу о физиологических и клинко-анамнестических аспектах некоторых психогенных расстройств. Симферополь, 1986. 7 с. Деп. во ВНИИМИ МЗ СССР, № 11. С. 647-86.

Михайлова Н. А., Федоров А. П., Эйдемиллер А. Г.

Основы клинической и психологической диагностики неврозов в связи с задачами их психотерапии: Лекции для врачей-слушателей. Л.: Ленингр. ин-т усоверш. врачей, 1986. 22 с.

Мушер Г. Я.

Лечение сексуальных расстройств психогенного характера методом ЛОД в сочетании с психотерапией // Медико-психологические аспекты брака и семьи: Тез. докл. обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. Харьков, 1985. С. 152.

Мушер Г. Я.

Лечение сексуальных расстройств невротического генеза у мужчин (ЛД в сочетании с психотерапией): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Л., 1988. 21с.

Мягер В. К.

Диэнцефальные нарушения и неврозы. Л.: Медицина, 1976. 166 с.

Натаров В. В., Цариковская Н. Г., Бирюкова М. С., Сергиеико Л. Ю. Вирилизм. К.: Здоров'я, 1987. 184 с.

- Нохуров А.*
Нарушения сексуального поведения: судебно-психиатрический аспект. М.: Медицина, 1988. 224 с.
- Овсянников С. А.*
Психический статус и его особенности у сексологических больных: Методич. рекомендации. М., 1976. 21 с.
- Овсянников С. А., Овсянникова Л. И.*
К вопросу о брачных конфликтах у больных малопрогредиентной шизофренией // Социально-психологические и медицинские аспекты брака и семьи: Тез. докл. 3-й обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. Харьков, 1987. С. 130-131.
- Осинов Е. П., Пирнат К. Ф., Кунцевич М. Г.*
Применение закиси азота при психотерапии сексуальных нарушений // Лечение половых расстройств: Тез. докл. респ. науч. конф. сексопатологов Украины. К., 1982. С. 54-58.
- Осинов И. Н., Копнин П. В.*
Основные вопросы теории диагноза. 2-е доп. и перераб. изд. Томск: Изд-во Том. ун-та, 1962. 190 с.
- Павлов И. С.*
Коллективная эмоционально-стрессовая психотерапия больных алкоголизмом в бодрствующем состоянии // Руководство по психотерапии / Под ред. В. Е. Рожнова. 3-е доп. и перераб. изд. Ташкент: Медицина, 1985. С. 563-570.
- Панков Д. В.*
Рациональная и разъяснительная психотерапия // Руководство по психотерапии / Под ред. В. Е. Рожнова. 3-е доп. и перераб. изд. Ташкент: Медицина, 1985. С. 188-213.
- Панков Д. В.*
К изучению механизмов психической травмы и путей эмоционально-стрессовой психотерапии при лечении больных сексуальными расстройствами в структуре неврозов // Социально-психологические и медицинские аспекты брака и семьи: Тез. докл. 3-й обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. Харьков, 1987. С. 440-441.
- Панкова О. Ф., Суворов А. К.*
Психопатологическая структура пароксизмальных психовегетативных расстройств и значение ее для дифференциальной диагностики и прогноза различных форм неврозов и депрессий // Журн. невропатологии и психиатрии. 1990. Вып. 5. С. 64-69.
- Пахалков А. Н.*
Опыт применения аутотренинга при ускоренном семяизвержении // Актуальные аспекты диагностики, организации лечебного процесса и реабилитации больных с сексуальными расстройствами: Тез. докл. 4-й науч.-практ. конф. сексопатологов. Харьков, 1990. С. 217-219.
- Первомайский Б. Я., Кузнецова Г. В.*
О дифференцированном применении психотерапевтических методик в практике "неврозологии" // Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии: Тез. докл. Тамбов, обл. науч.-практ. конф. Тамбов, 1974. С. 121-125.
- Перекрестов И. М., Перекрестов Р. И.*
Некоторые вопросы аутогенной тренировки при мужской психогенной импотенции // Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии: Тез. докл. Тамбов, обл. науч. практ. конф. Тамбов, 1974. С. 422-425.

Писаренко И. А.

К вопросам психотерапии и локального отрицательного давления при лечении сексуальных расстройств у мужчин // Респ. конф. "Профилактика сексуальной патологии и супружеских дисгармоний": Тез. докл. К.; Ворошиловград, 1988. С. 84-85.

Покровский Ю., Л., Чаргейшвили Ю. П.

Эмоционально-стрессовая психотерапия сексуальных нарушений у больных неврозами // Медико-психологические аспекты брака и семьи: Тез. докл. обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. Харьков, 1985. С. 140.

Попхадзе Г. Б.

Некоторые вопросы клиники и лечения функционально-невротических форм нарушений половой функции у мужчин: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Харьков, 1971. 23 с.

Порудоминский И. М.

Половые расстройства у мужчин. М.: Медицина, 1968. 455 с.

Посвянский П. Б.

Актуальные проблемы сексопатологии // Вопросы сексопатологии (матер. науч.-практ. конф.): Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. М., 1969. Т. 58. С. 7-26.

Посвянский П. Б.

Психотерапия психогенно-функциональных форм мужской половой слабости // Руководство по психотерапии / Под. ред. В. Б. Рожнова. М.: Медицина, 1974. С. 219-230.

Портнов А. А., Федотов Д. Д.

Психиатрия. М.: Медицина, 1971. 472 с.

Резников А. Г.

Половые гормоны и дифференциация мозга. К.: Наук, думка, 1982. 251 с.

Решетняк Ю. А.

К вопросу о психотерапии мужчин, длительно страдающих половыми расстройствами // Вопросы медицинской деонтологии и психотерапии: Тез. докл. Тамбов. обл. науч.-практ. конф. Тамбов, 1974. С. 343-344.

Рожановская З. В.

Психотерапия сексуальных нарушений у женщин // Руководство по психотерапии / Под ред. В. Б. Рожнова. 3-е доп. и перераб. изд. Ташкент: Медицина, 1985. С. 524-538.

Рожнов В. Е.

Эмоционально-стрессовая психотерапия // Руководство по психотерапии / Под. ред. В. Е. Рожнова. 3-е доп. и перераб. изд. Ташкент: Медицина, 1985. С. 29-44.

Рожнов В. Е.

Эмоционально-стрессовая психотерапия // Журн. невропатологии и психиатрии. 1989. Вып. 1. С. 58-62.

Рожнов В. Е., Бурно М. Е.

Учение о бессознательном и клиническая психотерапия: постановка вопроса // Бессознательное: природа, функции, методы исследования. Тбилиси: Мецниереба, 1978. Т. 2. С. 346-353.

Рожнов В. Е., Свешников А. В.

Эмоционально-стрессовая эстетопсихотерапия // Руководство по психотерапии / Под ред. В. Е. Рожнова. 3-е доп. и перераб. изд. Ташкент: Медицина, 1985. С. 256-273.

- Савенко Ю. С.*
Проблема психологических компенсаторных механизмов и их типология // Проблема клиники и патогенеза психических заболеваний. М., 1974. С. 95-112.
- Сарафян К. С., Петросян В. Г.*
Эффективность лечения функциональных сексуальных нарушений методом психотерапии и иглоукалывания // Тр. Ереван, мед. ин-та. Ереван, 1980. Вып. 19. С. 60-64.
- Свядоц А. М.*
Неврозы и их лечение. М.: Медицина, 1971. 456 с.
- Свядоц А. М.*
Женская сексопатология. М.: Медицина, 1974. 184 с.
- Свядоц А. М.*
Неврозы. М.: Медицина, 1982. 366 с.
- Свядоц А. М.*
Женская сексопатология. 3-е изд., перераб. И доп. М.: Медицина, 1988. 176 с.
- Свядоц А. М., Попов И. А.*
К физиологии половой жизни мужчин // Вопросы психиатрии, психотерапии, сексологии. Караганда, 1967. С. 125-127.
- Святогор Ж. А., Верецагина А. А., Буторина Г. В. и др.*
Характер корково-подкорковых взаимоотношений у больных неврозами (по данным ЭЭГ) // Журн. невропатологии и психиатрии. 1987. Вып. 6. С. 877-880.
- Слуцкий А. С., Цапкин В. Н.*
Групповая эмоционально-стрессовая психотерапия // Руководство по психотерапии / Под ред. В. Е. Рожнова. 3-е доп. И перераб. изд. Ташкент: Медицина, 1985. С. 213-256.
- Смирнов В. Е.*
Эмоционально-стрессовая психотерапия в клинике психозов // Руководство по психотерапии / Под ред. В. Е. Рожнова. 3-е доп. и перераб. изд. Ташкент: Медицина, 1985. С. 571-585.
- Смулечич А. Б.*
Психопатии // Руководство по психиатрии / Под ред. А. В. Снежневского. М.: Медицина, 1983. Т. 2. С. 387-441.
- Собчик Л. Н.*
Методы психологической диагностики. Метод цветowych выборов. Модифицированный цветовой тест Люшера: Методическое руководство. М., 1990. Вып. 2. 88 с.
- Струков А. И., Кактурский Л. В.*
Диагностика взаимоотношений структуры и функции в биологии и медицине // Архив патологии. 1977. Вып. 4. С. 3-11.
- Струков А. И., Хмельницкий О. К., Петленко В. П.*
Морфологический эквивалент функции. М.: Медицина, 1983. 208 с.
- Сухоруков В. И.* 1
Система психотерапевтического опосредования и потенцирования рефлекторных воздействий при половой слабости // Лечение половых расстройств: Тез. докл. респ. науч. конф. сексопатологов Украины. К., 1982. С. 30-33.
- Сухоруков В. И.*
Современные принципы и основные методы психотерапии в практике врача-сексопатолога // Неврозы и сексуальные расстройства / Н. К. Лип-

гарт, Л. А. Стукалона, И. М. Виш и др. Воронеж: Изд-во ВГУ, 1985. С. 124-149.

Танцюра М. Д.

Опыт лечения больных навязчивым неврозом методом активного возбуждения патологической инертности // Сов. мед. 1956. № 11. С. 80-84.

Тарабрина Н. В.

Экспериментально-психологическая методика изучения фрустрационных реакций: Методические рекомендации / Под ред. Б. Д. Карвасарского. Л., 1984. 24 с.

Татлаев Н. Ш.

Клиника сексуальных расстройств у мужчин, страдающих маниакально-депрессивным психозом: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1984. 14 с.

Ташлыков В. А.

Психология лечебного процесса. Л.: Медицина, 1984. 191 с.

Телешевская М. Э.

Наркопсихотерапия при неврозах. Л.: Медицина, 1969. 165 с.

Телешевская М. Э.

Наркопсихотерапия // Руководство по психотерапии / Под ред. В. Е. Рожнова. 2-е доп. и перераб. изд. Ташкент: Медицина, 1979. С. 275-283.

Тищенко Б. Ф.

Клинико-экспериментальное исследование форм неврогенной рвоты // Журн. невропатол. и психиатр. 1971. Вып. 9. С. 1380-1385.

Ткачук В. Н., Горбачев А. Г., Агулянский Л. И.

Хронический простатит. Л.: Медицина, 1989. 208 с.

Торосян С. А.

О классификации половых расстройств у мужчин // Вопросы сексопатологии (матер. науч.-практ. конф.): Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. М., 1969. Т. 58. С. 147-150.

Торосян С. А., Сарафян К. П.

Психотерапия сексуальных дисфункций у мужчин при неврозах и реактивных состояниях // Проблемы современной сексопатологии: Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. М., 1972. Т. 65. С. 494-496.

Трайков Д.

Результаты лечения психогенной половой слабости у мужчин путем применения "плацебо" // Проблемы на сугестологията: Материалы на 1-м международен симп. по проблеми на сугестологията. София: Наука и изкуство, 1973. С. 560-563.

Трайков Д.

Психогенная форма полового бессилия у мужчин // Пол, брак, семья / Под ред. П. Попхристова, Т. Бостанджиева, А. Бонева. София, 1977. С. 175-184.

Трубицина Л. В.

Невербальная коммуникация в психотерапии // Журн. невропатологии и психиатрии. 1990. Вып. 12. С. 59-62.

Ушаков Г. К.

Пограничные нервно-психические расстройства. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медицина, 1987. 304 с.

Федоров А. Б.

Некоторые новые приемы, улучшающие восприятие рациональной психотерапии у больных с сексуальными нарушениями // Социально-психологические и медицинские аспекты брака и семьи: Тез. докл. 3-й обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. Харьков, 1987. С. 464-466

- Фридман А. М.*
Психотерапия депрессий // Журн. невропатологии и психиатрии. 1990. Вып. 12. С. 85-87.
- Хананашивили М. М.*
Информационные неврозы. Л.: Медицина, 1978. 144 с.
- Хананашивили М. М.*
Патология высшей нервной деятельности. М.: Медицина, 1983. 288 с.
- Чайка Ю. Г.*
Психическая адаптация больных шизофренией в ремиссии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Харьков, 1986. 28 с.
- Чухрова В. А.*
Клиническая электроэнцефалография: Пособие для врачей. АМН СССР, НИИ неврологии. М., 1990. 72 с.
- Шостакович Б. В., Матвеев В. Ф.*
Психопатии и патохарактерологические развития // Руководство по психиатрии / Под ред. Г. В. Морозова. М.: Медицина, 1988. Т. 2. С. 301-349.
- Шостакович Б. В., Ткаченко А. А.*
Экзгибиционизм. М., 1992. 200 с.
- Шутов А. А., Пустоханова Л. В., Шестаков В. В.*
Психовегетативные соотношения у больных неврозами и у лиц с факторами риска сосудистых заболеваний головного мозга // Журн. невропатологии и психиатрии. 1989. Вып. 11. С. 18-22.
- Щеглов Л. М.*
Лечение психогенной импотенции у мужчин, рассматриваемой в рамках "системного невроз" // Лечение половых расстройств: Тез. докл. респ. науч. конф. сексопатологов Украины. К., 1982. С. 71-75.
- Щеглов Л. М.*
Психотерапия мужчин с психогенной импотенцией // Диагностика и лечение сексуальных расстройств: Аннот. программа обл. и науч.-практ. конф. Харьков, 1983. С. 39-40.
- Щеглов Л. М.*
Десенсибилизация страха в терапии супружеской пары // Медико-психологические аспекты брака и семьи: Тез. докл. обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. Харьков, 1985. С. 144.
- Юнда И. Ф.*
Болезни мужских половых органов. К.: Здоров'я, 1981. 247 с.
- Юнеман И. Я.*
Клиника половых расстройств и сексуальная реабилитация мужчин при поражении спинного мозга: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1977. 20 с.
- Яковлева Е. К.*
Патогенез и терапия невроза навязчивых состояний и психастении. Л.: МЗ РСФСР, 1958. 148 с.
- Adamopoulos D. A., Vassilopoulos P., Karolla N., Kontogeorgos L.*
Reproductive system related endocrine activity in man. A. Pituitary hormones // Acta Endocr. 1983. Suppl. 261. P. 38-39.
- Araoz D. L.*
Hypnosis and sex therapy. New York: Brunner / Mazel, 1982. 178 p.
- Arieti S.*
The realm of the unconscious in the cognitive schools of psychoanalysis // Бессознательное: природа, функции, методы исследования. Тбилиси: Мецниереба, 1978. Т. 3. С. 47-55.

- Auerbach R., Kilman P.*
The effects of group systematic desensitization on secondary erectile failure // Behavior Therapy. 1977. Vol. 8, N 4. P. 330-339.
- Bailey D. J., Dolan A. L., Pharoah P. D. P., Herbert J.*
Role of gonadal and adrenal steroids in the impairment of the male rats sexual behavior by hyperprolactinaemia // Neuroendocrinol. 1984. Vol. 39, N 6. P. 555-562.
- Bancroft J.*
Hormones and human sexual behavior // Brit. Med. Bull. 1981. Vol. 37, N 2. P. 153-158.
- (Bandler R.) Бэндлер Р.*
Используйте свой мозг для изменения. Нейролингвистическое программирование / Под ред. К. Андреаса и С. Андреаса: Пер. с англ. Санкт-Петербург: Ювента, 1994. 168 с.
- Bandler R., Grinder J.*
The structure of Magic 1. A book about language and therapy. Palo Alto: Science and Behaviour Book, 1975. 225 p.
- Bandler R., Grinder J.*
Frogs into princes. Neurolinguistic programming. San-Francisco, 1979. 193 p.
- Bartke A., Klemcke H., Matt K. ;*
Effects of physiological and abnormally elevated prolactin levels on the pituitary-testicular axis // Med. Biol. 1985. Vol. 63, N 5-6. P. 264-272.
- Beck A. T.*
Cognitive theory and emotional disorders. New York, 1976. 356 p.
- Beitman B. D., Goldfried M. R., Norcross J. C.*
The movement toward integrating the psychotherapies: An overview // Amer. J. Psychiatry. 1989. Vol. 146, N 2. P. 138-147.
- Beran J.*
Psychotherapie jako so ucast odbornosti lekare cas // Lek. ces. 1988. Sv. 127, N 33. S. 1025-1029.
- Bieder L.*
Psychoanalytic treatment of sexual disorders // J. of Sex and Marital Therapy. 1974. N1. P. 5-15.
- Bouloux/Ashley Grossman P. M.*
Hyperprolactinaemia and sexual function in the male // Brit. J. Hosp. Med. 1986. Vol. 37, N 6. P. 503-508.
- Bozok B., Bühler K. E.*
Wirkfaktoren der Psychotherapie — spezifische und unspezifische Einflüsse // Fortschr. Neurol. Psychiatr. 1988. Bd. 56, N 4. S.1 19-132.
- Buvat J., Zemaire A., Buvat-Herbant M. et al.*
Hyperprolactinemia and Sexual Function in men // Horm. Res. 1985. Vol. 22. P. 196-203.
- Caligaris L., Tateisnik S.*
Prolactin release Induced by stress and the Influence of oestrogen and progesterone treatments, sex and daily rhythm // Acta endocrinol. 1983. Vol. 102, N4. P. 505-510.
- (Cameron-Bandler L.) Кэмерон-Бэндлер Л.*
С тех пор они жили счастливо: простая и эффективная психотерапия сексуальных проблем и трудностей во взаимоотношениях. Воронеж: НПО "МОДЭК", 1993. 256 с.

- Clark D. F.*
Fetishism treated by negative conditioning // Brit. J. Psychiat. 1963. Vol. 109. P. 404-407.
- Clement U.*
Sexualität im Sozialen Wandel. Eine empirische Vergleichsstudie an Studenten 1966 und 1981. Stuttgart, 1986. 129 S.
- Cooper A. J.*
A clinical study of "coital anxiety" in male potency disorders // J. Psychosom. Res. 1969. Vol. 13. P. 143-147.
- Cooper A.*
Outpatient treatment of impotence // J. of Nervous and Mental Disease. 1969. Vol. 149. P. 360-371.
- Crasilneck H. B.*
The use of hypnosis in the treatment of psychogenic impotency // Proceeding of the 8th International Congress of Hypnosis and Psychosomatic Medicine. Melbourne, Australia, 19-24 August, 1979. Amsterdam – New York – Oxford, 1979. P. 1-7.
- Csillad E.*
Modification of penile erectile response // J. Behav. Ther. and Experim. Psychiat. 1976. Vol. 7, N 1. P. 27-29.
- Cumming D. C., Quigley M. E., Yen S. S. C.*
Acute suppression of circulating testosterone levels by cortisol in men // J. Clin. Endocrinol. and Metab. 1983. Vol. 57, N 3. P. 671-673.
- Deabler H.*
Hypnotherapy of impotence // American Journal of Clinical Hypnosis. 1976. Vol. 19. P. 9-12.
- Doherty P. C., Bartke A., Hogan M. P. et. al.*
Effects of hyperprolactinemia on copulatory behavior and testicular human chorionic gonadotropin binding in adrenalectomized rats // Endocrinol. 1982. Vol. 111, N 3. P. 820-826.
- Doherty P. C., Smith M. S.*
Testosterone replacement therapy does not alter the suppression of copulatory behavior in hyperprolactinemic male rats // Biol. Reprod. 1981. Vol. 24, Suppl. N 1. P. 51 A.
- Drago F.*
Prolactin and sexual behavior: A review // Neurosci. and Biobehav. Rev. 1984. Vol. 8, N 4. P. 433-439.
- Dube J. J., Ngos-Ha N. T., Tremblay R. R.*
Endocrinology. 1975. Vol. 96. P. 235-237.
- (Everly G. S., Rosenfeld R.) Эверли Дж. С., Розенфельд Р.*
Стресс: природа и лечение: Пер. с англ. М.: Медицина, 1985. 224 с.
- Eysenck H. J.*
Sex and personality. London, 1976. 256 p.
- Finkel A., Thompson R.*
Alternatives to androgenic hormones in treating male impotency // Geriatrics. 1972. Vol. 27. P. 74-76.
- Frank D. R.*
Psychological theories of the effects of placebos with special consideration for the attribution theory // Pharmacopsychiatry. 1986. Vol. 19, N 4. P. 337-338.

- Frank J. D.*
Psychotherapy — the transformation of meaning: Discussion paper // J. Roy. Soc. Med. 1986. Vol. 79, N 6. P. 341-346.
- (Frankl V.) Франкл В.*
Человек в поисках смысла: Сборник: Пер. с англ. и нем. / Общ. ред. Л. Я. Гозмана и Д. А. Леонтьева. М.: Прогресс, 1990. 368 с.
- (Freud S.) Фрейд З.*
О психоанализе. М.: Наука, 1911. 67 с.
- (Freud S.) Фрейд З.*
Методика и техника психоанализа. М.: Петербург. Гос. изд-во, 1923. 136 с.
- (Freud S.) Фрейд З.*
Психология масс и анализ человеческого “Я”. М.: Современные проблемы, 1925. 98 с.
- (Freud S.) Фрейд З.*
Введение в психоанализ: Лекции. М.: Наука, 1989. 456 с.
- (Freud S.) Фрейд З.*
Психология бессознательного: Сб. произведений / Сост., науч. ред., авт. вступ. ст. М. Г. Ярошевский. М.: Просвещение, 1989. 448 с.
- (Freud S.) Фрейд З.*
Очерки по психологии сексуальности. М.: МЦ “Система” при МК ВЛКСМ, 1989. 85 с.
- (Freud S.) Фрейд З.*
Избранное / Сост., общ. ред. и предисл. А. И. Белкина. М.: Внешторгиздат, 1990. 448 с.
- Frick-Bruder V.*
Sexuelle Funktionstörungen des Mannes // Z. Allg. Med. 1979. Bd. 55, S. 1387-1389.
- Froese M.*
Zum Problem der Begandlungsmotivation und Indikation in der Psychotherapie // Z. Klin. Med. 1989. Bd. 44, N 25. S. 2197-2199.
- Futterman A. D., Schapiro D. A.*
A review of biofeedback for mental disorders // Hosp. Commun. Psychiatry. 1986. Vol. 37, N1. P. 27-33.
- Galinowski A., Benkelfat C., Lajeunesse C.*
Therapies cognitives des depressions // Acta psychiatr. belg. 1986. Vol. 86, N 3. P. 305-315.
- Gauchet M., Swain G.*
Du traitement moral. Remarques sur la formation de l’idée contemporaine de psychothérapie // Confront psychiatr. 1986. N 26. P. 19-40.
- Gebhard P. H., Johnson A. B.*
The Kinsey data: Marginal tabulations of the 1938-1963 interviews conducted by the institute for sex research. Philadelphia, 1979. 642 p.
- Geyer M., Ptöttner G., Winięcki P.*
Die Schätzskala zur Psychotherapieemotivation als prozeß begleitendes Verfahren // Z. Klin. Med. 1989. Bd. 44, N 25. S. 2189-2192.
- Gill H., Temperlay J.*
Time-limited marital treatment in a foursome // British Journal of Medical Psychology. 1974. Vol. 47. P. 153-162.
- Godlewski J., Szalankiewicz M.*
Elementy obsceniczne uzyte w terapii zaburzen erekcji // Psychiatr. Pol. 1979. T. 13, N 4. S. 423-424.

Goldstein N. J.

The relationship between coping and avoiding behavior and response to fear-arousing propaganda // *J. Abn. Soc. Psychol.* 1959. Vol. 58, N 3. P. 247-252.

Gooren L. J. G., Daantje C. R. E.

Psychological stress as a cause of intermittent gynecomastia // *Hormone metabol. Res.* 1986. Vol. 18, N 6. P. 424.

Gorcey M., Santiago J. M., McCall-Perez F.

Psychological consequences for women sexually abused in childhood // *Soc. Psychiatry.* 1986. Vol. 21, N 3. P. 129-133.

Greben S. E.

Psychotherapy today. Further consideration of the essence of psychotherapy // *Brit. J. Psychiatry.* 1987. Vol. 151, N Sept. P. 283-287.

(Green R.) Грин Р.

Психологические теории нарушения эрекции // Вагнер Г., Грин Р. Им-потенция (физиология, психология, хирургия, диагностика, лечение): Пер. с англ. М: Медицина, 1985. С. 105-114.

Greenson R.

The technique and practice of psychoanalysis. New York, 1986. Vol. 1. 411 p. L. XXV.

Grinder J., Bandler R.

The structure of Magic II. A book about language and therapy. Palo Alto: Science and Behaviour Books, 1975. 198 p.

Grinder J., Bandler R.

Transformations: Neurolinguistic programming and the structure of hypnosis. Moab (Utah), 1981. 255 p.

Haan N.

A tripartite model of ego functioning: Values a. clin. res. applications // *J. Nerv. Ment. Dis.* 1963. Vol. 148, N 1. P. 14-30.

Haldipur C. V.

The meaning of psychotherapy // *Psychol. Med.* 1985. Vol. 15, N 4. P. 727-732.

Harrison R. F.

Stress spikes of hyperprolactinaemia and infertility // *Hum. Reprod.* 1988. Vol. 3, N 2. P. 173-175.

Haynal A., Ferrero F.

Les nouvelles psychothérapies: Etude critique // *Confront, psychiatr.* 1986. N 26. P. 185-206.

(Heftmann E.) Хефтман Э.

Биохимия стероидов / Под. ред. и с предисл. проф. И. В. Торгова: Пер. с англ. М.: Мир, 1972. 175 с.

Hellhammer D. H., Walter H., Schürmeyer T.

Changes in saliva testosterone after psychological stimulation in men // *Psychoneuroendocrinology.* 1985. Vol. 10, N 1. P. 77-81.

Henson D., Rubin H.

Voluntary control of eroticism // *J. Appl. Behav. Analysis.* 1971. Vol. 4, N 1. P. 37-44.

Hermann P.

L'évaluation des effets des psychothérapies // *Confront. Psychiatr.* 1986. N 26. P. 247-290.

Herman S., Prewett M.

An experimental analysis of feedback to increase sexual arousal // *J. of Behav. Ther. and Experim. Psychiat.* 1974. Vol. 5. P. 271-274.

- Hogan D.*
The effectiveness of sex therapy // Handbook of Sex Therapy / Ed. by LoPiccolo J., LoPiccolo L. New York: Plenum Press, 1978. P. 57-84.
- Holmes D., Houston B. K.*
Effectiveness of situational redefinition and affective isolation for reducing stress // J. Pers. Soc. Psychol. 1974. Vol. 29, N 3. P. 212-218.
- Imieliński K.*
Modyfikacja psychoterapii nerwicowych zaburzeń wzwodu członka // Pol. Tyg. Lek. 1971. T. 26, N 24. S. 910-912.
(*Imieliński K.*) *Имелинский К.*
Психогигиена половой жизни: Пер. с польск. М.: Медицина, 1972. 256 с.
- Imieliński K.*
Leczenie zaburzeń psychoseksualnych // Sexuologia kliniczna / Pod red. T. Bilikiewicza, K. Imielińskiego. Warszawa: PZWL, 1974. S. 323-406.
(*Imieliński K.*) *Имелинский К.*
Сексология и сексопатология: Пер. с польск. М.: Медицина, 1986. 423 с.
- Imieliński K.*
Człowiek i seks. Warszawa: Inst. Wyd. Związków Zawodowych, 1986. 308 s.
Jakubik A.
Histeria: Metodologia, teoria, psychopatologia. Warszawa: PZWL, 1979. 374 s.
- James B.*
Case of homosexuality treated by aversion therapy // Brit. Med. J. 1962. N 5280. P. 768-770.
- Kaplan H. S.*
The new sex therapy. New York: BRUNNER/MAZEL, 1974. 544 p.
(*Kaplan H. S.*) *Каплан Х. С.*
Сексуальная терапия. Иллюстрированное руководство: Пер. с англ. М.: Независимая фирма "Класс", 1994. 160 с.
- Karacan I., Moore C. A.*
Psychodynamics of erectile failure // International Perspectives in Urology: Management of Male Impotence. 1982. Vol. 5. P. 46-51.
Khorram O., Bedran de Castro J. C., McCann S. M.
Stress-induced secretion of α -melanocyte-stimulating hormone and its physiological role in modulating the secretion of prolactin and luteinizing hormone in the female rat // Endocrinology. 1985. Vol. 117, N 6. P. 2483-2489.
- Kinsey A. C., Pomeroy W. B., Martin C. B., Gebhard P. N.*
Sexual behavior in the human male. Philadelphia, 1948. 804 p.
(*Kleinsorge H., Klumbies G.*) *Клейнзорге Х., Клюбмбис Г.*
Техника релаксации: Пер. с нем. М.: Медицина, 1965. 80 с.
- Klerman G. L., Weismann M. M.*
Interpersonal psychotherapy (IPT) and drugs in the treatment of depression // Pharmacopsychiatrie. 1987. Vol. 20, N 1. P. 3-7.
- Kockott G.*
Ergebnisse der Verhaltenstherapie bei Potenzstörungen // MMW. 1980. Vol. 122, N15. S. 539-542.
- Kofta M.*
Some interrelation between consciousness, behavior, integration and defense mechanism // Бессознательное: природа, функции, методы исследования. Тбилиси: Мецниереба, 1978. Т. 3. С. 402-413

- Kofta M.*
Samokontrola a emocje. Warszawa: PWN, 1979. 376 s.
- Kolanczyk A.*
Funkcje i struktura czynności obronnych reinterpretacyjnych // Przegł. Psychol. 1978. T. 21, N 2. S. 249-270.
- Kolanczyk A.*
Reinterpretative defense activities // Polish Psychol. Bull. 1982. T. 13, N 2. S. 129-141.
- (Kratochvíl S.) Кратохвил С.*
Терапия функциональных сексуальных расстройств: Пер. с чешск. М.: Медицина, 1985. 159 с.
- (Kratochvíl S.) Кратохвил С.*
Психотерапия семейно-сексуальных дисгармоний: Пер. с чешск. М.: Медицина, 1991. 336 с.
- Krebs-Roubicek E.*
Psychotherapie der Depression // Therapiewoche. 1987. Bd. 37, N11. S. 942-948.
- La Femítia R. S.*
The use of an auditory stimulus to arouse masturbatory fantasy in an impotent male // Behav. Ther. Experim. Psychiatry. 1977. Vol 8, N 5. P. 433-435.
- Langer G.*
Über die psychotherapeutischen wirkungen von Psychopharmaka: Grundsätzliche Anmerkungen aus psychologischer sicht // Wien med. Wschr. 1986. Bd. 136, N 19-20. S.491-497.
- Laws D., Rubin H.*
Instructional control of an automatic sexual response // J. Appl. Behav. Analysis. 1969. Vol. 2, N 2. P. 93-99.
- Layman W.*
Pseudo incest // Comprehensive Psychiatry, 1972. Vol. 13. P. 385-390.
- (Leonhard K.) Леонгард К.*
Акцентуированные личности: Пер. с нем. 2-е изд. стер. К.: Вища шк. Головн. изд-во, 1989. 375 с.
- Lew-Starowicz Z.*
Seks partnerski. Warszawa: PZWL, 1985. 343 s.
- Lew-Starowicz Z.*
Leczenie nerwic seksualnych. Warszawa: PZWL, 1991. 263 s.
- Lobitz W. C., LoPiccolo J.*
New methods in the behavioral treatment of sexual dysfunction // Annual Review of Behavior Therapy and Practice / Ed. by Franks C. M., Wilson G. T. New York: Brunner/Mazel, 1974. P. 627-636.
- Lux E.*
Szexual pszichologia. Budapest: Medicina Kanjukiado, 1981. 240 l.
- Magrini G., Ebiner J. R., Burckhardt P., Febber J. P.*
Study on the relationship between plasma prolactin levels and androgen metabolism in man // J. Clin. Endocrinol. and Metabol. 1976. Vol. 43, N 4. P. 944-947.
- Mann D. W.*
The question of medical psychotherapy // Amer. J. Psychother. 1989. Vol. 43, N 3. P. 405-413.
- Marks I.*
Behavioural psychotherapy in general psychiatry. Helping patients to help themselves // Brit. J. Psychiatry. 1987. Vol. 150, May. P. 593-597.

- Masters W. H., Johnson V. E.*
Human sexual inadequacy. Boston: Little, Brown and Co., 1970. 467 p.
(*Matejowa Z., Masūra S.*) *Матејова З., Мауура С.*
Музыкотерапия при заикании: Пер. с чешек. К.: Вища шк. 1984. 303 с.
McCann S. M.
Central mechanisms involved in stress-induced hypogonadism // *Gynecol. Endocrinol.* 1987. Vol. 1, Suppl. N 1. P. 28.
Meyer V., Chesser E.
Verhaltens-therapie in der klinischen Psychiatrie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1975. 228 S.
Milin J., Martinović J., Demajo M. et al.
Pineal gland and opioid peptides might be intervening variables in initial stress-induced prolactin surge // *Neuroendocr. Correl. Stress. Proc. Int. Symp. Neuroendocr. Aspects Stress, Cavtat, Sept. 9-15, 1984. New York; London, 1986. P. 191-216.*
Miller I. W., Norman W. H., Keitner G. I. et al.
Cognitive-behavioral treatment of depression in patients // *Behav. Ther.* 1989. Vol. 20, N 1. P. 25-47.
Mimoun M. S.
Approche Psychodynamique des Difficultés Sexuelles // *Ann. Urol.* 1984. Vol. 18, N3. P. 175-179. /
Miyabo S., Asato T., Mizushima N.
Prolactin and Growth Hormone Responses to Psychological Stress in Normal and Neurotic subjects // *J. clin. Endocrin.* 1977. Vol. 44, N 5. P. 947-951.
Modebe D.
Serum Prolactin Concentration in Impotent African Males // *Andrologia.* 1989. Vol. 21, N 1. P. 42-47.
O'Connor J., Stern L.
Results of treatment in functional sexual disorders // *New York State J. of Medicine.* 1972. Vol. 72. P. 1927-1934.
Porto R., Abraham G.
Psychoanalyse et Thérapies Sexologiques. Paris: Payot, 1978. 250 p.
Raymond M. I.
Case of fetishism treated by aversion therapy // *Brit. Med. J.* 1956. N 4997. P. 854-857.
(*Reuben D.*) *Рейбен Д.*
Все, что вы хотите узнать о сексе, по стесняетесь спросить: Пер. с англ. Харьков: Агентство "Харьков-Новости", 1991. 240 с.
Reynolds B. S.
Psychological treatment models and outcome results for erectile dysfunction: A critical review // *Psychol. Bull.* 1977. Vol. 84. P. 1218-1238.
Sadger J.
Уретральная эротика // *Freud S., Jones E., Hattinberg H., Sadger J. Психонализ и учение о характерах.* М.; Петроград: Гос. изд-во, 1923. С. 73-124.
Schilling E., Loth N. A.
Psychisch bedingte Potenzstörungen. Psychologische Diagnose und psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten // *Fortschr. Med.* 1980. Bd. 98, N44. S. 1748-1751.
Schmieschek H. G.
Fragebogen zur Ermittlung akzentuierten Persönlichkeiten // *Psychiatr., Neurol., med. Psychol.* 1970. N 10. S. 378-381.

- (*Schnabl S.*) *Шнабль С.*
 Мужчина и женщина. Интимные отношения: Пер. с нем. / Под ред. А. М. Свядоша. Кишинев: Штиинца, 1983. 234 с.
- Schultz I. H.*
 Das autogene Training. Konzentration, Selbstentspannung. Versuch einer klinisch-practischen Darstellung. 18 unveränderte Auflage. Stuttgart; New York: Georg Thieme Verlag. 410 S.
- Senjko A.*
 Próba analizy mechanizmów obronnych w ujeciu dyspozycyjnym // *Przeegl. Psychol.* 1981. T. 24, N 2. S. 247-259.
- el-Senoussi, Coleman D., Jaubei A.*
 Factors in male impotence // *J. of Psychology.* 1959. Vol. 48. P. 3-46.
- Serafini P., Lobo R. A.*
 Prolactin modulates peripheral androgen metabolism // *Fertil. and Steril.* Vol. 45, N 1-2. P. 41-46.
- Sigusch V., Schmidt G.*
 Jugendsexualität. Dokumentation einer Untersuchung. Stuttgart, 1973. 211 S.
- Sjöbäck H.*
 The psychoanalytic theory of defensive processes: A critical survey. Lund: CWC Gleerup, 1973. 297p.
- (*Skinner B.*) *Скиннер Б.*
 Оперантнос поведение // История зарубежной психологии (30-60-е гг. XX в.): Тексты / Под ред. П. Я. Гальперина, А. Н. Ждан. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1986. С. 60-95.
- Solomon Sh., Holmes D. S., McCoul K. D.*
 Behavioural control over aversive events: Does control that requires efforts reduce anxiety and physiological arousal? // *J. Pers. Soc. Psychol.* 1980. Vol. 39, N4. P. 729-736.
- Steger R. W., Bartke A., Bain P. A., Chandrashekar V.*
 Hyperprolactinemia disrupts neuroendocrine responses of male rats to female conspecifics // *Neuroendocrinol.* 1987. Vol. 46, N 6. P. 499-503.
- (*Террерман J., Тсррерман Н.*) *Террермен Дж., Террермен Х.*
 Физиология обмена веществ и эндокринной системы. Вводный курс: Пер. с англ. М.: Мир, 1989. 656 с.
- (*Wagner G., Green R.*) *Вагнер Г., Грин Р.*
 Импотенция (Физиология, психология, хирургия, диагностика и лечение): Пер. с англ. М.: Медицина, 1985. 240 с.
- Wallace D. H., Barbach L. G.*
 Preorgasmic group treatment // *J. Sex Marital Ther.* 1974. N 1. P. 146-154.
- Winięcki P., Plöttner G., Geyer M., Bernt H.*
 Zur Verlaufanalyse des Psychotherapieprozesses // *Z. Klin. Med.* 1989. Bd. 44, N 25. S. 2201-2204.
- Zuckerman M.*
 Sexual Arousal in the Human: Love, Chemistry or Conditioning? // *Physiological correlates of human behaviour.* London: Academic Press Inc., 1983. P. 299-326.

Краткие сведения об авторе

Гарник Суменович Кочарян — доктор медицинских наук, профессор кафедры медицинской сексологии и медицинской психологии Харьковского института усовершенствования врачей (г. Харьков, Украина). Родился 2 июня 1949 г. в г. Киеве. В 1974 г. с отличием закончил Харьковский медицинский институт. В 1983 г. защитил кандидатскую диссертацию “Состояние половых функций у мужчин при вибрационной болезни”, а в 1992 г. — докторскую “Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин (формирование, патогенетические механизмы, клинические проявления, психотерапия)”.

Область научных интересов: психогенные сексуальные расстройства и их психотерапия; новые психотерапевтические методы и методики.

Автор многих печатных работ, включая следующие:

Синдром ожидания сексуальной неудачи и модификации поведения // Журн. невропатологии и психиатрии. 1991. Вып. 5. С. 73-76.

Синдром тревожного ожидания неудачи и поведенческая адаптация, сопряженная с интимной близостью // Здоровоохранение Белоруссии. 1991. N 7. С. 52-56.

О диагностическом понятии “психогенная импотенция” и его аналогах // Український вісник психоневрології. 1994. Вып. 4. С. 36-40.

Новый психотерапевтический способ в лечении синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи // Сексология и андрология. Киев, 1994. Вып. 2. С. 88-93.

Ускоренный вариант аутогенной тренировки для лечения сексуальных расстройств: Методические рекомендации. М.: Упр. спец. мед. помощи МЗ СССР, 1991. 19 с.

Новые психотерапевтические приемы и методики в сексологической практике: Методические рекомендации. М.: Упр. спец. мед. помощи МЗ СССР, 1991. 20 с.

Психоанализ и сексуальные расстройства: Учеб.-метод. пособие. Харьков: ХГУ, 1994. 41с.

Половые расстройства при вибрационной болезни // Частная сексопатология: Руководство для врачей / Под ред. Г. С. Васильченко. М.: Медицина, 1983. Т. 2. С. 218-222.

Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. М.: Медицина, 1994. 224 с. (соавт. А. С. Кочарян).

Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и его лечение. Харьков: Основа, 1995. 279 с.

Адрес: Украина, 310002, Харьков-2, ул. Каразина, 7/9, кв. 29.
Кочаряну Г. С.

Concise information about the author

Garnik Surenovich Kocharyan is the Doctor of Medical Science (M. D. Ph. D.), the Professor of the Department of Medical Sexology and Medical Psychology of the Kharkov Institute of Advanced Training for Doctors (Kharkov, Ukraine). He was born on June 2, 1949 In Kiev. In 1974 he graduated from the Kharkov Medical Institute with honours. In 1983 he defended his thesis for Candidate of Medical Science (Ph. D.) "State of Sexual Functions in Males with Vibrational Disease", and in 1992 he defended his thesis for Doctor of Medical Science "Anxious Sexual Failure Expectation Syndrome in Males (Formation, Pathogenetic Mechanisms, Clinical Manifestations, Psychotherapy)".

The area of his scientific interests is as follows: psychogenic sexual disturbances and their psychotherapy; new psychotherapeutic methods and techniques.

He is the author of many scientific publications, among them there are:

Sexual failure expectation syndrome and behavioural modifications // Journal of Neuropathology and Psychiatry. 1991. N 5. P. 73-76.

Anxious failure expectation syndrome and behavioral adaptation entailed by intimacy // Public Health in Byelorussia. 1991. N 7. P. 52-56.

On diagnostic notion of "psychogenic impotency" and its analogues // Ukrainian Herald of Psychoneurology. 1994. N 4. P. 36-40.

A new psychotherapeutic way in treating anxious sexual failure expectation syndrome // Sexology and andrology. Kiev, 1994. Vol. 2. P. 88-93.

An accelerated variant of autogenic training for treating sexual disturbances: Methodic recommendations. Moscow: Ministry of Public Health of USSR, Department of Specialized Medical Aid, 1991. 19 p.

New psychotherapeutic ways and technique in sexological practice: Methodic recommendations. Moscow: Ministry of Public Health of USSR, Department of Specialized Medical Aid, 1991. 20 p.

Psychoanalysis and sexual disturbances (Textbook). Kharkov: Kharkov State University, 1994. 41 p.

Sexual disturbances in vibrational disease // Specific sexopathology (Manual for doctors) / Ed. G. S. Vasilchenko. Moscow: Meditsina Publishers, 1983. Vol. 2. P. 218-222.

Psychotherapy of sexual disturbances and matrimonial conflicts. Moscow: Meditsina Publishers, 1994. 224 p. (co-author: A. S. Kocharyan).

Anxious sexual failure expectation syndrome in males and its treatment. Kharkov: Osnova Publishers, 1995. 279 p.

Mailing address: Kocharyan G. S., Apt. 29, 7/9 Karazin Street, Kharkov, 310002, Ukraine.

Оглавление

Введение	4
Глава I. Психогенные сексуальные расстройства у мужчин и методы их психотерапевтической коррекции	6
1.1. Проблема психогенных расстройств потенции и синдром тревожного ожидания неудачи	6
1.2. Механизмы развития психогенных сексуальных нарушений, синдрома ожидания неудачи и его клинические проявления	14
1.3. Психотерапия психогенных расстройств потенции и синдрома тревожного ожидания неудачи	33
Глава 2. Материал и методы исследования	51
Глава 3. Анализ синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи	61
3.1. Частота и формирование	61
3.2. Клинические проявления	75
3.2.1. Симптоматика и симптомообразование	75
3.2.2. Структурный анализ сексуальных расстройств, в формировании которых участвовал изучавшийся синдром	94
3.2.3. Клинико-психологическая характеристика	101
3.2.3.1. Вводные замечания	101
3.2.3.2. Изменения поведения, сопряженные с интимной близостью	103
3.2.3.3. Внекоитальные модификации поведения	125
3.2.4. Течение и клинические варианты	138
3.2.5. Нозологическая специфика	142
3.2.6. Системно-структурный анализ сексуальной гармонии	157
Глава 4. Характеристика обследованных больных по данным параклинических диагностических методов	162
4.1. Психологические исследования	162
4.2. Физиологические и психофизиологические исследования	173
4.3. Радиоиммунологические, радиоферментные и радиорецепторные исследования	181
Глава 5. Психотерапия синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи	188
5.1. Некоторые методологические вопросы	188
5.2. Оригинальные психотерапевтические приемы и методики	191
5.3. Дифференцированная психотерапевтическая коррекция и результаты лечения	214
Заключение	227
Список литературы	247
Краткие сведения об авторе	274
Concise information about the author	275

Contents

Introduction	4
Chapter 1. Psychogenic sexual disturbances in males and methods of their psychotherapeutic correction	6
1.1. Problem of psychogenic disturbances of sexual potency and anxious failure expectation syndrome	6
1.2. Mechanisms of developing psychogenic sexual abnormalities, failure expectation syndrome and its clinical manifestations	14
1.3. Psychotherapy for psychogenic disturbances of sexual potency and for anxious failure expectation syndrome	33
Chapter 2. Material and methods of study	51
Chapter 3. Analysis of anxious sexual failure expectation syndrome	61
3.1. Incidence and formation	61
3.2. Clinical manifestations	75
3.2.1. Symptoms and their formation	
3.2.2. Structural analysis of sexual disturbances formed with participation of the syndrome which was studied	94
3.2.3. Clinico-psychological characteristic	101
3.2.3.1. Introductory remarks	101
3.2.3.2. Behavioural changes entailed by intimacy	103
3.2.3.3. Extracoital modifications in behaviour	125
3.2.4. Course and clinical variants	138
3.2.5. Nosological specificity	142
3.2.6. Systematic structural analysis of sexual harmony	157
Chapter 4. Characteristic of examined patients by data of paraclinical diagnostic methods	
4.1. Psychological studies	162
4.2. Psychological and psychophysiological studies	173
4.3. Radioimmunological, radioenzymatic and radioreceptive studies	181
Chapter 5. Psychotherapy for anxious sexual failure expectation syndrome	188
5.1. Some methodological problems	188
5.2. Original psychotherapeutic ways and technique	191
5.3. Differential psychotherapeutic correction and results of treatment	214
Conclusions	227
List of literature	247
Concise information about the author	275

Наукове видання

Кочарян Гарнік Суренович
Синдром тривожного очікування сексуальної невдачі
у чоловіків і його лікування

Російською мовою

Редактор *Н. С. Калініна*
Художник обкладинки *В. Є. Петренко*
Художній редактор *С. М. Нурахметов*
Технічний редактор *О. В. Скрильова*
Коректор *І. А. Омельченко*

Здано до складання 30.01.95. Підписано до друку 04.11.95.

Формат 60x84 1/16.

Папір офсет. №2. Гарнітура “Таймс”. Друк офсетний.

Умов. друк. арк. 16,21. Умов. фарбо-відб. 17,43. Обл.-вид. арк. 22,0.

Тираж 1000 пр. Вид. № 2353. Зам.

Державне спеціалізоване видавництво “Основа”.

Україна, 310005, Харків, майдан Повстання, 17.

Компютерна верстка та друк фірми “Программ-Асс”.

Україна, 310013, Харків, вул. Шевченко, 6. Тел.: (0572) 47-41-84

Кочарян Г. С.

К 75

Синдром тривожного очікування сексуальної невдачі у чоловіків і його лікування. Х.: Основа, 1995. 279 с.

ISBN 5-7768-0427-2

У монографії розглянуто формування, фізіологічні та психологічні механізми патогенезу, сексологічні і несексологічні клінічні прояви, а також лікування (в основному психотерапія) найбільш універсального, але раніше мало вивченого сексопатологічного синдрому у чоловіків — синдрому тривожного очікування сексуальної невдачі. Наведено нові концептуальні підходи, оригінальні психотерапевтичні прийоми та методики, рекомендації щодо диференційованої психотерапевтичної корекції зазначеного синдрому і його медикаментозного лікування.

Для сексопатологів, психотерапевтів, психіатрів, медичних психологів.

К $\frac{4108110100-000}{226-95}$ Заповне

ISBN 5-7768-0427-2

Библиографическая справка о книге: Кочарян Г. С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и его лечение / Г. С. Кочарян. — Харьков: Основа, 1995. — 279 с.