

Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин

Г.С. Кочарян

Харьковская медицинская академия последипломного образования

Представлены данные научных исследований автора относительно формирования синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин, патогенеза сексуальных дисфункций, обусловленных им, его сексологических и несексологических проявлений, общие сведения о терапии этого синдрома.

Ключевые слова: мужчины, тревожное опасение/страх сексуальной неудачи, формирование, патогенез, клинические проявления, терапия.

Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи (СТОСН) – один из наиболее часто диагностируемых и универсальных сексопатологических синдромов у мужчин, обращающихся за сексологической помощью. Детально он был изучен в СССР во второй половине 80-х – начале 90-х годов XX в. [7, 8, 10]. В западной литературе СТОСН известен под названием «fear of sexual failure» (страх/боязнь/опасение сексуальной неудачи [англ.]). Основным в этом синдроме является опасение/страх невозможности выполнения половой акт или нарушения способности к полноценному его осуществлению. Это/этого опасение/страх максимально выражены в обстановке интимной близости, что, как правило, приводит к нарушению сексуальных функций вследствие их дезавтоматизации.

СТОСН может существовать в двух ипостасях: **в форме тревожного опасения сексуальной неудачи**, которая характеризуется навязчивыми мыслями о возможной сексуальной неудаче и гиперконтролем напряжения полового члена (если опасение касается прогнозируемых расстройств эрекции), а также **в форме страха сексуальной неудачи (коитофобии)** [12], характеризующегося более выраженной представленностью эмоционального компонента навязчивости и сопровождающегося описанными нами выраженными вегетативными нарушениями (см. ниже). При этой форме в случаях, когда речь идет о прогнозировании большим расстройств эрекции, выраженный гиперконтроль напряжения полового члена также присутствует. Следует иметь в виду, что термин «коитофобия» не следует сводить только к боязни потерпеть фиаско при попытке осуществления полового акта, что и лежит в основе страха его проведения. Коитофобия может быть обусловлена и другими факторами [12].

Среди обращающихся за сексологической помощью СТОСН чаще всего диагностируется у больных с невротическими расстройствами. При этом на долю так называемого невроза ожидания неудачи (в МКБ-10 относится к рубрикам F40.1 и F42) приходится наибольшее число случаев. Вместе с тем данный синдром диагностируется и при некоторых расстройствах личности (психопатиях), а также у больных с эндогенной психической патологией, например, при шизофрении. Кроме того, СТОСН часто усугубляет течение сексуальных расстройств, изначально обусловленных соматической патологией.

Варианты формирования и инициация

Как свидетельствуют наши исследования, существуют три варианта формирования рассматриваемого синдрома

[7, 13, 20]. В первом случае его появление предшествует возникновению сексуальных нарушений (**доманифестное формирование**). Во втором – первые сексуальные контакты с новыми партнершами непременно сопровождаются тревожным ожиданием неудачи, что ведет к копулятивному «сбоям». Тем не менее последующие половые акты с этими же женщинами протекают без изъянов, так как СТОСН довольно быстро ликвидируется (**манифестное формирование**). Третий вариант характеризуется развитием названного синдрома после возникновения сексуальных нарушений (**постманифестное формирование**). У большей части больных с последним вариантом формирования СТОСН он развивается остро или подостро (спустя одну или несколько неудачных попыток), а у меньшей – постепенно (с момента возникновения половых расстройств проходит довольно продолжительный период времени: месяц – годы).

Иницировать развитие СТОСН могут боязнь последствий мастурбации (в настоящее время исключительно редко); физиологические колебания сексуальных функций; временные ослабления потенции, вызванные физическим и эмоциональным перенапряжением, употреблением алкоголя; ситуационно обусловленные сексуальные дисфункции (проведение интимной близости в несоответствующих условиях); неадекватная оценка нормальных параметров своих половых функций; негативная оценка сексуальных качеств мужчины его сексуальной партнершей (упреки, оскорбления); наличие истинных сексуальных расстройств, обусловленных другой патологией и многое другое [7, 13, 20].

Среди внутренних причин, способствующих возникновению этого синдрома, следует, в частности, назвать тревожно-мнительные черты характера, которые наблюдаются при некоторых акцентуациях характера и расстройствах личности (психастеническая и сенситивная акцентуации, ананкастное расстройство личности). В ряде случаев вызывающими факторами являются именно внутренние, в то время как экзогенные (психогенные) лишь способствуют развитию СТОСН [7, 13, 20].

Патогенез

Проведенные нами исследования по изучению патогенеза сексуальных расстройств у больных неврозом ожидания неудачи [7, 13] показали, что в их возникновении участвуют нарушения церебральной нервной регуляции, обусловленные дисфункцией мезодиаэнцефальных структур, которая имеет место во время интимной близости. На развитие этих расстройств может оказывать влияние снижение секрета тестостерона, ослабление его превращения в дигидротестостерон и гиперпролактинемия [7, 11, 13]. Также существует психологическая модель формирования СТОСН (Г.С. Кочарян, А.С. Кочарян, 1986), обосновывающая его развитие с позиций концепции психологических функциональных системных механизмов. Ранее были предложены модели, объясняющие возникновение

сексуальных дисфункций, обусловленных характеризуемым синдромом, опирающиеся на нейродинамическую концепцию И.П. Павлова, учение о доминанте А.А. Ухтомского (С.И. Грошев, 1967), теорию двух фаз Моввера (G. Kockott, 1980), а также теорию функциональных систем П.К. Анохина (С.Т. Агарков, 1984).

Сексологическая симптоматика

Проведенные нами клинические исследования выявили следующее. Среди сексологических симптомов у больных с неврозом ожидания неудачи чаще других встречаются расстройства эрекции (гипоэрекция, анэрекция, неустойчивая и ундулирующая эрекция, торпидное возникновение напряжения полового члена), реже – расстройства эякуляции (в подавляющем большинстве случаев – ускоренное семяизвержение). Несколько реже эякуляторных расстройств наблюдается снижение либидо и значительно реже – легкая гипооргазмия. Названные симптомы могут существовать изолированно и в различных сочетаниях [7, 9, 13–15].

При упомянутом неврозе страдают как адекватные, так и (в более выраженных случаях) спонтанные эрекции (дневные, утренние, ночные). Наиболее сохранными из спонтанных эрекций являются ночные, так как именно в этот период опасение неудачи и связанный с ним гиперконтроль напряжения полового члена либо вовсе отсутствуют, либо выражены в минимальной степени [7, 9, 13–15].

Помимо отмеченных копулятивных нарушений, у половины больных выявляют симптом сексуальной гипестезии-анестезии, который выражается частичной или полной блокадой сладострастных ощущений, испытываемых при телесном контакте с партнершей во время интимной близости [7, 13].

Интенсивность опасений/страха сексуальной неудачи претерпевает изменения даже на протяжении небольших промежутков времени, что естественно сказывается на половых функциях. Так, отмечается снижение этой интенсивности в просоночном и постпросоночном состояниях, что, в ряде случаев, может проявляться качественными половыми актами в ночные и утренние часы. Кроме этого, незапланированные половые акты часто бывают более полноценными, чем запланированные, а иногда даже безупречными, так как в первом случае упомянутые опасения/страх либо не успевают «включиться» в полной мере, либо вообще не успевают «включиться» [7, 9, 13–15].

Нами выделены следующие симптомообразующие факторы, участвующие в формировании копулятивных расстройств у больных неврозом ожидания неудачи: 1) «смысловое поле» (семантика) опасения неудачи, характеризующее какие именно сексуальные нарушения прогнозируются больным (эрекционные, эякуляторные, а может быть, те и другие); 2) эмоциональное напряжение; 3) гиперконтроль половых функций; 4) сексологическая симптоматика, изначально обусловленная другой патологией, на которую наслаивается усугубляющее влияние СТОН; 5) личностные реакции на половое расстройство; 6) сексуальная дизритмия; 7) основные симптомы, определяющие появление производных от них копулятивных нарушений (например, гипоэрекция может обусловить увеличение продолжительности полового акта или даже анэякуляцию). Первые из четырех приведенных выше факторов специфичны для СТОН, а остальные таковыми не являются и могут участвовать в формировании копулятивных нарушений при любых других формах сексуальных расстройств [7, 13, 14].

У большей части мужчин невроз ожидания неудачи ведет к возникновению сексуальных расстройств и всегда за-

нимает стержневое место в их структуре. У меньшей части пациентов этот невроз усугубляет течение половых расстройств, изначально вызванных другими причинами, и чаще играет вспомогательную роль в их организации [7, 13].

Несексологические проявления

Как свидетельствуют наши исследования, у больных с неврозом ожидания неудачи в обстановке интимной близости отмечаются психовегетативные нарушения, которые в случае коитофобии могут носить характер ситуационных пароксизмов и субпароксизмальных состояний симпатико-адреналового или смешанного характера. Симпатико-адреналовые пароксизмы и субпароксизмальные состояния проявляются учащенным сердцебиением, ознобом, ознобоподобными гиперкинезами. Очень редко имеют место неприятные ощущения в области сердца и за грудиной. В случае смешанных вегетативных пароксизмов и субпароксизмальных состояний, помимо перечисленных выше явлений, у пациентов наблюдаются затруднения дыхания на вдохе, сопровождающиеся чувством нехватки воздуха, урчание в животе, позывы к дефекации, повышенное потоотделение, редко – позывы к мочеиспусканию и чувство жара [7, 13, 16].

Нами выявлено, что у больных с характеризуемым неврозом во время интимной близости имеют место различные психосенсорные расстройства (в голове, туловище, конечностях, половых органах) [7, 13, 16].

Помимо представленной симптоматики, мужчин с неврозом ожидания неудачи нередко в течение всего дня преследуют мысли о сексуальной несостоятельности. Также у них могут обнаруживаться различные проявления астенического синдрома, а также снижение настроения, подчас достигающее уровня субдепрессии или даже депрессии. У части пациентов фиксируются отсутствовавшие у них до развития характеризуемой патологии повышенная мнительность, замкнутость, скрытность, повышенная ревнивость, уступчивость, молчаливость, задумчивость, которые носят динамический характер и нивелируются после ликвидации сексуальной проблематики [7, 13].

Нами выявлено, что очень часто у больных неврозом ожидания неудачи во время и вне интимной близости отмечаются различные изменения поведения. В первом случае речь идет об использовании ими приемов психической саморегуляции сексуальных функций: самовнушения, переклечения внимания, эротической аутосенситизации. Последняя представляет собой часто опосредованное самовнушением усиление телесного контактного восприятия специфических стимулов во время интимной близости, достигаемое благодаря сосредоточению внимания пациентов на испытываемых ими приятных ощущениях. Эти приемы направлены либо на борьбу с тревожным опасением неудачи, либо непосредственно на улучшение половых функций. Различная степень результативности использования указанных приемов в различные периоды наблюдается примерно у половины мужчин [4, 7, 10, 13, 18, 22].

Изменения поведения, имеющие место у больных характеризуемым неврозом вне интимной близости, как показали наши исследования, неоднозначны и отличаются по степени сложности и осознанности. Это могут быть исключение общения с женщинами на сексуальном, эротическом или даже платоническом уровне; гипертрофия прежних увлечений или возникновение новых, интенсификация учебы, уход в работу и выполнение общественных нагрузок (сублимация); различные варианты обесценивания женщин, достигаемого за счет работы механизма психологической защиты; компенсация своей сексуальной недостаточности более внимательным отношением к

супруге и помощью ей в выполнении домашней работы, а также стремлением дополнительными заработками пополнить семейный бюджет. С целью ликвидации сексуальных нарушений мужчины в ряде случаев по собственной инициативе прекращают употреблять алкогольные напитки, курить, начинают заниматься различными оздоровительными системами. Фиксируются и многие другие трансформации поведения, например, алкоголизация [6, 7, 8, 13, 18, 19, 21].

Невроз ожидания неудачи как диагностическое понятие

Следует отметить, что существуют два альтернативных представления о так называемом неврозе ожидания (А.М. Свядощ, 1982). Согласно первому из них, невроз ожидания – самостоятельная форма невроза, а согласно второму – особый вид невроза навязчивых состояний. При специальном клинико-психологическом обследовании больных неврозом ожидания неудачи нам удалось выделить 8 его типов [1, 3, 7, 13]. Критериями для их выделения были осознание болезненности тревожного опасения/страха сексуальной неудачи, его патогенного влияния, а также наличие борьбы с ним. В результате проведенного анализа сделан вывод о том, что этот невроз представляет собой некий континуум. На одном из его полюсов находятся формы, где отсутствуют признаки, характерные для невроза навязчивых состояний, а на другом – варианты, которые обнаруживают эти признаки в полной мере. Указанный континуум 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 содержанию мышления, а также 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 другие для больных совершенно очевидна, то тревожное ожидание неудачи в ряде случаев может восприниматься 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 патологией, что тем более затрудняет процесс ориентации пациента в собственном состоянии. В соответствии с нашими наблюдениями, отсутствие осознания болезненности тревожного опасения/страха сексуальной неудачи и борьбы с ними еще вовсе не означает, что они не носят навязчивый характер. Так, в ряде случаев появление такого осознания и соответственно желания избавиться от указанного ожидания не приводило к ликвидации последнего. Это позволяет сделать заключение, что в ряде случаев навязчивость может быть и неосознаваемой. Итак, какая же из двух, представленных выше, альтернативных точек зрения на невроз ожидания справедлива. Является ли он самостоятельной формой невроза или особым видом невроза навязчивых состояний? По нашему мнению, каждая из названных точек зрения отчасти справедлива и имеет право на существование. Если сторонники первой могут в своей аргументации опираться на отсутствие у многих больных из этой категории всех или части признаков, облигатных для невроза навязчивых состояний, то сторонники второй с полным основанием могут приводить в пример те случаи, которые по своим характеристикам, безусловно, относятся к

указанному неврозу. Опираясь на наши исследования, последние также вправе сослаться на возможность существования неосознаваемых навязчивостей. Тем не менее, всегда стоит вопрос об установлении диагноза. На наш взгляд, вряд ли целесообразно относить пациентов сексологического профиля с рассматриваемой патологией к различным классификационным рубрикам. Во всех случаях, какой бы точки зрения не придерживался врач, по-видимому, следует устанавливать диагноз «невроз ожидания неудачи», который нашел отражение в патогенетической классификации сексуальных расстройств у мужчин Г.С. Васильченко (1977) [1, 3, 7, 13].

Клинические варианты и течение

Результаты наших исследований свидетельствуют о том, что существуют **континуальный и альтернирующий варианты** течения невроза ожидания неудачи [7, 13, 17]. При первом из них СТОСН существует в течение какого-то определенного времени практически постоянно, а при втором – он то исчезает, то появляется вновь. Как при континуальном, так и при альтернирующем варианте течения данного невроза СТОСН может быть как **тотальным** (проявляться в обстановке интимной близости с любой женщиной), так и **селективным** (быть выраженным только по отношению к определенной партнерше). В последнем случае половые акты, проводимые с другими женщинами, протекают без изъянов.

Как отмечено ранее, нами также был выявлен такой вариант СТОСН, который может быть назван **синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи инициального периода** [13]. Речь идет о тех случаях, когда тревожное ожидание неудачи 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 отмечалось в течение 15 лет.

Нами также выделены **андроцентрический вариант** СТОСН (мужчину беспокоят только его собственные сексуальные проблемы), **феминцентрический его вариант** (пациента в основном беспокоят переживания женщины и ее состояние в связи с существующим у него половым расстройством) и **смешанный**, сочетающий в себе характеристики того и другого вариантов. Следует отметить, что андроцентрический вариант СТОСН характеризуется большей тяжестью по сравнению с феминцентрическим [7, 13, 17].

Характер течения невроза ожидания неудачи зависит от личностных характеристик и партнерской ситуации. Так, например, при наличии черт тревожной мнительности, ссорах и конфликтах в семье (в первую очередь на сексуальной почве) возникают предпосылки для затяжного прогрессирующего течения характеризуемого невроза с тенденцией к приобретению им континуального и тотального характера.

Проведенный нами анализ сексуальной коммуникации в супружеских (партнерских) парах, когда у мужчин диагностируют невроз ожидания неудачи, свидетельствуют о том, что существует **декомпенсирующий** и, как это не парадоксально, **компенсирующий** вариант влияния половых расстройств, где диагностируется указанный невроз, на сексуальную гармонию. Второй из названных вариантов упомянутого влияния наблюдается редко и обуславливается увеличением по инициативе пациента продолжительности предварительного периода для усиления эрекции, что приводит к возникновению у партнерши оргазма, который не возникал у нее до развития полового

расстройства у мужчины. При *отсутствии сколько-нибудь значимого воздействия сексуальных нарушений на характеризующую гармонию* можно констатировать, что и до их появления оргазм у женщин никогда не возникал при половых контактах. В ряде других наблюдений отсутствие такого влияния связано с небольшой выраженностью копулятивных дисфункций у мужчин. В этих случаях оргазм у женщины наступает так же часто, как и раньше, и не развивается дисбаланс потребностей в частоте сексуальных контактов у обоих партнеров [7, 13].

СТОСН, в том числе и невротического генеза, диагностируется у женщин, страдающих сексуальными расстройствами, гораздо реже, чем у мужчин. Он обычно выражается опасением невозможности в очередной раз пережить оргазм.

Лечение

Лечение больных со СТОСН невротического генеза предполагает использование психотерапевтических методов и биологической терапии. Превалирующей при этой патологии следует считать психотерапию. Из психотерапевтических воздействий применяют приемы разъяснительной, рациональной, когнитивной, рационально-эмотивной и позитивной терапии, которые направлены на объяснение механизмов сексуальных расстройств, коррекцию масштаба переживаний, обучение конструктивным способам мышления в создавшейся ситуации. В этой связи могут быть названы такие, предложенные нами, техники, как «ложный сигнал», «расширение сознания», «сопоставление по аналогии», «снижение ранга значимости сексуальных расстройств», «психотерапия с учетом механизма проекции» и др. [2].

Для лечения больных с названной патологией используют самовнушение, в том числе контрастное; аутогенную тренировку, включая разработанный нами ее ускоренный вариант для лечения сексуальных расстройств (Г.С. Кочарян, 1987, 1988, 1991); гипносуггестивную терапию (гипносуггестивное программирование и моделирование); нейролингвистическое программирование, в частности, разработанный нами способ коррекции поведенческих программ (Г.С. Кочарян, 1992, 1994), адаптированный и апробированный нами для лечения больных со СТОСН (Г.С. Кочарян, 2001) «метод взрыва навязчивости» (К. Андреас, С. Андреас, 1994), техника «взмаха» (Р. Бэндлер, 1994); специальные техники, используемые для ликвидации страха сексуальной неудачи: «мнимый запрет» («запретный плод»), «медовый месяц» (К. Imielicki, 1974) и обладающее психотерапевтическим действием «гинекологическое положение» (К. Imielicki, 1971, 1974), «вербальное раскрепощение» (С.И. Грошев, 1967), «чистосердечное признание» (S. Kratochvíl, 1985), «охранная грамота» (А.М. Свядош, 1982), «эмоционально-стрессовое самовнушение с использованием идеомоторной маятниковой пробы» (А.В. Гришин, 1988), лечебный петтинг (С.В. Владимиров-Клячко, 1972; С. С. Либих, 1990), «система эротической сенситизации» (Г.С. Кочарян, 1987); когнитивно-поведенческая «техника остановки мыслей» (J.A. Bain, 1966); десенсибилизация и переработка движениями глаз» (ДПДГ) (Френсис Шапиро, 1998); приемы секс-терапии, которые по механизму своего действия следует отнести к поведенческой терапии, и др [5, 7, 13, 18].

В связи с тем что интимная близость представляет собой парный поведенческий акт, и от каждого из участников во многом зависит ее качество, следует привлекать жен (сексуальных партнеров) в качестве сотерапевтов. При этом следует учитывать, что не только сексуальная техника влияет на качество сексуальных контактов. Су-

щественное воздействие на него оказывают психологические отношения между мужчиной и женщиной. В связи с этим используют такой вид психотерапевтических воздействий, как супружеская терапия. В тех же случаях, когда в формировании нарушений отношений между супругами участвуют другие члены семьи, возникает необходимость в применении семейной терапии. Также существуют рекомендации по использованию групповой терапии, однако ее проводят при рассматриваемой патологии довольно редко.

Для лечения СТОСН невротического генеза применяют медикаментозное лечение и физиотерапию (например, локальную декомпрессию полового члена, приводящую к его значительному увеличению, что может оказывать выраженное психотерапевтическое влияние). Из медикаментозных средств преимущественно используют траквилизаторы и гораздо реже малые нейролептики, назначаемые в невысоких дозах. Их прием в индивидуально подобранных дозах рекомендуют приблизительно за 1–2 ч до интимной близости. В том случае, когда речь идет о выраженной общей невротической симптоматике, наблюдающейся и вне указанной близости, возникает необходимость в курсовом назначении лекарственных средств вышеперечисленных групп, а также в применении адаптогенов, антидепрессантов (при выраженном снижении настроения), средств, влияющих на метаболические процессы головного мозга (ноотропы), и других лекарственных препаратов. Следует отметить, что антидепрессанты-ингибиторы обратного захвата серотонина широко используются в психиатрии и для лечения тревожно-фобических расстройств.

Следует отметить, что медикаментозное лечение и физиотерапия должны обязательно психологически потенцироваться, что усиливает их лечебное действие.

В настоящее время в связи с революционными открытиями в фармакологии (силденафила цитрат, варденафил, тадалафил) лечение больных со СТОСН стало более эффективным. Применение этих препаратов за некоторое время перед половым актом в сочетании с транквилизаторами, а иногда и без них, может обеспечить проведение качественных половых актов, что само по себе в ряде случаев может привести к редукции СТОСН.

Следует специально подчеркнуть, что часто речь может идти о сексуальных нарушениях смешанной этиологии, когда СТОСН выступает в качестве лишь одного из структурных компонентов, участвующих в организации целостного полового расстройства. В этих случаях, естественно, объем биологической терапии значительно расширяется.

Хотелось бы специально остановиться на возможных рекомендациях по проведению лечения пациентов с селективным вариантом СТОСН в тех случаях, когда 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 (что бы 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, воз-

можно, 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 [13].

Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у чоловіків
Г. С. Кочарян

Наведені дані наукових досліджень автора щодо формування синдрому тривожного очікування сексуальної невдачі у чоловіків, па-

тогенезу сексуальних дисфункцій, зумовлених ним, його сексологічних та несексологічних проявів, загальні рекомендації відносно терапії цього синдрому.

Ключові слова: чоловіки, тривожне побоювання/страх сексуальної невдачі, формування, патогенез, клінічні прояви, терапія.

Fear of sexual failure in men
G. S. Kocharyan

Data of author's researches on the formation of fear of sexual failure in men, pathogenesis of sexual dysfunctions caused by it, its sexological and nonsexological manifestations are represented. General information about treatment of the fear is reported.

Key words: men, fear of sexual failure, formation, pathogenesis, clinical manifestations, therapy.

Сведения об авторе

Кочарян Гарник Суменович – Харьковская медицинская академия последипломного образования, 61176, г. Харьков, ул. Корчагинцев, 58. Тел.: +38-095-259-65-23. E-mail: kocharg@rambler.ru

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кочарян Г.С. К вопросу о навязчивостях при неврозах / Г.С. Кочарян // Український вісник психоневрології. – Харків, 1995. – Т. 3, вип. 1. – С. 275–276.
2. Кочарян Г.С. Когнитивные приемы в коррекции масштаба переживаний пациентов с сексуальными дисфункциями / Г.С. Кочарян // Мир сексологии. – 2012. – № 3, часть 1. (Электронный научный журнал) URL: <http://1rsss.blogspot.com/2012/09/32012.html> (дата обращения: 06.09.2012).
3. Кочарян Г.С. О диагностическом понятии «невроз ожидания неудачи» / Г.С. Кочарян // Вопросы клиники, лечения и профилактики сексуальных расстройств: Тез. докл. научно-практической конф. сексопатологов (г. Нижний Новгород, 21–23 апреля 1993 г.). – М., 1993. – С. 77–78.
4. Кочарян Г.С. Приспособительное поведение мужчин во время интимной близости, обусловленное сексуальными дисфункциями / Г.С. Кочарян // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2011. – № 1 (26). – С. 42–49.
5. Кочарян Г.С. Психотерапия синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи: традиционные, новые и новейшие техники / Г.С. Кочарян // Сексология и сексопатология. – 2004. – № 2. – С. 17–29.
6. Кочарян Г.С. Сексуальные дисфункции и паттерны поведения: современный анализ проблемы / Г.С. Кочарян // Сексология и сексопатология. – 2005. – № 4. – С. 20–33.
7. Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин (формирование, патогенетические механизмы, клинические проявления, психотерапия): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук: спец. 14.00.18 «Психиатрия» / Г.С. Кочарян. – М., 1992. – 46 с.
8. Кочарян Г.С. Синдром ожидания сексуальной неудачи и модификации поведения / Г.С. Кочарян // Журн. невропатол. и психиатрии. – 1991. – Вып. 5. – С. 73–76.
9. Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания неудачи и его сексологические проявления / Г.С. Кочарян // Сексология и андрология. – Киев, 1992. – Вып. 1. – С. 103–106.
10. Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания неудачи и поведенческая адаптация, сопряженная с интимной близостью / Г.С. Кочарян // Здравоохран. Белоруссии. – 1991. – № 7. – С. 52–56.
11. Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания неудачи у мужчин и эндокринные механизмы сексуальных дисфункций / Г.С. Кочарян //

Социальная и клиническая психиатрия. – 1997. – № 4. – С. 57–62.
12. Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи (Электронный ресурс) URL: <http://1rsss.blogspot.com/2012/09/32012.html> (дата обращения: 15.08.2013).
13. Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и его лечение / Г.С. Кочарян. – Харьков: Основа, 1995. – 279 с.
14. Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и характеристика сексуальных дисфункций / Г.С. Кочарян // Социальная и клиническая психиатрия. – 1998. – Т. 8, № 2. – С. 108–115.
15. Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и особенности эрекционных дисфункций / Г.С. Кочарян // Проблеми медичної науки та освіти. – 2002. – № 2. – С. 42–44.
16. Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин: характеристика психовегетативных и психосенсорных расстройств / Г.С. Кочарян // Дерматология Косметология Сексопатология. – 2002. – 1–2 (5). – С. 69–72.
17. Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин: клинические варианты и динамика / Г.С. Кочарян // Сексология и андрология. – К., 1996. – Вып. 3. – С. 120–123.
18. Кочарян Г.С. Современная сексология / Г.С. Кочарян – К.: Ника-Центр, 2007. – 400 с.
19. Кочарян Г.С. Феномен сублимации и некоторые аспекты поведения больных с сексуальными дисфункциями / Г.С. Кочарян // Армянский журнал психического здоровья. – 2010. – № 2 (3). – С. 22–28.
20. Кочарян Г.С. Формирование синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин / Г.С. Кочарян // Российский психиатрический журнал. – 2000. – № 3. – С. 10–14.
21. Kocharyan G.S. Fear of sexual failure in males and their behavior changes // International Journal of Psychology: Abstracts of the XXVII International Congress of Psychology. Montreal, Canada, 16–24 August 1996. – 1996. – Vol. 31, Issues 3 and 4. – P. 116.
22. Kocharyan G.S. Sexual dysfunctions in males and their behavioral changes connected with intercourses / G.S. Kocharyan // 24th International Congress of Applied Psychology Abstracts Install Diskette 7/98. – P. 394.

Статья поступила в редакцию 11.09.2013