**Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи и характеристика расстройств эрекции**

Г. С. Кочарян (Харьков)

Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи (СТОСН), - наиболее универсальный сексопатологический синдром у мужчин, что определяет актуальность его многопланового изучения. Нами обследовано 254 человека в возрасте от 16 до 69 лет с указанным синдромом, который наблюдался преимущественно у больных неврозами.

У 5 больных (2,0 ± 0,9%), несмотря на наличие СТОСН, не было выявлено каких-либо копулятивных нарушений (мнимые сексуальные расстройства). У 3 больных (1,2 ± 0,7%) речь шла только о прогнозируемой симптоматике, так как после возникновения СТОСН они не предпринимали попыток к интимной близости. Один больной не жил половой жизнью в течение последних 7 лет, и поэтому конкретный характер копулятивных нарушений трудно было прогнозировать. Анализ симптомов у оставшихся 245 человек (общая группа) показал, что расстройства эрекции наблюдались у 214 человек (87,3 ± 2,1° о), что достоверно превышало частоту выявления у них других сексопатологических симптомов.

Следует отметить, что расстройства эрекции диагностируются чаще, чем другие копулятивные нарушения, и у неотобранного контингента больных с сексуальными расстройствами, что свидетельствует о сохранении этой же закономерности и у больных со СТОСН. Вместе с тем положение обстоит не столь однозначно, о чём свидетельствуют следующие факты. Так, с целью характеристики симптомов, наблюдаемых при относительно "чистых" формах СТОСН, из упомянутых 245 случаев было отобрано 113 ("очищенная" группа). В указанной группе СТОСН играл основную роль в организации сексуальных расстройств и, помимо поражений психической составляющей копуля-тивного цикла, могли определяться лишь фоновые синдромы, свидетельствующие о дефицитарности 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. Оказалось, что в данной группе расстройства эрекции наблюдались у 107 человек (94,7 ± 2,1%), что свидетельствует о достоверном преобладании их частоты (р < 0,02) по сравнению с таковой у больных общей группы (87,3 ± 2,1%).

Вопрос об особенностях частотной характеристики симптомов при рассмотренном синдроме должен быть обсуждён и со сравнительных позиций. Так, Г. С. Васильченко (1969) у наблюдавшихся им 600 больных с различными сексуальными расстройствами обнаружил жалобы на эрекционные нарушения у 453 человек (75,7 ± 1,8%).

Следовательно, среди обследованных нами больных общей группы расстройства эрекции встречались чаще, чем у неотобранного контингента больных (соответственно 87,3 ± 2,1% и 75,7 ± 1,8%; р < 0,001). Эти различия становились ещё более весомыми при сопоставлении частоты эрекционных нарушений в "очищенной" группе и среди больных, обследованных Г. С. Васильченко (соответственно 94,7 ± 2,1% и 75,7 ± 1,8%; р < 0,001).

Нами были проанализированы причины изменений в частоте выявления различных сексопатологических симптомов у больных с изучавшимся синдромом, возникших при процедуре "очищения", в результате которой в большей степени обозначилась специфика влияния СТОСН на феноменологию сексуальных нарушений. 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.

Выявленные у больных "очищенной" группы расстройства эрекции непосредственно обусловливались 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 гипоэрекции 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 её выраженности либо в предварительном периоде, либо в момент введения, либо спустя определённый 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 ундули-рующий характер, то есть 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 определённый временной интервал после начала фрикций. Исключительно редко изначально существующая в предварительном периоде гипоэрекция не прогрессировала при попытке интроекции, которая не удавалась из-за выраженности снижения напряжения члена. Нередко речь шла об альтернирующих эрекционных нарушениях, когда во время одних половых актов с данной партнёршей напряжение члена было нормальным, а во время других - отмечались различные эрекционные 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 обусловливалось гиперконтролем напряжения полового члена, персестирующим 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 сохранны, так как во время сна пациенты либо совершенно не контролировали эрекцию, либо этот контроль был гораздо менее выражен, чем после пробуждения, а тем более в обстановке интимной близости. Тем не менее достаточно выраженный гиперконтроль напряжения члена может иметь место и во время ночного сна. Так, один из наших пациентов вследствие этого неоднократно просыпался в течение ночи при возникновении эрекции. Когда же пробуждения не наступали, расценивал это как ненормальное явление, так как сам факт пробуждения связывал с наличием напряжения члена.

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 её исчезновению. С целью установления частоты существования тревожного ожидания неудачи при эротических сновидениях нами был специально опрошен 71 человек. Оказалось, что 22 человека (31,0 ± 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 человека ((45,1 ± 5,9%) не отметили тревожного ожидания неудачи при эротических сновидениях. 14 человек (19,7 ± 4,7%), напротив, утверждали, что такое ожидание (не всегда постоянное) имеет место при указанных сновидениях. 3 человека (4,2 ± 2,4%) не могли определённо высказаться по этому поводу, так как плохо помнили детали анализируемых сновидений.

Интерес представляет клиническое наблюдение, не включённое 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 гипоэрекции и ускоренного семяизвержения.

Четыре года назад, перед призывом в армию, попытался совершить половой акт в лесу с 27-летней женщиной лёгкого поведения, с которой ранее никогда не встречался, по её инициативе. Она была пьяна, непривычно для него одета (трусов на ней не оказалось) и вела себя весьма фривольно. Просила партнёра поторопиться с интимной близостью, так как, по её утверждению, спешила домой. Всё это привело к исчезновению эрекции члена, которая и изначально была ослаблена, при попытке совершить интроекци. Женщина упрёков не высказывала. Затем подоспел его друг, у которого с ней всё получилось. Вскоре после случившегося этот друг рассказал о постигшей пациента неудаче товарищам и один из них спросил нашего пациента: "Что же ты не мог её наказать? Что, у тебя не...". Если на само фиаско наш больной практически никак не отреагировал, то эти слова были ему неприятны. После происшедшего, во время службы в армии, спонтанные эрекции, а также эрекции при просмотре фильмов с эротическими сюжетами были полными. Поэтому считал, что у него всё нормально и не понимал, почему его постигла неудача. Сразу же после окончания службы в армии ребята познакомили его с 16-17-летней женщиной лёгкого поведения, которая ему не понравилась. В тот же день попытался совершить с ней половой акт в посадке, 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 Харькове. В связи с тем, что ему в районе помочь не смогут, 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 лёгкого 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 в нашу консультацию слит 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 её впоследствии оставит. Невеста же в ответ заявляет: "Какие же мы с тобой глупые". И всё 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 чём 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 в нашу консультацию ему приснился сон, что его друг, у которого в лесу всё 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 чётко 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-экзальтиро-ванному типу.

Обратился за медицинской помощью спустя 3 недели после попытки, которая не удалась из-за отсутствия эрекции, связанного с гиполибидемией, обусловленной употреблением 200 г креплёного вина, которое в последнее время снижает желание. Партнёрша его не упрекала, 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 своё настроение как подавленное. После неудачной попытки в течение 3 недель всего один или два 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, сопряжённых с ними, не было. После неудачи часто фиксировал своё внимание на члене (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.