

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Харківська медична академія післядипломної освіти

Кафедра сексології, медичної психології, медичної та
психологічної реабілітації

СИНДРОМ ТРИВОЖНОГО ОЧІКУВАННЯ СЕКСУАЛЬНОЇ
НЕВДАЧІ

Навчально-методичний посібник

для самостійної роботи слухачів

Харків – 2019

Установа розробник:

Харківська медична академія післядипломної освіти

УКЛАДАЧ:

Кочарян Гарнік Суренович

д. мед. н., професор

РЕЦЕНЗЕНТИ:

Долуда С. М. – д. мед. н., професор каф. психіатрії ХМАПО;

Шестопалова Л. Ф. – д. психол. н., професор, зав. відділом мед. психології ДУ «Інститут неврології, психіатрії і наркології НАМН України»

Затверджено Вченою Радою Харківської медичної академії післядипломної освіти, протокол №9 від 13.11.2019 р.

ЗМІСТ

Питання для контролю вхідного рівня знань	4
Вступ	5
Розділ 1. Загальні дані відносно синдрому тривожного очікування сексуальної невдачі	5
Розділ 2. Варіанти формування та ініціювання	6
Розділ 3. Патогенез	7
Розділ 4. Сексологічна симптоматика	8
Розділ 5. Несексологічні прояви	10
Розділ 6. Невроз очікування невдачі як діагностичне поняття	12
Розділ 7. Клінічні варіанти і перебіг	13
Розділ 8. Критерії тяжкості та вираженості	15
Розділ 9. Лікування	16
Питання для контролю кінцевого рівня знань	27
Правильні відповіді на питання для контролю кінцевого рівня знань	30
Список рекомендованої літератури	31

Перелік умовних скорочень

СТОСН	синдром тривожного очікування сексуальної невдачі
МКХ-10	Міжнародна класифікація хвороб 10-го перегляду
ДПДГ	десенсибілізація і переробка рухом очей
НЛП	нейролінгвістичне програмування
СКПП	спосіб корекції поведінкових програм

Питання для контролю вхідного рівня знань

1. Хто з авторів спеціально займався поглибленим вивченням синдрому тривожного очікування сексуальної невдачі (СТОСН) у чоловіків? [6–10]
2. Коли і де СТОСН був детально вивчений? [6–10]
3. Яка часто у чоловіків з сексуальними дисфункціями має місце СТОСН? [6–10]
4. СТОСН частіше діагностується у чоловіків або у жінок? [7, 8]
5. Чи завжди у хворих зі СТОСН мають місце сексуальні дисфункції? [6–10]
6. Яке співвідношення між СТОСН і неврозом очікування невдачі? [6–10]
7. Які форми СТОСН виділяють в залежності від співвідношення між когнітивним і емоційним компонентом тривожного очікування? [7–9]
8. Які варіанти формування СТОСН існують? [6–10]
9. Які сексуальні дисфункції мають місце у хворих зі СТОСН? [6–10]
10. Яка сексуальна дисфункція найрідше діагностується у чоловіків зі СТОСН? [6–10]

ВСТУП

Сексуальні порушення мають місце досить часто. До них відносяться розлади сексуальної ідентифікації, трансформації статевої поведінки, розлади сексуальної переваги (парафілії) і сексуальні дисфункції. Останні по своїй частоті значно перевершують всі інші названі розлади. Так, за даними недавніх досліджень вони становлять 31% у чоловіків і 43% у жінок. Крім справжніх сексуальних дисфункцій можуть мати місце уявні сексуальні розлади, коли чоловік або жінка вважають себе хворими, але такими насправді не є. Ще один клас явищ складають сексуальні дисгармонії, які можуть бути обумовлені різними факторами. Це вже знаменує парний підхід до діагностики сексуальних проблем. Сексуальні дисфункції можуть бути психогенними, соматогенними і змішаними. Необхідність виявлення можливих психогенних чинників у генезі сексуальних дисфункцій важко переоцінити. Серед психогенних форм сексуальних дисфункцій у чоловіків дуже часто зустрічається розлад, який обумовлений тривожними побоюваннями або страхом опинитися неспроможним в найвідповідальніший момент. Це синдром тривожного очікування сексуальної невдачі (СТОСН).

Даний навчально-методичний посібник присвячено цьому синдрому і призначено для слухачів, що проходять підготовку з сексопатології.

Розділ 1. Загальні дані відносно СТОСН

СТОСН – один з найбільш універсальних сексопатологічних синдромів, який дуже часто діагностується у чоловіків, які звертаються за сексологічною допомогою. Детально він був вивчений в СРСР (в Україні) у другій половині 80-х – початку 90-х рр. ХХ ст. (Г. С. Кочарян, 1992, 1994). У західній літературі СТОСН відомий під назвою «fear of sexual failure» (страх / боязнь / побоювання сексуальної невдачі [англ.]). Основним в цьому синдромі є побоювання / страх неможливості виконати статевий акт або порушення здатності до повноцінного його здійснення. Вони максимально

виражені в обстановці інтимної близькості, що, як правило, призводить до порушення сексуальних функцій внаслідок їх дезавтоматизації.

СТОСН може існувати в двох іпостасях: в формі тривожного побоювання сексуальної невдачі, яка характеризується нав'язливими думками про можливу сексуальну невдачу і гіперконтролем напруги статевого члена (якщо побоювання стосується прогнозованих розладів ерекції), а також у формі страху сексуальної невдачі (коїтофобії) (Г. С. Кочарян, 2013, 2014, 2018), що характеризується більш вираженою представленістю емоційного компонента нав'язливості і супроводжується описаними нами вираженими вегетативними порушеннями (див. нижче). При цій формі у випадках, коли мова йде про прогнозування хворим розладів ерекції, виражений гіперконтроль напруги статевого члена також присутній. Слід мати на увазі, що термін «коїтофобія» не слід зводити тільки до боязні потерпіти фіаско при спробі здійснення статевого акту, що і лежить в основі страху його проведення. Коїтофобія може бути обумовлена і іншими факторами (Г. С. Кочарян, 2013, 2018).

Серед чоловіків, які звертаються за сексологічною допомогою, СТОСН найчастіше діагностується у хворих з невротичними розладами. При цьому на частку так званого неврозу очікування невдачі (в МКХ-10 відноситься до рубрик F40.1 і F42) припадає найбільша кількість випадків. Разом з тим даний синдром діагностується і при деяких розладах особистості (психопатії), а також у хворих з ендогенною психічною патологією, наприклад при шизофренії. Крім того, СТОСН часто ускладнює перебіг сексуальних розладів, спочатку обумовлених соматичною патологією (Г. С. Кочарян, 1992, 1994, 2013, 2014, 2018).

Розділ 2. Варіанти формування та ініціювання

Як свідчать наші дослідження, існують три варіанти формування СТОСН (Г. С. Кочарян, 1992, 1994, 2013, 2014, 2018). У першому випадку його поява передуює виникненню сексуальних порушень (*доманіфестне*

формування), у другому – перші сексуальні контакти з новими партнерками неодмінно супроводжуються тривожним очікуванням невдачі, що веде до копулятивних «збоїв». Проте наступні статеві акти з цими ж жінками протікають без вад, так як СТОСН досить швидко ліквідується (*маніфестне формування*). Третій варіант характеризується розвитком названого синдрому після виникнення сексуальних порушень (*постманіфестне формування*). У більшій частині хворих з останнім варіантом формування СТОСН він розвивається гостро або підгостро (через одну або кілька невдалих спроб), а у меншій – поступово (з моменту виникнення статевих розладів проходить досить тривалий період часу: місяць – роки). Ініціювати розвиток СТОСН можуть боязнь наслідків мастурбації (в даний час виключно рідко); фізіологічні коливання сексуальних функцій; тимчасові послаблення потенції, викликані фізичним і емоційним перенапруженням, вживанням алкоголю; ситуаційно обумовлені сексуальні дисфункції (проведення інтимної близькості в невідповідних умовах); неадекватна оцінка нормальних параметрів своїх статевих функцій; негативна оцінка сексуальних якостей чоловіка його сексуальною партнеркою (закиди, образи); наявність справжніх сексуальних розладів, зумовлених іншою патологією, і багато іншого. (Г. С. Кочарян, 1992, 1994, 2013, 2014, 2018). Серед внутрішніх причин, що сприяють виникненню цього синдрому, слід, зокрема, назвати тривожно-недовірливі риси характеру, які спостерігаються при деяких акцентуаціях характеру і розладах особистості (психастенічна і сенситивна акцентуації, ананкастний розлад особистості). У ряді випадків викликаючими факторами є саме внутрішні, в той час як екзогенні (психогенні) лише сприяють розвитку СТОСН (Г. С. Кочарян, 1992, 1994, 2013, 2014, 2018).

Розділ 3. Патогенез

Проведені нами дослідження з вивчення патогенезу сексуальних розладів у хворих неврозом очікування невдачі (Г. С. Кочарян) показали, що в їх виникненні беруть участь порушення церебральної нервової регуляції, обумовлені дисфункцією мезодієнцефальних структур, яка має місце під час інтимної близькості. На розвиток цих розладів може впливати зниження секрету тестостерону, ослаблення його перетворення в дигідротестостерон і гіперпролактинемія (Г. С. Кочарян, 1992, 1994, 2013, 2018). Також існує психологічна модель формування СТОСН (Г. С. Кочарян, А. С., Кочарян, 1986), що обґрунтовує його розвиток з позицій концепції психологічних функціональних системних механізмів. Раніше були запропоновані моделі, які пояснюють виникнення сексуальних дисфункцій, обумовлених СТОСН, що спираються на нейродинамічну концепцію І. П. Павлова, вчення про доміную А. А. Ухтомського (С. И. Грошев, 1967), теорію двох фаз Моврера (G. Kockott , 1980), а також теорію функціональних систем П. К. Анохіна (С. Т. Агарков, 1984).

Розділ 4. Сексологічна симптоматика

Проведені нами клінічні дослідження виявили наступне. Серед сексологічних симптомів у хворих неврозом очікування невдачі частіше за інших зустрічаються розлади ерекції (гіпоерекція, анерекція, нестійка і ундулююча ерекція, торпидне виникнення напруги статевого члена), рідше – розлади еякуляції (в переважній більшості випадків – прискорене сім'явиверження). Дещо рідше еякуляторних розладів має місце зниження лібідо і значно рідше – легка гіпооргазмія. Названі симптоми можуть існувати ізольовано і в різних поєднаннях (Г. С. Кочарян, 1992, 1994, 2013, 2014, 2018). При згаданому неврозі страждають як адекватні, так і (в більш виражених випадках) спонтанні ерекції (денні, ранкові, нічні). Найбільш збереженими з спонтанних ерекцій є нічні, так як саме в цей період побоювання / страх невдачі і пов'язаний з ним гіперконтроль напруги

статевого члена або зовсім відсутні, або виражені в мінімальному ступені (Г. С. Кочарян, 1992, 1994, 2013, 2014, 2018). Крім зазначених копулятивних порушень, у половини хворих виявляється симптом сексуальної гіпестезії-анестезії, який виражається частковою або повною блокадою хтивих відчуттів, які мають місце при тілесному контакті з партнеркою під час інтимної близькості (Г. С. Кочарян, 1992, 1994, 2013, 2014, 2018). Інтенсивність побоювань / страху сексуальної невдачі зазнає змін навіть протягом невеликих проміжків часу, що, природно, позначається на статевих функціях. Так, відзначається зниження цієї інтенсивності в просоночному і постпросоночному станах, що (в ряді випадків) може проявлятися якісними статевими актами в нічні та ранкові години. Крім цього, незаплановані статеві акти часто бувають більш повноцінними, ніж заплановані, а іноді навіть бездоганними, так як в першому випадку згадані(ний) побоювання / страх або не встигають «включитися» в повній мірі, або взагалі не встигають «включитися» (Г. С. Кочарян, 1992, 1994, 2013, 2014, 2018).

Нами виділено такі симптомоутворюючі фактори, які беруть участь у формуванні копулятивних розладів у хворих неврозом очікування невдачі: 1) «сміслові поле» (семантика) побоювання невдачі, що характеризує які саме сексуальні порушення прогнозуються хворим (ерекційні, еякуляторні, а може бути, ті і інші); 2) емоційне напруження; 3) гіперконтроль статевих функцій; 4) сексологічна симптоматика, спочатку обумовлена іншою патологією, на яку нашаровується посилюючий вплив СТОСН; 5) особистісні реакції на статевий розлад; 6) сексуальна дізритмія; 7) основні симптоми, що визначають появу похідних від них копулятивних порушень (наприклад, гіпоерекція може зумовити збільшення тривалості статевого акту або навіть анеякуляцію). Перші з чотирьох вищеназваних чинників специфічні для СТОСН, а решта такими не є, і можуть брати участь у формуванні копулятивних порушень при будь-яких інших формах сексуальних розладів (Кочарян Г. С., 1992, 1994, 2013, 2014, 2018). У більшій частині чоловіків невроз очікування невдачі веде до виникнення сексуальних

розладів і завжди займає провідне місце в їх структурі. У меншій частині пацієнтів цей невроз ускладнює перебіг статевих розладів, спочатку викликаних іншими причинами, і частіше відіграє допоміжну роль в їх організації (Г. С. Кочарян, 1992, 1994, 2013, 2014, 2018).

У деяких випадках (рідко) наявність СТОСН може не порушувати перебіг статевих актів (Г. С. Кочарян, 2007). У дуже рідких випадках СТОСН може виражатися головним чином боязню зниження статевого потягу, яка і викликає його ослаблення (Кочарян Г. С., 2019).

Розділ 5. Несексологічні прояви

Як свідчать наші дослідження, у хворих з неврозом очікування невдачі в обстановці інтимної близькості відзначаються психовегетативні порушення, які в разі коїтофобії можуть носити характер ситуаційних пароксизмів і субпароксизмальних станів симптоматико-адреналового або змішаного характеру. Симпатико-адреналові пароксизми і субпароксизмальні стани проявляються прискореним серцебиттям, ознобом, ознобоподібними гіперкінезами. Дуже рідко мають місце неприємні відчуття в ділянці серця і за грудиною. У разі змішаних вегетативних пароксизмів і субпароксизмальних станів, крім перелічених вище явищ, у пацієнтів спостерігаються утруднення дихання на вдиху, що супроводжуються відчуттям нестачі повітря, бурчання в животі, позиви на дефекацію, підвищене потовиділення, рідко – позиви до сечовипускання і відчуття жару (Г. С. Кочарян, 1992, 1994, 2013, 2014, 2018). Нами виявлено, що у хворих з характеризуємим неврозом під час інтимної близькості мають місце різні психосенсорні розлади (в голові, тулубі, кінцівках, статевих органах) (Г. С. Кочарян, 1992, 1994, 2013, 2014, 2018). Крім представлені симптоматики, чоловіків з неврозом очікування невдачі нерідко протягом усього дня переслідують думки про сексуальну неспроможність. Також у них можуть виявлятися різні прояви астеничного синдрому і зниження настрою, що часом досягає рівня субдепресії або навіть депресії. У частині пацієнтів

фіксуються відсутні у них до розвитку характеризуємої патології підвищена недовірливість, замкнутість, скритність, підвищена ревнивість, поступливість, мовчазність, задума, які носять динамічний характер і нівелюються після ліквідації сексуальної проблематики (Г. С. Кочарян, 1992, 1994, 2013, 2014, 2018).

Нами виявлено, що дуже часто у хворих неврозом очікування невдачі під час і поза інтимної близькості мають місце різні зміни поведінки. У першому випадку мова йде про використання ними прийомів психічної саморегуляції сексуальних функцій: самонавіювання, перемикання уваги, еротичної аутосенситизації. Остання являє собою часто опосередковане самонавіюванням посилення тілесного контактного сприйняття специфічних стимулів під час інтимної близькості, що досягається завдяки зосередженню уваги пацієнтів на приємних відчуттях, які мають місце. Ці прийоми спрямовані або на боротьбу з тривожним побоюванням невдачі, або безпосередньо на поліпшення статевих функцій. Різні ступінь результативності використання зазначених прийомів в різні періоди часу спостерігається приблизно у половини чоловіків (Г. С. Кочарян, 1994, 2011, 2013, 2018).

Зміни поведінки, які мають місце у хворих із неврозом, що характеризується, поза інтимної близькості, як показали наші дослідження, неоднозначні і відрізняються за ступенем складності і усвідомленості. Це можуть бути виключення спілкування з жінками на сексуальному, еротичному або навіть платонічному рівні; гіпертрофія колишніх захоплень або виникнення нових, інтенсифікація навчання, занурення в роботу і виконання громадських навантажень (сублімація); різні варіанти знецінення жінок, що досягається за рахунок роботи механізму психологічного захисту; компенсація своєї сексуальної недостатності більш уважним ставленням до дружини і допомогою їй у виконанні домашньої роботи, а також прагненням додатковими заробітками поповнити сімейний бюджет. З метою ліквідації сексуальних порушень чоловіки в ряді випадків з власної ініціативи

припиняють вживати алкогольні напої, палити, починають займатися різними оздоровчими системами. Фіксуються і багато інших трансформацій поведінки, наприклад, алкоголізація (Г. С. Кочарян, 1992, 1994, 2013, 2014, 2018).

Розділ 6. Невроз очікування невдачі як діагностичне поняття

Слід зазначити, що існують два альтернативних уявлення про так званий невроз очікування (А. М. Свядош, 1982). Відповідно до першого з них, невроз очікування – самостійна форма неврозу, а згідно з другим – особливий вид неврозу нав'язливих станів. При спеціальному клініко-психологічному обстеженні хворих неврозом очікування невдачі нам вдалося виділити 8 його типів (Г. С. Кочарян, 1992, 1994, 2013, 2014, 2018). Критеріями для їх виділення були усвідомлення хворобливості тривожного побоювання / страху сексуальної невдачі, його патогенного впливу, а також наявність боротьби з ним. В результаті проведеного аналізу зроблено висновок про те, що цей невроз являє собою певний континуум. На одному з його полюсів знаходяться форми, де відсутні ознаки, характерні для неврозу нав'язливих станів, а на іншому – варіанти, які виявляють ці ознаки в повній мірі. Зазначений континуум як би демонструє процес поступового накопичення якостей, притаманних неврозу нав'язливих станів. Виникає питання, чим можна пояснити той факт, що при наявності патогенного впливу тривожного очікування невдачі на сексуальну сферу і загальний стан нерідко відсутні такі ознаки, як чужість побоювань змісту мислення, а також критичне до них ставлення.

Однією з причин, що пояснює це, на нашу думку, є специфіка поведінкового акту, яким є інтимна близькість. Так, якщо, наприклад, абсурдність таких феноменів, як агорафобія і ін. для хворих є очевидною, то тривожне очікування невдачі в ряді випадків може сприйматися як природна реакція на справжню або уявну сексуальну неспроможність. Цьому також сприяють і такі варіанти розвитку СТОСН, коли останній ускладнює перебіг

статевих розладів, раніше обумовлених іншою патологією, що тим більше ускладнює процес орієнтації пацієнта у власному стані. Відповідно до наших спостережень, відсутність усвідомлення хворобливості тривожного побоювання / страху сексуальної невдачі і боротьби з ними ще зовсім не означає, що вони не носять нав'язливий характер. Так, в ряді випадків поява такого усвідомлення і, відповідно, бажання позбутися зазначеного очікування не призводили до ліквідації останнього. Це дозволяє зробити висновок, що в ряді випадків нав'язливість може бути і неусвідомлюваною. Отже, яка ж з двох, наведених вище, альтернативних точок зору на невроз очікування справедлива. Чи є він самостійною формою неврозу або особливим видом неврозу нав'язливих станів? На нашу думку, кожна з названих точок зору частково справедлива і має право на існування. Якщо прихильники першої можуть у своїй аргументації спиратися на відсутність у багатьох хворих з цієї категорії всіх або частини ознак, облігатних для неврозу нав'язливих станів, то прихильники другої з повною підставою можуть приводити в приклад ті випадки, які за своїми характеристиками, безумовно, відносяться до зазначеного неврозу (Кочарян Г. С., 1992 1994, 2013, 2014, 2018).

Спираючись на наші дослідження, останні також мають право посилатися на можливість існування неусвідомлюваних нав'язливостей. Проте завжди стоїть питання про встановлення діагнозу. На наш погляд, навряд чи доцільно відносити пацієнтів сексологічного профілю з даної патологією до різних класифікаційних рубрик. У всіх випадках, якою б точки зору не дотримувався лікар, мабуть, слід ставити діагноз «невроз очікування невдачі», який знайшов відображення в патогенетичній класифікації сексуальних розладів у чоловіків Г. С. Васильченко (1977).

Розділ 7. Клінічні варіанти і перебіг

Результати наших досліджень свідчать про те, що існують *континуальний* і *альтернуючий варіанти* перебігу неврозу очікування невдачі (1994, 2013, 2014, 2018). При першому з них СТОСН існує протягом якогось певного часу практично постійно, а при другому – він то зникає, то з'являється знову. Як при континуальному, так і при альтернуючому варіанті перебігу даного неврозу СТОСН може бути як *тотальним* (проявлятися в обстановці інтимної близькості з будь-якою жінкою), так і *селективним* (бути вираженим тільки по відношенню до певної партнерки). В останньому випадку статеві акти, що проводяться з іншими жінками, протікають без вад.

Як зазначалося раніше, нами також був виявлений такий варіант СТОСН, який може бути названий *синдромом тривожного очікування сексуальної невдачі ініціального періоду* (1994, 2013, 2014, 2018). Йдеться про ті випадки, коли тривожне очікування невдачі незмінно з'являється при одному або декількох перших сексуальних контактах з новою партнеркою, проте в процесі звикання до неї досить швидко ліквідується поряд з обумовленою їм сексологічною симптоматикою. Так, наприклад, у одного з наших пацієнтів таке явище відзначалося протягом 15 років. Нами також виділені *андроцентричний* варіант СТОСН (чоловіка турбують тільки його власні сексуальні проблеми), *феміноцентричний* його варіант (пацієнта в основному турбують переживання жінки і її стан у зв'язку з існуючим у нього статевим розладом) і *змішаний*, який поєднує в собі характеристики того й іншого варіантів. Слід зазначити, що андроцентричний варіант СТОСН характеризується більшою тяжкістю в порівнянні з феміноцентричним (1992, 1994, 2013, 2014, 2018). Характер перебігу неврозу очікування невдачі залежить від особистісних характеристик і партнерської ситуації. Так, наприклад, при наявності тривожних рис характеру, сварках і конфліктах в сім'ї (в першу чергу на сексуальному ґрунті) виникають передумови для затяжного прогресуючого перебігу неврозу, що

характеризується тенденцією до надбання ним континуального і тотального характеру.

Проведений нами аналіз сексуальної комунікації в подружніх (партнерських) парах, коли у чоловіків діагностується невроз очікування невдачі, свідчить про те, що існує *декомпенсуючий* і, як це не парадоксально, *компенсуючий* варіанти впливу статевих розладів, де діагностується вказаний невроз, на сексуальну гармонію. Другий з названих варіантів згаданого впливу спостерігається рідко і обумовлюється збільшенням за ініціативою пацієнта тривалості прелюдії для посилення ерекції, що призводить до виникнення у партнерки оргазму, який не виникав у неї до розвитку статевого розладу у чоловіка. При відсутності скільки-небудь значного впливу сексуальних порушень на сексуальну гармонію можна констатувати, що і до їх появи оргазм у жінок ніколи не виникав при статевих контактах. У ряді інших спостережень відсутність такого впливу пов'язана з невеликою вираженістю копулятивних дисфункцій у чоловіків. У цих випадках оргазм у жінки настає також часто, як і раніше, і не розвивається дисбаланс потреб в частоті сексуальних контактів у обох партнерів (Г. С. Кочарян, 1992, 1994, 2013, 2014, 2018).

СТОСН, в тому числі і невротичного генезу, діагностується і у жінок, але набагато рідше, ніж у чоловіків. Він зазвичай виражається побоюванням неможливості в черговий раз пережити оргазм.

Розділ 8. Критерії тяжкості та вираженості

У зв'язку з тим, що не у всіх випадках легко і однозначно можна відмежувати характеристики вираженості СТОСН від характеристик його тяжкості, а також через те, що в ряді випадків зазначені характеристики збігаються, наведемо загальний перелік критеріїв (клініко-терапевтичних), які характеризують вираженість і / або тяжкість СТОСН (Г. С. Кочарян, 2007). Вони наступні:

- Інтенсивність страху сексуальної невдачі.

- Наявність і вираженість супутствующих йому вегетативних пароксизмів і субпароксизмальних станів симпатико-адреналового або змішаного характеру, що спостерігаються при інтимній близькості.
- Вираженість сексопатологічних симптомів.
- Ступінь гіперконтролю порушених сексуальних функцій.
- Вихід переживань відносно сексуальних порушень за межі періоду інтимної близькості.
- Поява супутніх психопатологічних синдромів (астенічного, депресивного).
- Виникнення характерологіческих динамічних зрушень, зумовлених існуючою патологією.
- Поява трансформацій поведінки, обумовлених сексуальними дисфункціями та страхом сексуальної невдачі.
- Особливості перебігу СТОСН (варіант його перебігу). Так, перманентний варіант перебігу СТОСН (патологія існує постійно) слід визнати більш важким і вираженим в порівнянні з альтернуючим (СТОСН то зникає, то з'являється знову). Також більш важким і вираженим є тотальний варіант СТОСН (тривожне побоювання невдачі виражено по відношенню до всіх жінок) у порівнянні з селективним (вказане побоювання існує тільки по відношенню до певної жінки). Більш важким і вираженим також слід вважати андроцентричний варіант СТОСН (пацієнт головним чином зосереджений на собі і його мало турбують переживання дружини / партнерки) в порівнянні з феміноцентричним (чоловіка в основному турбують проблеми дружини / партнерки, пов'язані з його сексуальним розладом). Цей останній варіант характеризується набагато менш глибоким ураженням.
- «Ендогенність» СТОСН.
- Резистентність соматичної патології, що бере участь в організації цілісного сексуального розладу, яка підтримує існування СТОСН.
- Недоброзичлива партнерська ситуація.

Розділ 9. Лікування

Лікування хворих зі СТОСН невротичного генезу передбачає використання психотерапевтичних методів і біологічної терапії. Переважаючою при цій патології слід вважати психотерапію. З психотерапевтичних впливів застосовуються прийоми роз'яснювальної, раціональної, когнітивної, раціонально-емотивної і позитивної терапії, які спрямовані на пояснення механізмів сексуальних розладів, корекцію масштабу переживань, навчання конструктивним способам мислення в ситуації, що створилася. У зв'язку з цим можуть бути названі такі (запропоновані нами) техніки, як «помилковий сигнал», «розширення свідомості», «зіставлення за аналогією», «зниження рангу значущості сексуальних розладів», «психотерапія з урахуванням механізму проєкції» і ін. (Г. С. Кочарян, 1992, 1994, 2013, 2014, 2018).

На першому прийомі хворим зі СТОСН ми завжди розповідаємо про існування двох способів нервової регуляції, які мають місце: соматичного і автономного (вегетативного). Перший тип регуляції здійснюється під контролем свідомості («Ви можете віддати себе наказ повернути голову, підняти руку або ногу, піти і т. д.»). Другий тип регуляції вбачається в роботі шлунка, печінки, підшлункової залози і т. д. Тобто мова йде про управління по типу автопілота, яке не усвідомлюється людиною (відбувається на автоматі). Управління статевими функціями відноситься до другого типу регуляції, хоча до певної міри можливо регулювати тривалість статевого акту чоловіками, а також навчитися пригнічувати ерекцію в ситуаціях, які не відповідають соціальному контексту. Коли у чоловіка трапляється фіаско, то на наступний раз він вже починає контролювати свої статеві функції (ерекцію, еякуляцію) і це загрожує повторенням фіаско, тому що вносяться перешкоди в «роботу автопілота». На наступний раз або пізніше він вже починає боятися, що його спіткає сексуальна невдача, і це ще більшою мірою дезавтоматизує його сексуальні функції, а думки про можливу невдачу виконують роль локомотива (паровоза), який знаходиться на чолі поїзда, за

яким слідує вагони, які він везе в «не вийде». Тобто мова йде про пророцтво, що самореалізується. Я пояснюю пацієнтам, що чим більше вони будуть сумніватися в успіху коїтусу і фіксувати увагу на своєму члені, тим швидше їх спіткає невдача. Тому під час попереднього періоду і при безпосередньому проведенні статевого акту вони повинні «занурюватися» в приємні хтиві відчуття, що мають місце під час інтимній близькості, «розчинятися» в них, що буде служити протидією тривожному очікуванню сексуальної невдачі (приємні емоції будуть витіснити побоювання / страх сексуальної невдачі – феномен реципрокної інгібіції [взаємного гальмування]) (Г. С. Кочарян, 2019). Також в цих випадках рекомендується висловлювання слів захоплення жінкою, що буде знімати емоційну напругу, а також перемикає пацієнта з думок про можливу невдачу на думки про жінку і насолоду, яку вона доставляє.

Для лікування хворих зі СТОСН використовується самонавіювання, в тому числі контрастне; аутогенне тренування (в тому числі розроблений нами його прискорений варіант для лікування сексуальних розладів (Г. С. Кочарян, 1987, 1988, 1991, 2007, 2018); гіпносугестивна терапія (гіпносугестивне програмування і моделювання) (2017); нейролінгвістичне програмування (зокрема, розроблений нами спосіб корекції поведінкових програм (Г. С. Кочарян, 1992, 1994, 2007), адаптований і апробований нами для лікування хворих зі СТОСН (Г. С. Кочарян, 2001, 2007) «метод вибуху нав'язливості» (К. Андреас, С. Андреас, 1994), модифікована нами (Г. С. Кочарян, 2019) техніка «помаху» (Р. Бендлер, 1994); спеціальні техніки, що використовуються для ліквідації страху сексуальної невдачі: «уявна заборона» («заборонений плід»), «медовий місяць» (К. Imieliński, 1974) і «гінекологічне положення» (техніка, яка має психотерапевтичну дію) (К. Imieliński, 1971, 1974), «вербальне розкріпачення» (С. І. Грошев, 1967), «щиросердне зізнання» (S. Kratochvíl, 1985), «охоронна грамота» (А. М. Свядош, 1982), «емоційно-стресове самонавіювання з використанням ідеомоторної маятникової проби» (А. В. Гришин, 1988), лікувальний петинг

(С. В. Владимиров-Клячко, 1972; С. С. Либих, 1990), «система еротичної сенситизації» (Г. С. Кочарян, 1987, 2007); когнітивно-поведінкова «техніка зупинки думок» (J. A. Bain, 1966); «десенсибілізація і переробка рухом очей» (ДПДГ) Френсіс Шапіро (1998); прийоми секс-терапії, які за механізмом своєї дії слід віднести до поведінкової терапії, і ін (Г. С. Кочарян, 2007).

У зв'язку з тим, що інтимна близькість являє собою парний поведінковий акт, і від кожного з учасників багато в чому залежить її якість, слід залучати дружин (сексуальних партнерок) як сотерапевтів. При цьому слід враховувати, що не тільки сексуальна техніка впливає на якість сексуальних контактів. Істотний вплив на неї чинять психологічні відносини між чоловіком і жінкою. У зв'язку з цим використовується такий вид психотерапевтичних впливів, як подружня терапія. У тих же випадках, коли у формуванні порушень беруть участь інші члени сім'ї, виникає необхідність в застосуванні сімейної терапії (Г. С. Кочарян, 1994, 2007). Також існують рекомендації по залученню групової терапії, проте вона використовується при даній патології досить рідко.

Наведемо розроблений нами високоефективний спосіб лікування (Г. С. Кочарян, 1992, 1994, 2007), який слід віднести до технік нейролінгвістичного програмування (НЛП). Він отримав назву «спосіб корекції поведінкових програм» (СКПП) і в основному апробувався на чоловіках зі СТОСН.

До його достоїнств слід віднести: 1) швидкий лікувальний ефект; 2) малу тривалість сеансу (процедура займає від 5 до 10 хв, а власне терапевтичний її компонент обчислюється в 3-5 хв); 3) відсутність необхідності в створенні будь-яких спеціальних умов (наприклад, сенсорної депривації); 4) можливість оцінювати тяжкість стану хворого і прогнозувати ефективність застосовуваних психотерапевтичних впливів; 5) відсутність будь-яких ускладнень.

Для розуміння дії цього способу слід зазначити, що при його проведенні використовується метод якоря, який є базовим для ряду технік НЛП. Якір –

це певний стимул (кінестетичний, аудіальний, візуальний і т. д.), який в процесі психотерапії асоціюється з певним переживанням. Після того, як це сталося, стимул сам по собі може викликати зчеплене з ним переживання. Так, наприклад, якщо попросити пацієнта згадати переживання і пов'язані з ним відчуття, які виникають у нього в психотравмуючій ситуації, і при цьому доторкнутися до його правого плеча, то в подальшому один такий дотик зможе викликати це переживання і дані відчуття. Це в рівній мірі стосується і впливу дотику до лівого плеча, яке попередньо поєднувалося з відчуттям впевненості в собі, що виникає в певних обставинах, які були репродуковані за допомогою уяви. Процес використання стимулу носить назву «якоріння» («постановки на якор»). Таким стимулом, крім дотику до певної частини тіла (накладення кінестетичного якоря), може бути певна фраза, зміна тону голосу або його сили, якийсь зоровий стимул (наприклад, вираз обличчя людини, з якою відбувається комунікація), запах і т.д.

СКПП реалізується в два етапи. Метою першого етапу є діагностика стійкості патологічних програм і визначення здатності до реабілітації або формування нормальних поведінкових сексуальних стереотипів (в основному мова йде про прекоітальний період і самий коїтус). Одночасно проводиться робота з руйнування старого і реабілітації або формування нового стереотипу. На другому етапі оцінюється інтенсивність позитивних зрушень, які наступили в результаті проведення процедури, що дає можливість прогнозувати швидкість виникнення лікувальних результатів.

Технологія процедури (як на першому, так і на другому етапах хворий і терапевт сидять або стоять навпроти один одного) наступна.

Перший етап. Лікар охоплює кистю лівої руки зап'ястя правої руки хворого і просить його якомога чіткіше уявити собі невдалий статевий акт. Після настання візуалізації робиться навіювання, що зараз образ невдалого статевого акту втратить свою яскравість, потім почне миготіти, а потім і зовсім зникне. При цьому лікар просить пацієнта, щоб він не був пасивним, а всіма силами намагався утримати даний образ. Одночасно навіюється, що

чим більше пацієнт буде прагнути утримати його, тим менше це буде йому вдаватися, так як його організму (пам'яті, психіці, нервовій системі) не потрібна дана патологічна програма, і він буде позбавлятися від неї. Тому, робить висновок лікар, образ неякісного або невдалого статевого акту повністю зітреться.

Такий порядок очікуваних змін образу (зниження яскравості – мелькання – зникнення) передбачається на тій підставі, що саме він найчастіше виникав при здійсненні описаних впливів. Слід підкреслити, що для уникнення втрати довіри хворого до лікаря в тому випадку, якщо реалізація сугестії не наступить, що буває рідко, або буде частковою, рекомендується включати в формулу навіювання слова «... і може так статися, що ...». Після цього називають бажані зміни. Такого принципу побудови навіювань доцільно дотримуватися протягом усього лікувального сеансу.

При проголошенні навіювання смисловий наголос треба робити саме на словах, наступних за вказаною вступною фразою. Як правило, в результаті описаної вище сугестії наступають обіцяні хворому зміни, яким він намагався протистояти, утримуючи образ неякісного або навіть невдалого статевого акту. Лише зрідка кінцевим результатом є мелькання образу, який збляк, або його тьмяність.

Після того як вдалося досягнути знищення образу, ми даємо хворому інструкцію по його відновленню. Хворий тричі намагається відтворити стертий образ. Перед кожною такою спробою проводиться навіювання, що чим наполегливіше він буде намагатися зробити це, тим менше це буде йому вдаватися, і може так статися, що образ взагалі більше не з'явиться, оскільки патологічна програма не потрібна організму. Зазвичай так і відбувається. Рідше образ виникає в значно потьмянілому вигляді або відзначається мелькання даного зблідлого уявлення. Виключно рідко відбувається повне відновлення його яскравості.

Потім лікар охоплює своєю правою кистю зап'ястя лівої руки пацієнта і просить його представити останній нормальний статевий акт з жінкою. При

цьому мова може йти як про статевий акт з нинішньої партнеркою, так і з іншою, якщо з нинішньої повноцінної близькості ніколи не було. Якщо яскравість образу, що виник, недостатня, її слід сугестивно посилити. Точно так само ми чинимо і при недостатній яскравості візуального відтворення неякісного або невдалого статевого акту в початковому періоді першого етапу.

При досягненні хорошої яскравості візуального уявлення робляться навіювання такого змісту. Відзначається, що зараз хворий буде намагатися позбутися даного образу, і чим більше він буде прагнути до цього, тим менше це буде йому вдаватися, так як його організму (пам'яті, психіці, нервовій системі) потрібна нормальна («здорова») програма. Сугестується, що образ буде стійким, непохитним і, всупереч старанням пацієнта, може трапитися так, що він не зникне. Спроба знищення образу проводиться тричі. Як правило, образ справді не зникає, а його яскравість або залишається незмінною, або, що зустрічається рідше, дещо зменшується.

У тому випадку, коли повноцінні статеві акти спостерігалися лише з попередніми партнерками, а з нинішньою таких не було, перш ніж почати впливати на образ, намагаючись його ліквідувати, слід в уяві зробити заміну колишньої партнерки на нинішню, з якої нормального статевого акту ніколи не було. Бажано, щоб ліквідації цього нового образу передувало кілька сеансів по зміцненню нової програми («... програма, подібно дереву, пускає глибоке коріння, зміцнюється, стає міцною» і т. д.). Описаний варіант психотерапії технічно дещо складніше попереднього і вимагає більшого числа лікувальних сеансів.

Ще більшу трудність представляють випадки, коли пацієнт взагалі ніколи протягом життя не мав повноцінного статевого акту або, більш того, в його сексуальній практиці спостерігалися тільки справжні або навіть уявні спроби до його реалізації. Тоді ми просимо хворого конструювати візуальний образ повноцінного статевого акту з тією жінкою, з якою він зустрічається. Як і в попередньому варіанті, недоцільно відразу йти на знищення образу

нормального статевого акту. Цю тендітну програму, що формується, слід попередньо сугестивно зміцнити протягом декількох сеансів, а потім вже спробувати ліквідувати образ.

Завершується перший етап роботи в кожному із зазначених варіантів сугестією, що перед інтимною близькістю і під час неї пацієнт буде абсолютно спокійний і впевнений у собі. Далі проводяться навіювання, спрямовані на програмування нормального статевого акту. Хворому навіюється, що статеві акти будуть протікати так само, як і уявні. Це робиться в такий спосіб. Лікар каже пацієнтові, що відтепер перед інтимною близькістю і під час неї він буде абсолютно спокійний і впевнений у своїх сексуальних можливостях, так само, як і зараз в своєму зоровому уявленні. Точно таким же чином обігруються окремі функціональні характеристики копулятивного циклу і відчуття, які виникають при статевому акті.

На другому етапі, метою якого є визначення ефективності лікувальної процедури, а отже, і можливість прогнозування поліпшення, одужання і їх термінів, ми вдаємося до використання кінестетичних якорів, що поєднується з проханням побачити виникший при цьому образ статевого акту. Спочатку лікар охоплює лівою кистю зап'ястя правої руки пацієнта і питає його, образ якого статевого акту він бачить. Зазвичай при хорошій реакції на лікувальні впливи виникає образ повноцінного статевого акту. Потім лікар одночасно охоплює праве і ліве зап'ястя хворого своїми кистями і знову питає, образ якого статевого акту при цьому виникає. Дуже часто пацієнт знову бачить нормальний статевий акт. На закінчення лікар охоплює ліве зап'ястя пацієнта правою кистю і в черговий раз повторює своє питання. Хворий, як правило, знову відповідає, що виник образ повноцінного інтимного зближення. На цьому лікувальний сеанс закінчується.

Слід підкреслити, що про особливу прогностичну сприятливість можна говорити в тих випадках, коли відзначається повна або виражена реалізація сугестивних впливів. При відборі пацієнтів для проведення даного способу лікування необхідно виключати осіб, які в силу різних причин відчувають

труднощі спрямованої візуалізації образів і сюжетів. Це визначається вже на самому початку використання СКПП. Спосіб лікування, що характеризується, не повинен застосовуватися також у хворих зі зниженням інтелекту, які не здатні зрозуміти, а отже, реалізувати інструкції лікаря при проведенні описаних психотерапевтичних впливів.

На закінчення слід зазначити, що СКПП містить в собі великі можливості при його творчому застосуванні і може бути використаний для лікування різних захворювань, де потрібне створення або відновлення нормальних програм будь-яких поведінкових актів.

Для лікування СТОСН невротичного генезу застосовується медикаментозне лікування й фізіотерапія (наприклад, локальна декомпресія статевого члена, яка веде до його значного збільшення, що може мати виражений психотерапевтичний вплив). З медикаментозних засобів переважно використовуються траквілізатори і набагато рідше малі нейролептики, які призначаються в невеликих дозах. Їх прийом в індивідуально підібраних дозах рекомендують приблизно за 1-2 години до інтимної близькості. У тому випадку, коли мова йде про наявність вираженої загальної невротичної симптоматики і поза зазначеної близькості, виникає необхідність в курсовому призначенні ліків названих вище груп, а також в застосуванні адаптогенів, антидепресантів (при вираженому зниженні настрою), засобів, що впливають на метаболічні процеси головного мозку (ноотропи), та інших лікарських засобів. Слід зазначити, що антидепресанти з групи інгібіторів зворотного захоплення серотоніну широко використовуються в психіатрії і для лікування тривожно-фобічних розладів. Необхідно вказати, що медикаментозне лікування і фізіотерапія повинні обов'язково психологічно потенціюватися, що підсилює їх лікувальну дію.

В даний час у зв'язку з революційним відкриттям в фармакології (силденафілу цитрат, варденафіл, тадалафіл) лікування хворих зі СТОСН стало більш ефективним (Г. С. Кочарян, 2013, 2014, 2018). Застосування цих препаратів за деякий час перед статевим актом в поєднанні з

транквілізаторами, а іноді і без них, може забезпечити проведення якісних статевих актів, що само по собі в ряді випадків може призвести до редукції СТОСН. Дієвою в наданні медикаментозної допомоги хворим зі СТОСН може бути наступна схема прийому даних препаратів.

Пацієнту, у якого протягом певного часу має місце СТОСН, ми говоримо, що у нього в результаті невдалих спроб здійснити статевий акт сформувалася патологічна програма, яка проявляється в повторюваних невдачах при спробах здійснення статевого акту (свого роду патологічна звичка). Відмічаємо, що цю програму треба змінити на здорову. З цією метою пропонуємо наступну схему лікування. Протягом 1-3 разів перед спробою провести коїтус пацієнт повинен за 1 годину до планованого статевого акту приймати середню дозу, наприклад силденафілу (50 мг). У наступні 1-3 рази ця доза складе 25 мг, а потім протягом 1-3 раз – 12,5 мг. Одночасно приблизно за 1,5 години до статевого акту він повинен приймати 0,02-0,05 (в залежності від вираженості побоювання / страху сексуальної невдачі) гідазепаму. Таким чином формується програма нормального перебігу статевого акту. Після цього прийом силденафілу припиняється, але пацієнтові рекомендують мати цю таблетку або її частину неподалік, що буде надавати йому впевненість в тому, що навіть якщо його спіткає невдача, то через 1 годину він все одно зможе провести повноцінний статевий акт. Однак сама наявність цієї таблетки забезпечить його впевненість в своїх сексуальних можливостях і спроможності здійснення якісного коїтусу. Ми зазвичай не рекомендуємо чоловікам повідомляти своїм партнеркам, що вони вживають подібні сильнодіючі речовини (силденафілу цитрат, варденафіл, тадалафіл), так як в цих випадках позитивні результати будуть приписуватися жінками цим препаратам, а не чоловікам (вести до девальвації сексуальних можливостей партнера).

Слід спеціально підкреслити, що часто мова може йти про сексуальні порушення змішаної етіології, коли СТОСН виступає в якості лише одного із структурних компонентів, які беруть участь в організації цілісного статевого

розладу. У цих випадках, природно, обсяг біологічної терапії значно розширюється (Г. С. Кочарян, 1992, 1994, 2013, 2014, 2018).

Хотілося б спеціально зупинитися на можливих рекомендації щодо проведення лікування пацієнтів з селективним варіантом СТОСН в тих випадках, коли з дружиною немає ніяких сексуальних труднощів, а в позашлюбному зв'язку вони мають місце. Деякі лікарі можуть прийняти позицію мораліста і відмовити хворому в лікуванні на тій підставі, що позашлюбних зв'язків не повинно бути. Інші можуть заявити чоловікові, що він не здатний бути коханцем. На нашу думку, виходити з постулату, що сім'я у всіх випадках непорушна (що б не трапилося і якими поганими не були б відносини у подружжі) – це абстракція, яка не підтверджується реальною дійсністю. Але навіть коли мова йде про малозначущі для пацієнта зв'язки, йому не слід навіювати, що він не може бути коханцем (наприклад, в зв'язку з тим, що у нього слабка статева конституція). Крім виникнення комплексу неповноцінності такими впливами нічого не можна добитися. Більш правильно в зазначених випадках пояснити фіаско новизною ситуації і зміною партнерки, можливо, почуттям провини. Ми вважаємо за доцільно дати чоловікові можливість реалізувати свої потреби, якщо зв'язок з даною партнеркою є для нього значущим, а тим більше ситуаційно виправданим, а потім діяти так, як він сам вважає за потрібне. Відмова пацієнта від позашлюбних статевих зв'язків повинна здійснюватися виходячи з позиції достатності, а не неможливості (Г. С. Кочарян, 2013, 2014, 2018).

Питання для контролю кінцевого рівня знань

1. Яка сексуальна дисфункція найбільш часто має місце у хворих зі СТОСН?:

- а) передчасна еякуляція
- б) ослаблення або відсутність ерекції
- в) ослаблене лібідо
- г) ослаблений оргазм

2. Найменш збереженими у хворих зі СТОСН є ерекції:

- а) при мастурбації з сексуальним фантазуванням
- б) при мастурбації з використанням порнографічних матеріалів
- в) під час інтимної близькості
- г) при еротичних сновидіннях

3. Ерекція у хворих зі СТОСН найбільше порушується:

- а) у просоночному стані
- б) при незапланованих статевих актах
- в) при вживанні невеликих доз алкоголю
- г) при запланованих статевих актах

4. Скільки всього факторів симптомоутворення виділяють у хворих зі СТОСН?:

- а) чотири
- б) п'ять
- в) шість
- г) сім

5. Скільки специфічних факторів симптомоутворення виділяють у хворих зі СТОСН?:

- а) чотири
- б) п'ять
- в) шість
- г) сім

6. Який симптомоутворюючий фактор у хворих зі СТОСН не відноситься до специфічних?:

- а) «сміслові поле» (семантика) побоювання невдачі
- б) емоційне напруження
- в) гіперконтроль статевих функцій
- г) сексуальна дізритмія
- д) сексологічна симптоматика, спочатку обумовлена іншою патологією, на яку нашаровується посилюючий вплив СТОСН

7. Який з варіантів СТОСН не існує?:

- а) континуальний
- б) альтернуючий
- в) тотальний
- г) конкордантний
- д) селективний

8. Який з названих варіантів СТОСН не існує?:

- а) андроцентричний
- б) феміоцентричний
- в) пермисивний
- г) змішаний
- д) ініціального періоду

9. Для лікування хворих зі СТОСН невротичного генезу не використовується:

- а) когнітивно орієнтована терапія
- б) гіпносугестивна терапія
- в) нейролінгвістичне програмування
- г) андрогенотерапія

10. Спосіб корекції поведінкових програм, який використовується для лікування хворих зі СТОСН, розробив:

- а) А. М. Свядощ
- б) Г. С. Васильченко
- в) Г. С. Кочарян
- г) В. В. Кришталь

11. Який з перелічених чинників не відіграє роль у патогенезі неврозу очікування невдачі?:

- а) порушення церебральної нервової регуляції, обумовлені дисфункцією мезодієнцефальних структур
- б) ураження лобової частки головного мозку
- в) зниження секрету тестостерону
- г) ослаблення його перетворення в дигідротестостерон
- д) гіперпролактинемія

12. Хто розробив психологічну модель формування СТОСН, що обґрунтовує його розвиток з позицій концепції психологічних функціональних системних механізмів?:

- а) Г. С. Васильченко
- б) В. В. Кришталь
- в) Г. С. Кочарян, О. С. Кочарян
- г) С. С. Лібіх

13. Які лікарські речовини використовуються для лікування хворих зі СТОСН невротичного генезу?:

- а) транквілізатори
- б) антибіотики
- в) антиандрогени
- г) глюкокортикоїди

14. Які лікарські речовини використовуються для лікування хворих зі СТОСН невротичного генезу?:

- а) ліки, що впливають на обмін речовин у передміхуровій залозі
- б) антидепресанти
- в) гонадотропні гормони гіпофіза
- г) глюкокортикоїди

15. Який препарат не використовується для лікування хворих зі СТОСН?:

- а) силденафіл
- б) варденафіл
- в) бісопролол
- г) тадалафіл

Правильні відповіді на питання для контролю кінцевого рівня знань

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
б	в	г	г	а	г	г	в	г	в
11	12	13	14	15					
б	в	а	б	в					

Список рекомендованой литературы

1. Кочарян Г. С. Аутогенное тренирование та самонавіювання. Навчально-методичний посібник для самостійної роботи слухачів. – Харків: ХМАПО, 2018. – 35 с.
2. Кочарян Г. С. Гіпносугестивна терапія. Навчально-методичний посібник для самостійної роботи слухачів. – Харків: ХМАПО, 2017. – 34 с.
3. Кочарян Г. С. Паттерны измененного поведения у мужчин, обусловленные сексуальными дисфункциями // Здоровье мужчины. – 2018. – №4 (67). – С. 81–94.
4. Кочарян Г. С. Приспособительное поведение мужчин во время интимной близости, обусловленное сексуальными дисфункциями // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2011. №1 (26). – С. 42–49. – URL: http://gskochar.narod.ru/prisposobitelnoe_povedenie_muzhchin_vo_vremja_inti.pdf (дата обращения: 11.10.2019).
5. Кочарян Г. С. Редкий клинический случай синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи // Здоровье мужчины. – 2019. – 1 (68). – С. 60–63.
6. Кочарян Г. С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и его лечение. – Х.: Основа, 1995. – 279 с. – URL: http://gskochar.narod.ru/sindrom_trevozhnogo_ozhidaniya_neudachi_seksualnoj.pdf (дата обращения: 12.10.2019).
7. Кочарян Г. С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин // Здоровье мужчины. – 2013. – №3 (46). – С. 76–80. – URL: http://gskochar.narod.ru/g-s-kocharjan-sindrom_trevozhnogo_ozhidaniya_seksu.pdf (дата обращения: 15.10.2019).
8. Кочарян Г. С. Современная сексология / Г. С. Кочарян – К.: Ника-Центр, 2007. – 400 с. – URL: http://gskochar.narod.ru/olderfiles/1/SOVREMENNAYA_SEKSOLOGIYA_Kniga.pdf (дата обращения: 16.10.2019).
9. Кочарян Г. С. Современные представления и синдроме тревожного ожидания сексуальной неудачи (лекция) // Здоровье мужчины. – 2018. – №3 (66). – С. 8–12.
10. Кочарян Г. С. Универсальный сексопатологический синдром у мужчин – синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи // Мир сексологии. – 2014. – № 6. [Электронный научный журнал]. URL: <http://1sexology.ru/6-stosn/> (дата обращения: 13.10.2019).
11. Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства (F40-F48). МКБ-10. Международная классификация болезней 10-го пересмотра. Версия: 2019. – URL: <https://mkb-10.com/index.php?pid=4237> (дата обращения: 14.10.2019).
12. Психиатрия. Национальное руководство. 2-е изд., переработанное и дополненное / Под. ред. Ю. А. Александровского, Н. Г. Незнанова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 1008 с.