

**Метод «взрыва навязчивости»
в устранении тревожного опасения/страха
сексуальной неудачи у мужчин**

Г.С. Кочарян

Харьковская медицинская академия последипломного образования МЗ Украины

Описывается использование метода «взрыва навязчивости», который относится к арсеналу нейролингвистического программирования, в лечении мужчин с резистентными к терапии формами синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи.

Ключевые слова: метод «взрыва навязчивости», синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи, мужчины.

Для лечения больных с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи (СТОСН), который в западной литературе называется “*fear of sexual failure*” (страх/боязнь/опасение сексуальной неудачи [англ.]), применяются различные психотерапевтические техники [2–15, 17, 19–22]. Одним из новых методов, который может использоваться для психотерапии таких больных, является метод «взрыва навязчивости», который относится к арсеналу средств нейролингвистического программирования (НЛП). Этот метод является примером «техники порога, в которой вы берете очень сильную реакцию и *усиливаете* ее, вместо того, чтобы пытаться ее ослабить или устранить. Вы усиливаете ее так стремительно и так быстро, что в определенной точке она переходит порог и «лопается». Это очень похоже на надувание воздушного шара. До некоторого момента каждый вдох делает шар больше. Однако если вы продолжите вдвух в шар, он, в конце концов, лопнет. После того как он лопнул, вы не можете вернуть шар, забрав назад последнюю порцию воздуха. ... Другим примером является перегибание куска металла или

проводами до тех пор, пока они не переламываются. После того как они сломались, вы не можете вернуть этот кусок провода простым ее разгибанием» (К. Андреас, С. Андреас [1, с. 128]).

Как известно, весьма часто любые инновации имеют свою предысторию. В этой связи следует упомянуть о так называемом методе «наводнения» из средств бихевиориального (поведенческого) арсенала, который ранее назывался «импловзивной терапией».

Стампфл, разработавший этот метод, предположил, что многократное представление неприятных сцен должно вести к снижению их «потенциала тревожности» через угасание (T.G. Stampfl, D.J. Lewis, 1968). Он утверждает, что «суть стратегии импловзивной терапии заключается в том, чтобы побудить пациентов встретиться лицом к лицу со своими кошмарами и “привести эти кошмары в замешательство”. ... Используя современные методы «наводнения», консультанты организуют консультационные интервью таким образом, что клиенты непрерывно подвергаются действию достаточно сильных стимулов (реальных или воображаемых), которые вызывают страх. Представления длятся до тех пор, пока тревога не иссякает, на что в большинстве случаев требуется от 10 минут до часа. Иногда пациенты оказываются настолько подавленными, что прерывают лечение. Однако применение метода «наводнения» часто приводило к улучшению состояния при лечении разнообразных фобий» (цит. по Р. Нельсон-Джоунс [18, с. 280–281]).

Метод «взрыва навязчивости» является чрезвычайно мощной психотерапевтической техникой, так как позволяет ликвидировать даже весьма интенсивные навязчивости часто всего за несколько минут. После их разрушения человек способен выполнять то действие, которое ранее являлось навязчивым, однако теперь оно таковым не является.

Следует специально отметить, что в литературе по НЛП понятие «навязчивость» гораздо более емкое, чем то, которое принято в психиатрии. Так, к навязчивостям здесь, помимо навязчивостей в традиционном их понимании, относят сильное влечение к определенным видам пищи, булимию

(неукротимую тягу к еде вообще), а, кроме того, пьянство, курение, чрезмерную зависимость от кого-то и т. п.

Существует две разновидности метода «взрыва навязчивости»:

- 1) одноразовое усиление субмодальности;
- 2) многократный метод храповика.

Прежде чем осуществить взрыв навязчивости, необходимо выявить «субмодальные магниты», которые запускают ту или иную навязчивость. Это могут быть какие-либо визуальные, аудиальные или кинестетические субмодальности. Для того чтобы объяснить, что такое субмодальность, необходимо привести некоторые дополнительные сведения.

Человек получает информацию из окружающего мира, используя пять органов чувств. Эти же пять чувств используются внутренне, чтобы обрабатывать информацию. В соответствие с этим *выделяют визуальную (зрительную), аудиальную (слуховую), кинестетическую, ольфакторную (обонятельную) и вкусовую модальности.*

Следует отметить, что термин «кинестезия» («чувство движения»), происходящий от двух греческих слов и обозначающий ощущение движения в мышцах и суставах тела, изначально имел очень ограниченное употребление и был известен в основном физиологам. Сейчас о кинестезии говорят не только они. (Л.Б. Лебедева [16]). Более широкое употребление слова «кинестезия» и «кинестетический» получили в последние два десятилетия благодаря психологам, изучающим взаимодействие человека с окружающей действительностью. Наряду с ощущением движения в мышцах и суставах тела, кинестезия как канал восприятия в этом, более широком употреблении, включает разнообразные телесные ощущения, такие как боль, напряжение, давление, тяжесть, а также осязание. Кинестетический канал является одним из трех основных каналов, обеспечивающих взаимодействие человека с миром, и стоит в одном ряду с визуальным и аудиальным каналами [16].

Известно, что любая конструкция, например, какое-то строительное сооружение, состоит из отдельных, составляющих его элементов. Так и *каждая из названных нами модальностей состоит из целого ряда субмодальностей,*

которые и являются образующими ее элементами. Они – кирпичики большого здания, каковым и является модальность. Например, когда названным зданием является визуальная модальность, то составляющими ее кирпичиками служат такие субмодальности, как цвет, яркость, контраст и др. Аудиальную модальность характеризуют такие субмодальности, как высота звука, его громкость, темп и др., а кинестетическую – качество ощущения, его интенсивность, локализация и др.

После этих необходимых предварительных пояснений охарактеризуем существующие две разновидности метода «взрыва навязчивости».

Одноразовое усиление субмодальности состоит в том, что ведущая субмодальность, вызывающая навязчивость, в один прием усиливается до такой степени, что пересекает порог. При этом «лопается» кинестетическая реакция принуждения в ответ на усиливающееся воздействие субмодального магнита.

При использовании же **метода храповика** «... вы берете ведущую субмодальность и усиливаете ее очень быстро. Потом снова начинаете с картины в первоначальном состоянии и снова быстро усиливаете субмодальность. Вы делаете это снова и снова и последовательно, чтобы усилить кинестетическую реакцию принуждения... Вы повторяете это раз за разом очень быстро, до тех пор, пока что-то не лопается» [1, с. 129].

Так, например, если субмодальным магнитом принуждения является яркость, то пациента сначала просят увидеть образ, а потом усиливают его яркость до максимально возможной степени. Если взрыва навязчивости за один раз не происходит, то человека просят мгновенно увидеть образ с первоначальной яркостью. Затем это цикл повторяют несколько раз, пока не происходит взрыв. После этого его кинестетическая реакция на прежний субмодальный магнит изменяется и он более не испытывает реакции принуждения.

Метод храповика использует инерцию кинестетической системы. Если внутренние образы или звуки можно изменять очень быстро, то кинестетическую реакцию на субмодальные магниты – нет. Это обусловлено тем, что интенсивные эмоциональные состояния сопровождаются большим

количеством гормональных и химических изменений, и организму человека требуется некоторое время, чтобы вернуться к нейтральному (исходному) состоянию.

В связи с этим кинестетическая реакция принуждения при проведении метода храповика не снижается к исходному уровню вместе с воображаемыми зрительными или аудиальными стимулами (субмодальными магнитами). Она остается на достигнутом при очередном цикле уровне и при каждом последующем цикле стартует именно с этого уровня.

«Это очень похоже на использование автомобильного домкрата. Вы нажимаете на рычаг домкрата, и машина немножко приподнимается. Вы снова жмете на рычаг домкрата, и машина приподнимается еще немножко. С каждым нажатием рычага машина поднимается выше и выше. Рычаг домкрата подобен субмодальности, с которой вы работаете с помощью метода храповика: размеру, яркости и т. п. Поднимающаяся вверх машина соответствует усилению вашего кинестетического ощущения принуждения.

В обоих методах мы очень быстро усиливаем реакцию хотения чего-либо до тех пор, пока человек не переступает через порог и его реакция не разрушается. Когда навязчивость человека лопається, сдвиг обычно можно заметить и снаружи. Вы можете увидеть, как его несловесная реакция все более усиливается, а потом внезапно перестает усиливаться и начинает ослабевать» [1, с.129].

Следует отметить, что при проведении метода «взрыва навязчивости» у пациента могут возникать различные неприятные, тягостные ощущения, которые делают терапевтическую процедуру, мягко говоря, мало приятной. Это могут быть головная боль, головокружение, шум в ушах, напряжение мышц и т. д. Поэтому перед проведением терапевтической процедуры пациента следует предупредить о возможности появления этих ощущений. Ему нужно объяснить, что для получения положительных результатов, он должен будет пройти через это «испытание» подобно герою сказки, который, только преодолев различные трудности на своем пути, добивается поставленной цели, и к всеобщему удовольствию сказка завершается счастливым концом.

Нами метод «взрыва навязчивости» был апробирован и адаптирован для ликвидации тревожного опасения/страха сексуальной неудачи (Г.С. Кочарян [11–13]). Следует отметить, что эффективность различных психотерапевтических техник устранения тревожного опасения/страха сексуальной неудачи определяется «адекватностью» их применения в каждом конкретном случае, которую не всегда легко «просчитать». В ряде случаев тревожное опасение/страх сексуальной неудачи ликвидируется достаточно быстро, что приводит к нормализации сексуальных функций, в других – напротив, данная патология оказывается весьма устойчивой к ликвидации. Очень редко она не ликвидируется даже при отсутствии сексуальных дисфункций, что может быть обусловлено, например, наличием психастенического характерологического радикала, особенно тогда, когда его выраженность достигает уровня расстройства личности (психопатии).

Иногда, как свидетельствует наша клиническая практика, после ликвидации фобического компонента тревожного опасения копулятивная дисфункция (чаще всего речь идет о расстройстве эрекции) не ликвидируется, что обуславливается наличием навязчивого гиперконтроля напряжения полового члена, обусловленного сохраняющимся навязчивым идеаторным (представленным в мыслительной сфере) компонентом рассматриваемой патологии.

В случаях недостаточной эффективности лечения пациентов с данным расстройством, может быть использован метод «взрыва навязчивости».

Приведем два клинических примера, когда терапевтический эффект был достигнут нами в результате использования характеризуемого метода у больных с синдромом тревожного ожидания сексуальной неудачи. В первом из них использовался многократный метод храповика, а во втором – одноразовое усиление субмодальности (в данном случае аудиальной).

Больной Г., 20 лет. Диагноз: невроз ожидания неудачи (страх сексуальной неудачи), селективный вариант. При обращении предъявлял жалобы на то, что когда вступает в половую связь с женщиной, то вначале ощущает страх («мандраж»). В это время возникают мысли, что опять «не встанет член» и

опять ничего не получится с женщиной, после чего начинает контролировать напряжение члена по ощущению («мозгом») и с помощью глаз (визуально). Если эрекция выражена менее чем на 100%, начинает думать: «Почему я с женой жил хорошо, а с другими женщинами у меня возникают сложности?», и при попытке провести половой акт «он (член) совсем падает».

В связи с предъявленными жалобами проводилась психотерапия, что привело к ликвидации фобического компонента тревожного опасения неудачи, однако гиперконтроль напряжения полового члена остался. Тогда нами было принято решение о применении метода «взрыва навязчивости».

Мы выяснили, что контроль напряжения полового члена усиливается при увеличении громкости внутреннего голоса, предполагающего неудачу при интимной близости, и носит навязчивый характер («пробовал отвлечься, но ничего не получается»). Предваряющая метод «взрыва навязчивости» беседа строилась следующим образом: «Каждая мысль в своей интенсивности может существовать только до определенного предела. Если данную границу пересечь, то навязчивость исчезнет». В связи с этим был приведен пример с воздушным шаром, который при его надувании может увеличиваться только до определенной величины, при достижении которой он неминуемо лопается. Также было отмечено, что при усилении голоса на каком-то этапе могут появиться неприятные ощущения. Для того, чтобы достигнуть положительных результатов, их, однако, необходимо перенести и не отступить на полпути (обычно в таких случаях я привожу метафорические примеры из соответствующих сказок).

Непосредственно сеанс проводился следующим образом:

Первый цикл: «Сядьте, услышьте свой внутренний голос и представьте, что он усилился, либо представьте, что бы было, если бы он усилился».

Пациент слышал свой внутренний голос и представил, что его громкость неуклонно нарастает. При усилении этого голоса появился, а потом (до возможного максимального предела) усилился шум.

Затем мы предложили вернуть внутренний голос к прежней громкости. Ему это удалось, шум остался, хотя и ослабел.

Второй цикл. *Опять предложили усилить звук. В результате он достиг такой же интенсивности, как и в первый раз, но сопровождающий шум был меньше. Пошли дальше по пути усиления внутреннего голоса. При этом он немного усилился, а шум стал более интенсивным (более интенсивным, чем во время первого цикла). Пациент отметил, что больше не может усилить громкость голоса. Потом мы вновь предложили ему вернуться к исходному уровню звучания. При этом шум не исчез, а уменьшился в своей выраженности до уровня, который имел место в конце первого цикла.*

Третий цикл. *Вновь пошли на усиление громкости внутреннего голоса. Когда его интенсивность достигла степени, которая имела место во время второго цикла, попытались усилить ее еще. В результате интенсивность внутреннего голоса достигла большого уровня. Сопутствующий шум достиг такой же силы, как и во второй раз. Затем вновь вернулись к прежней звучности внутреннего голоса, и опять остался слабый шум.*

Четвертый цикл. *Когда в четвертый раз начали повышать громкость внутреннего голоса, шум достиг такого же уровня, как и во время третьего цикла, а громкость внутреннего голоса нет. Однако затем она все же была достигнута, а потом удалось добиться еще большего ее усиления. Пациент отметил, что слышит очень сильный голос (!). В это время мы предложили ему услышать такой по силе звук, которого он никогда ранее не слышал («фантастически сильный звук, удивляюще сильный, изумляюще сильный»). «Поднимайтесь по склону горы к ее вершине. Когда достигнете ее, увидите потрясающе прекрасный вид и перейдете в другую реальность, реальность здорового человека. Уже слышит такой силы звук, которого он никогда раньше не слышал (!). Попросили его оставаться на достигнутой высоте в течение некоторого времени. Однако больной заявил, что он чувствует, что не сможет удержаться на этом уровне. Тогда предложили ему вернуться к исходной силе внутреннего голоса и отдохнуть. Когда он это сделал, сопутствующий шум остался, однако был слабее, чем в конце предыдущего цикла.*

Пятый цикл. После очень небольшого (1-2 мин.) отдыха (больной устал) мы предложили пациенту двинуться на решительный штурм. Перед этим сказали ему, что «... нужно максимально мобилизовать все возможности своего организма, всю силу своей фантазии, чтобы услышать такой сильный звук, которого Вы никогда раньше не слышали. Наберитесь терпения, чтобы услышать неправдоподобно громкий звук для того, чтобы перейти в другую реальность, «реальность лопнувшего воздушного шара», так как нельзя бесконечно усиливать любой звук, так же как и бесконечно надувать шар. Все настойчивее стремитесь услышать все более и более сильный звук». Пациент отметил, что шум достиг большей силы, чем в прежний раз (!). Проводилась мотивировка к «преодолению», которая помогла бы ему «добраться до вершины горы, к своему здоровью». Внутренний голос стал еще сильнее (!). Предложили удерживать его на том же уровне (“может быть количество перейдет в качество”). Однако пациент больше не мог повышать интенсивность своего внутреннего голоса. Тогда мы предложили ему вернуться к прежней громкости последнего. В конце характеризуемого цикла отметил, что шум отсутствует, однако ощущает чувство давления в лобной части головы. Затем мы предложили пациенту открыть глаза.

Через 1-2 мин попросили пациента представить себя в обстановке интимной близости. Он отметил, что внутренний голос меньше, чем раньше, побуждает его к гиперконтролю. В результате нами был сделан вывод о том, что достигнут некоторый положительный эффект.

Шестой цикл. Был предпринят очередной “штурм” с новыми силами. На этот раз была достигнута такая же громкость внутреннего голоса, как и в 5-й раз, но сопровождающий шум был слабый. Перед тем как она была достигнута, мы побуждали клиента полностью мобилизовать себя для усиления громкости. Когда вернулись к исходному уровню силы звука, то не было ни шума, ни давления в голове.

После окончания этого цикла провели проверку результативности проведенной терапии. Пациент отметил, что теперь при представлении интимной близости гиперконтроля напряжения полового члена как такового

нет, и только прилагая специальные усилия, он начинает контролировать эрекцию. Сделал вывод о достижении хорошего результата, что подтвердилось при сексуальных контактах.

Анализируя этот случай, следует отметить, что хотя громкость внутреннего голоса и достигла такого уровня, с которым клиенту никогда не приходилось встречаться в реальной жизни (услышал такой силы звук, которого никогда раньше не слышал), однако при проведении сеанса он не почувствовал ощутимого прорыва. Вместе с тем наступило выздоровление. В этой связи следует привести следующее высказывание К. Андреас и С. Андреаса [1, с.133], которое объясняет, что происходит в подобных случаях:

«Многие люди не замечают, когда переходят порог, в особенности, если реакция должна сделаться очень интенсивной, прежде чем лопнуть. Но если вы немного подождете, чтобы вашей кинестетической системе хватило времени заново успокоиться, вы можете обнаружить, что принуждения больше нет».

Больной Т., 39 лет. Диагноз: невроз ожидания неудачи (страх сексуальной неудачи). Из-за расстройства эрекции не может совершить половой акт. Собирается жениться. После проведенной интенсивной психотерапии фобический компонент тревожного опасения сексуальной неудачи нивелировался, однако осталась навязчивая фиксация на напряжении члена, что ведет к отключению восприятия женщины во время предварительного периода. Обуславливает фиксацию внимания на члене внутренний голос, сомневающейся в успехе интимной близости. Сам больной характеризует свою проблему следующим образом: «При возникновении эрекции мозг как бы автоматически отключается от женщины, и внутренний голос как бы спрашивает, а будет ли эрекция сильнее или нет, а вот если я сейчас начну вводить член, то он потеряет эрекцию? Бывает, что контроль сначала отсутствует и тогда введение члена происходит, но сразу же внутренний голос начинает сравнивать ощущения от ласк, допустим груди, с ощущениями, связанными с введенным членом. Затем возникает мысль о том, не пропадет ли эрекция, и, в конечном счете, так и происходит».

Было принято решение применить метод «взрыва навязчивости».

Техника. Предложили пациенту представить предварительный период и услышать свой внутренний голос. Отметили, что это ведет к гиперконтролю напряжения члена. Попросили уменьшить громкость внутреннего голоса. Это привело к уменьшению фиксации на напряжении члена. Вначале, однако, он не понял инструкцию: все не мог понять, как это внутренний голос может иметь громкость. Тогда мы подошли по иному и начали говорить (когда пациент закрыл глаза), что он находится в предварительном периоде и его внутренний голос звучит нечетко, расплывчато и отдаленно. Это привело к тому, что больной перестал фиксировать внимание на члене и полностью сосредоточился на женщине. Потом предложили вернуть голос к исходной громкости. Затем сказали, что громкость голоса увеличивается. Сначала пациент не смог выполнить эту инструкцию. Он отметил, что сейчас внутренний голос звучит слабее, чем при интимной близости, а также тише, чем на начальном этапе выполнения описываемой техники. Звучит на грани исчезновения. Затем мы опять предложили ему услышать внутренний голос обычной громкости, такой, который он обычно слышит во время предварительного периода. Он опять не смог это сделать. Тогда мы сказали, что подождем, пока это не случится, и что не его голос должен им управлять, а он должен управлять своим голосом. Потом больной услышал голос обычной громкости. Затем предложили ему увеличить ее. Однако это не удалось осуществить. Тогда нацелили его представить, что внутренний голос звучит громче, и это дало возможность его усилить. Пациент представил, что голос звучит сильнее, и это увеличило контроль напряжения члена. Затем попросили его представить, что голос звучит еще громче (для облегчения выполнения инструкции мы рассказали о реостате, с помощью которого свет в зале кинотеатра/театра после окончания сеанса/представления становится все ярче и ярче). Для того чтобы в процессе выполнения техники исключить или уменьшить выход пациента из внутренней реальности, мы попросили его сигнализировать указательным пальцем правой руки об усилении громкости внутреннего голоса (поднять его в тот момент, когда эта громкость будет усилена до предела). Клиент выполнил эту инструкцию.

После окончания выполнения этой техники он рассказал, что параллельно с усилением громкости голоса у него начали усиливаться различные неприятные ощущения в организме, но когда он дошел до верхнего порога громкости, то пропал и внутренний голос, и все неприятные ощущения, сопровождавшие его усиление. Затем мы подробно опросили клиента о том, что происходило с ним при усилении громкости голоса. На этот вопрос он ответил следующее: «Голос усиливался. Было давление в верхней части головы, неприятные ощущения в области горла, сжатие мышц щек. Затем наступил какой-то момент типа физического облегчения, а потом голос пропал сразу (его звучание)». Конкретизируя, что он испытал при прохождении «порога», пациент отметил: «Когда перешел барьер, голос пропал, пустоту своеобразную почувствовал».

Затем была проведена проверка результативности проведенной терапии. С этой целью пациенту предложили представить себя в ситуации интимной близости. Однако он не смог этого сделать и не услышал свой голос. Потом попросили, чтобы он представил ласки и поцелуи. На этот раз ему это удалось, однако внутренний голос ему так и не удалось услышать. Раньше же при представлении интимной ситуации всегда слышал внутренний голос, отражающий неуверенность в самом себе. Затем еще раз попросили его представить себя в интимной ситуации, но голос вновь не зазвучал. Сделан вывод о хорошем терапевтическом эффекте.

Через 1 месяц после описанной терапевтической сессии мы связались с пациентом по телефону. Он рассказал, что после ее проведения его половая функция полностью нормализовалась (живет регулярной половой жизнью с женщиной, на которой женился после окончания лечения).

В данном случае, в отличие от предыдущего, в процессе проведения характеризуемой техники пациент совершенно четко ощутил, когда он перешел «порог» и вступил в новую реальность – реальность здорового человека («... наступил какой-то момент типа физического облегчения, а потом голос пропал сразу»).

Таким образом, приведенные примеры по использованию метода «взрыва навязчивости» свидетельствуют об его эффективности даже при лечении труднокурабельных форм синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи.

Метод “взбуху навязливості” в усуненні тривожного побоювання/страху сексуальної невдачі у чоловіків

Г.С. Кочарян

Описується використання методу «взбуху нав'язливості», який відноситься до арсеналу нейролінгвістичного програмування, в лікуванні чоловіків із резистентними до терапії формами синдрому тривожного очікування|чекання| сексуальної невдачі.

Ключові|джерельні| слова: метод «взбуху нав'язливості», синдром тривожного очікування|чекання| сексуальної невдачі, чоловіки.

The method of "explosion of obtrusiveness" for elimination of fear of sexual failure in men

G.S. Kocharyan

Use of the method of “explosion of obtrusiveness” concerned to neurolinguistic programming is described for treatment of male patients with resistant to cure forms of fear of sexual failure.

Key words: the method of “explosion of obtrusiveness”, fear of sexual failure, males.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреас К., Андреас С. (Andreas K., Andreas S.) Измените свое мышление – и воспользуйтесь результатами. Новейшие субмодальные вмешательства НЛП: Пер. с англ. – СПб: Ювента, 1994. – 240с.
2. Виш И. М., Романюк В. Я., Гериш А.Г. К вопросу лечения психогенной импотенции // Медико-психологические аспекты брака и семьи: Тез. докл. обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. – Харьков, 1985. – С. 128–129.
3. Владимиров-Клячко С.В. О некоторых особенностях психотерапевтической тактики лечения импотенции // Проблемы современной сексопатологии: Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. – М., 1972. – Т. 65. – С. 459–467.
4. Гришин А.В. Эмоционально-стрессовая психотерапия в комплексе лечения психогенных сексуальных расстройств: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1988. – 21 с.
5. Грошев С.И. Из опыта психотерапевтического лечения психогенного преждевременного семяизвержения // Актуальные вопросы сексопатологии: Тр. Моск. НИИ психиатрии МЗ РСФСР. – М., 1967. – Т. 51. – С. 414–432.

6. Доморацкий В.А. Сексуальные нарушения и их коррекция: краткое практическое пособие по диагностике и лечению психогенных сексуальных дисфункций. – Ростов н/Д: Феникс, 2003. – 288с.
7. Журавель А.П. Применение метода ДПДГ для лечения психогенных сексуальных расстройств // СЕКСУАЛЬНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА НА РУБЕЖЕ ВЕКОВ: проблемы, профилактика, диагностика и лечение / Материалы международной конференции. – М., 1999. – С.244–246.
8. Кочарян Г.С. Новые психотерапевтические приемы и методики в сексологической практике. – М.: Упр. спец. мед. помощи МЗ СССР, 1991. – 20 с.
9. Кочарян Г.С. Новый психотерапевтический способ в лечении синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи // Сексология и андрология. – Киев, 1994. – Вып. 2. – С. 88–93.
10. Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и его лечение. – Харьков: Основа, 1995. – 279 с.
11. Кочарян Г.С. Метод взрыва навязчивости в терапии синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи // Вісник Харківського Університету. Серія “Психологія”. – 2001. – № 517. – С.95–98.
12. Кочарян Г.С. Терапевтические техники нейролингвистического программирования (НЛП). – Киев: НИКА-Центр, 2002. – 112 с.
13. Кочарян Г.С. Психотерапия синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи: традиционные, новые и новейшие техники // Сексология и сексопатология. – 2004. – №2. – С.17–29.
14. Кочарян Г.С., Кочарян. А.С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. – М.: Медицина, 1994. – 224 с.
15. Кратохвил С. (Kratochvil S.) Терапия функциональных сексуальных расстройств: Пер. с чешск. – М.: Медицина, 1985. – 159 с.
16. Лебедева Л.Б. О кинестетических предикатах в языке // <http://www.uni-dubna.ru/science/publications/collect1/lebed.shtml>
17. Либих С.С. Психотерапия функциональных сексуальных расстройств у мужчин // Руководство по андрологии / Под ред. О.Л. Тиктинского. – Л.: Медицина, 1990. – С. 234–245.
18. Нельсон-Джоунс Р. (Nelson-Jones R.) Теория и практика консультирования: Пер. с англ. – СПб.: Изд-во «Питер», 2000. – 464 с.
19. Свядош А.М. Неврозы. – М.: Медицина, 1982. – 366 с. |мужья,супруг|
20. Finkel A., Thompson R. Alternatives to androgenic hormones in treating male impotency // Geriatrics. 1972. – Vol. 27. – P. 74–76.
21. Imielinski K. Modyfikacja psychoterapii nerwicowych zaburzen wzvodu czlonka // Pol. Tyg. Lek. 1971. – T. 26, N 24. – S. 910–912.
22. Imielinski K. Leczenie zaburzen psychoseksualnych // Sexuologia kliniczna / Pod red. T. Bilikiewicza, K. Imielinskiego. – Warszawa: PZWL, 1974. – S. 323–406.

Библиографическая справка о статье: Кочарян Г.С. Метод «взрыва навязчивости» в устранении тревожного опасения/страха сексуальной неудачи у мужчин // Здоровье мужчины. – 2006. – 1(16). – С. 61–65.