

Редкий клинический случай синдрома тревожного ожидания сексуальной неудачи

Г.С. Кочарян

Харьковская медицинская академия последипломного образования

В статье приведен очень редкий клинический случай, когда синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у больного выражался главным образом боязнью снижения полового влечения, которая и вызывала его ослабление. Эта боязнь возникла после того, как однажды пациент отметил снижение либидо. Через некоторое время после этого снижения у него появились мысли о возможном нарушении эрекции, но она оставалась нормальной, хотя и не была «распирающей», как до ослабления либидо (доклинический уровень). Описано лечение этого пациента с использованием некоторых психотерапевтических методов: различных когнитивных приемов, включая разработанный автором прием «сопоставления по аналогии», гипносуггестивной терапии в варианте программирования (в частности с применением разработанной автором рецептуры внушений для усиления либидо), авторской модификации техники «взмаха», которая относится к нейролингвистическому программированию. Также использовалась медикаментозная терапия (гидазепам, триттико).

Во время лечения у больного возник страх стать гомосексуалом из-за того, что влечение к женщинам было снижено. Это послужило причиной применения когнитивных воздействий и гипносуггестивной терапии, а также вышеуказанной фармакотерапии. В результате проведенного лечения наступило выздоровление. Приведенное клиническое наблюдение свидетельствует о том, что в очень редких случаях возникшее снижение полового влечения может в дальнейшем привести к развитию боязни этого снижения, которая и будет вызывать ослабление либидо, обусловленное функционированием семантического (смыслового) механизма: реализуется то, чего боится больной.

Ключевые слова: мужчина, синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи, боязнь ослабления либидо, когнитивные приемы, гипносуггестивная терапия, модифицированная техника взмаха, фармакотерапия.

Среди обращающихся за сексологической помощью синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи (СТООН), который является наиболее универсальным сексопатологическим синдромом у мужчин (20,6% среди больных с различными сексуальными расстройствами), чаще всего диагностируется у больных с невротическими расстройствами [1–5]. При этом на долю так называемого невроза ожидания неудачи (в МКБ-10 относится к рубрике F40.1 и F42.0 [6]) приходится наибольшее количество 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, СТООН часто усугубляет течение сексуальных расстройств, изначально обусловленных соматической патологией.

В специальной литературе можно встретиться с мнением, что одним из механизмов, по которым происходит формирование сексологических симптомов при данной патологии, является боязнь, которая касается качества эрекции и продолжительности полового акта [1–5]. Это может приводить к

ослаблению эрекции и преждевременной эякуляции. Однако, как оказалось, эта боязнь может касаться и выраженности либидо. К этому заключению я пришел в результате того что в своей клинической практике столкнулся с совершенно неординарным случаем.

Больной Л., 31 год, обратился за сексологической помощью 22.08.2016 г. Женат 10 лет, детей нет. У жены была внематочная беременность и сложная гинекологическая операция, и она не может иметь детей. В настоящее время одна маточная труба удалена, а во второй имеют место спайки. Супруги любят друг друга и планируют усыновить ребенка. У пациента высшее образование (окончил институт общественного питания и торговли). Работает поваром в богатой семье. Жена пациента, которой тоже 31 год, окончила профессионально-техническое училище (училась на повара), работает поваром в одном из ресторанов. Супруги проживают вместе с матерью жены в двухкомнатной квартире, которая принадлежит теще.

Предъявляет жалобы на снижение полового влечения, а также очень легкое (незначительное) ослабление адекватных эрекции, которое, однако, не отражается на качестве полового акта. Имеет место сниженный фон настроения. При активном расспросе указывает на полное отсутствие спонтанных утренних эрекции. Жалобы урологического профиля отсутствуют.

Анамнез. В конце января – начале февраля 2016 г. у пациента без каких-либо видимых причин внезапно пропало половое влечение. В связи с этим в течение 2 нед после этого находился в стрессовом состоянии. Частота половых актов тогда составляла три раза в неделю, а до появления полового расстройства – пять. Формально половые акты протекали без изъянов. Однако его беспокоило снижение полового влечения. Мысли об этом беспокоили в течение всего дня («как мне быть, если я не восстановлюсь»), а перед половым актом беспокойство по этому поводу усиливалось, и появлялся легкий спазм в животе (ниже пупка), жар во всем теле, учащенное сердцебиение. При углубленном расспросе выяснилось, что изначально у него снизилось половое влечение («вроде бы не так сильно и снизилось»). Спустя 2 нед вслед за ослаблением либидо и возникновением беспокойства в связи с этим, начал концентрировать внимание на эрекции и появились опасения, что она может нарушиться, хотя главная обеспокоенность касалась именно ослабления либидо. После того, как у него снизилось желание, эрекция хотя и была нормальной, но не была «распирающей», как до снижения либидо (доклинический уровень). Даже появившиеся мысли о возможном нарушении эрекции не привели к сколько-нибудь выраженному ее расстройству при половых актах, однако утренние эрекции вообще перестали возникать. Своей обеспокоенностью он поделился с супругой, которая сказала, что у него все нормально («что ты себе надумал»), но если он считает, что это не так, то может обратиться за медицинской помощью. Никаких претензий к нему жена не предъявляла.

Как выяснилось, склонен «раздувать» любые неблагоприятные ситуации. Считает себя мнительным, впечатлительным, мелкие неприятности обычно вызывают у него большие переживания, так как сам себя «накручивает». В

этом году 2 раза не мог заснуть, потому что боялся, что не проснется («тревожное состояние, ближе к паническому»). Тогда бросало в жар, были спазмы в животе и чувство страха, что не проснется.

Объективно: рост – 168 см, масса тела – 75 кг. Оволосение на лобке по мужскому типу (есть «дорожка» к пупку). На груди, животе, шее волос нет. На руках слабое оволосение, на ногах – чуть больше. Член нормальных размеров, головка свободно открывается. Яички небольших размеров, но в пределах нормативных параметров. Придатки яичек безболезненны, не уплотнены. Складчатость и пигментация яичек достаточная.

Дополнительные методы обследования. 13.06.2016 г. (содержание гормонов). Тестостерон общий, нмоль/л – 27,63 (норма в единицах СИ – мужчины 20–49 лет: 8,64–29,0; глобулин, связывающий половые гормоны (SHBG), нмоль/л – 40,94 (норма в единицах СИ – мужчины 20–49 лет: 18,3–54,1; индекс свободного андрогена, % – 67,61 (норма в единицах СИ – мужчины 20–49 лет: 35,0–92,6; пролактин (ПРЛ), мМУ/л – 371,7 (норма в единицах СИ – мужчины: 105–540. При анализе спермограммы от 13.06.2016 г. обнаружены явления выраженной олигоастеноспермии при объеме эякулята 5,1 мл, а также содержании 3–5 лейкоцитов в поле зрения.

Диагностическое заключение: невроз ожидания (неудачи) (F40.1 и F42.0) в форме боязни снижения полового влечения (преимущественно) и опасения исчезновения эрекции у личности с тревожно-мнительными чертами характера, симптом ослабленного либидо.

Лечение. Продолжительность терапии составила 2 мес (с 24.08.2016 по 24.10.2016 г.) и включала различные методы психотерапии (когнитивно ориентированную, гипносуггестивную и нейролингвистическое программирование), а также биологическое лечение (использование антидепрессанта и транквилизатора, апитерапию, японскую технику для усиления либидо).

На одном из первых приемов больным с СТОСН я всегда рассказываю о существовании двух способов нервной регуляции: соматической и автономной (вегетативной). Первый тип регуляции подразумевает совершение движений под контролем сознания («Вы можете отдать себе приказ повернуть голову, поднять руку или ногу, пойти и т. д.»). Второй тип регуляции усматривается в работе желудка, печени, поджелудочной железы и т. д., то есть речь идет об управлении по типу автопилота, которое не осознается человеком, а происходит на автомате. Управление половыми функциями относится ко второму типу регуляции, хотя до некоторой степени возможно регулировать продолжительность полового акта мужчинами, а также обучиться подавлять эрекцию в ситуациях, не соответствующих социальному контексту. Когда у мужчины случается фиаско, то на следующий раз он уже начинает контролировать свои половые функции (эрекцию, эякуляцию), что грозит повторением фиаско, так как вносятся помехи в «работу автопилота». В следующий раз или позже он уже начинает бояться, что его постигнет сексуальная неудача, и это еще в большей степени дезавтоматизирует его сексуальные функции, а мысли о возможной неудаче выполняют роль локомотива (паровоза), который находится во главе поезда, за которым следуют вагоны, которые он везет в «не получится». То есть речь идет о самореализующемся пророчестве.

Я объясняю пациентам, что чем больше они будут сомневаться в успехе полового акта и фиксировать внимание на своем члене, тем скорее их постигнет неудача. Поэтому во время предварительного периода и при непосредственном проведении полового акта они должны «погружаться» в испытываемые ими при интимной близости приятные сладострастные ощущения и «растворяться» в них, что будет

служить противодействием тревожному ожиданию сексуальной неудачи (приятные эмоции будут вытормаживать опасение/страх сексуальной неудачи – феномен реципрокной ингибиции [взаимного торможения]). Также в этих случаях рекомендуется высказывание слов восхищения женщиной, что будет снимать эмоциональное напряжение, а также переключать пациента с мыслей о возможной неудаче на мысли о женщине и наслаждении, которое она доставляет.

В качестве одного из когнитивных приемов в нашем клиническом наблюдении использовался разработанный нами прием «сопоставление по аналогии» [7, 8]. Он был направлен на коррекцию свойственного пациенту гиперболического восприятия происходящих событий и имеющего у него место патологического состояния. Суть этого приема состоит в следующем. Проводится аналогия между существующим у пациента восприятием и оценкой величины предмета, рассматриваемого через двояковыпуклую линзу (увеличительное стекло), что искажает его истинную величину, значительно увеличенную при такой процедуре. Мы отмечаем, что явления могут предстать в своей истинной значимости в том случае, когда ранее увеличенное изображение будет пропущено через двояковогнутую линзу – уменьшительное стекло. В результате этого произойдет переоценка происходящих событий в соответствии с их истинной значимостью. Пациенту рекомендуется всегда помнить об особенностях его восприятия, тем самым внося необходимую коррекцию. Также полезно представлять картину, когда речь идет о рассматривании предмета через плоское стекло. В этом случае исходная величина равна воспринимаемой. В процессе использования этого приема я рассказываю о трех типах людей. Первые «видят» происходящее через плоское стекло и оценивают его адекватно, другие – через увеличительное стекло (личности с тревожно-мнительными чертами характера), третьи – через уменьшительное стекло (им все «до лампочки»).

Для подчеркивания неорганической природы заболевания в клиническом наблюдении, о котором идет речь, можно было использовать интерпретацию гормональных анализов, которые не выявили никаких нарушений, значительный объем спермы (5,1 мл), что, в частности, говорит о хорошем андрогенном фоне, а также фиксировать внимание на количестве лейкоцитов в семенной жидкости (3–5 экз. в поле зрения), свидетельствующее об отсутствии воспалительного процесса.

За время лечения было проведено 10 сеансов гипносуггестивной терапии в варианте программирования [9]. Проводились внушения, направленные на избавление от мыслей и переживаний о сексуальной несостоятельности, наполнение уверенностью в своих сексуальных возможностях, программирование нормально протекающего коитуса с хорошей выраженностью сексуального влечения в предварительный и основной периоды полового акта, улучшение настроения.

Большое внимание уделялось усилению либидо, так как его снижение было главной сексологической психотерапевтической мишенью. Для этого использовали следующие прицельные внушения: «В гипнотическом состоянии активируются структуры головного мозга, ответственные за выраженность полового влечения... Они активируются, тонизируются, стимулируются, возбуждаются... Поэтому у тебя отныне выраженное, сильное, напористое половое влечение, которое побуждает к ласкам и поцелуям и совершению полового акта». Такие внушения проводились дважды. Затем осуществлялась следующая суггестия: «Отныне голос жены, ее внешность, ее формы, общение с ней вызывают у тебя желание обнять и поцеловать ее, которое переходит в желание совершить с ней половой акт... Отныне жена для тебя – выраженный сексуальный стимул, сильный сексуальный

возбудитель... В ее присутствии чувствуешь появляющееся сексуальное влечение, которое сопровождается усиливающимся половым возбуждением, что побуждает тебя к ласкам и поцелуям и совершению полового акта».

При проведении гипнотических сеансов в их структуру также включался прием «сопоставление по аналогии» для коррекции масштаба переживаний больного.

Также для лечения данного пациента была использована техника «взмаха» из арсенала нейролингвистического программирования [10, 11, 12] в нашей модификации. Порядок ее проведения был следующим:

1. Вначале пациента просили вспомнить или представить какого-то мужчину, который обладает стопроцентной сексуальной потенцией и стопроцентной уверенностью в своих сексуальных возможностях.

2. После этого просили пациента при закрытых глазах представить картину на экране, когда он находится в преддверии интимной близости, и у него возникнут навязчивые мысли (в данном случае об ослабленном либидо и возможном ослаблении эрекции) о предстоящей сексуальной неудаче, а также сопряженные с ними неприятные ощущения. Картинка должна быть яркой, контрастной и четкой. Если это не так, и она тусклая, то мы говорим, что в будке сидит киномеханик, и он добивается хорошего изображения на экране (хорошей яркости, контрастности, четкости).

3. Когда это достигнуто, мы просим пациента где-то на своем теле в этой картине увидеть темное пятно. После того, как он его увидит, мы говорим, что это горлышко бутылки, а на ее дне находится скукоженный мужчина высокопотентный и уверенный в своих сексуальных возможностях мужчина. Затем этот образ начинает увеличиваться в размерах и постепенно занимает 1/8, 1/4, 1/3, 1/2 бутылки. Дальнейшее увеличение этого образа сопровождается следующей инструкцией: «Теперь Вы начинаете отмечать, что его руки становятся похожи на ваши руки, его ноги становятся похожи на ваши ноги, его лицо становится похоже на ваше лицо».

4. Продолжающееся увеличение этого образа (до 3/4 бутылки и больше), согласно нашей инструкции, приводит к тому, что пациент видит уже себя, но сохраняет полную внутреннюю уверенность в своей потенции и сексуальных возможностях, которые были присущи мужчине-модели. В таком состоянии сформированный образ достигает горлышка бутылки.

5. Достигнув горлышка бутылки, данный образ смывает с экрана предыдущий образ неуверенного в себе пациента, находящегося в обстановке интимной близости. Если эта картина неяркая, неконтрастная и нечеткая, то с помощью «киномеханика» мы добиваемся того, что она становится качественной, хотя обычно она является таковой с самого начала. Потом на счет до 5 добиваемся закрепления и фиксации этой здоровой программы сексуального функционирования.

Обычно «взмах» проводится 5 раз. В последнее время мы еще несколько изменили данную технику. Так, на конечном этапе 4 шага для тех, у кого страдает эрекция, мы инструктируем пациента, что он не просто чувствует себя наполненным уверенностью мужчины-модели, но также видит себя обнаженным с полностью эрегированным членом. Он остается обнаженным и после «взмаха» (когда это образ смывает предыдущий образ неуверенного в себе пациента, находящегося в обстановке интимной близости). Более того, согласно нашей инструкции, он легко вводит этот хорошо напряженный член во влагалище. Затем на счет до 5 производится фиксация этой «здоровой» программы.

Из медикаментозных средств применяли транквилизатор гидазепам по 0,02 дважды в день, а также антидепрессант триттико (тразодона гидрохлорид) по 50 мг на ночь. Выбор

этого антидепрессанта был обусловлен тем, что он уменьшает тревогу, улучшает настроение, а также усиливает либидо и эрекцию. Также пациент принимал цветочную пыльцу по 1 чайной ложке 2 раза в день. Помимо этого, 2 раза в день по 3 мин он осуществлял быстрые движения вперед-назад согнутой «в мешочек» кистью руки, в котором находились его яички (японская техника для усиления полового влечения).

Следует отметить, что уже во время лечения, когда я спросил больного, не влечет ли его к лицам своего пола, он подумал, почему я задал ему этот вопрос, и прочитал статьи по гомосексуализму. Начал переживать, нет ли его у него, раз снижено половое влечение к женщинам. Отмечает, что при этих переживаниях его «аж в жар бросает». Вместе с тем, являясь абсолютным гетеросексуалом, считает этот страх абсурдным и необоснованным. Однако на определенном этапе лечения он стал настолько сильным, что затмил по своей выраженности тревожные мысли относительно слабости либидо и качества эрекции, которые вообще перестали возникать. Это послужило причиной использования когнитивных приемов (проводилась работа по дискредитации мыслей о возможности стать гомосексуалом) и внушений в гипнотическом состоянии, направленных на избавление пациента от этого страха и наполнения его уверенностью, что он является абсолютным гетеросексуалом. Также использовались вышеназванные медикаменты.

В результате проведенного лечения больной выздоровел: полностью нормализовалось половое влечение, начали возникать утренние эрекции, ушли мысли о неуверенности в своих сексуальных возможностях (либидо, эрекция), пациент избавился от навязчивых мыслей о возможности стать гомосексуалом, значительно улучшилось настроение. Контрольный опрос бывшего пациента спустя 2 года и 2 месяца (30.12.2018 г.) свидетельствовал о стойкости полученных результатов. Также он сообщил, что сразу после окончания лечения он и его жена усыновили здорового мальчика пяти лет, который хорошо развивается.

Этот случай нуждается в обсуждении, так как он является весьма редким. В 1992 г. я защитил докторскую диссертацию по синдрому тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и его лечению, что включало тщательное изучение его клиники. В дальнейшем эта патология также постоянно находилась в поле моих клинических интересов (диагностика, лечение). В качестве одного из симптомообразующих факторов еще в диссертационной работе нами было названо «смысловое поле» (семантика) опасения неудачи, характеризующее, какие именно сексуальные нарушения прогнозируются больным (эрекция, эякуляторные, а может быть, те и другие). **Как следует из этого, снижение полового влечения в категорию симптомов, которые развиваются по указанному механизму, не было включено. В данном же клиническом наблюдении это практически единственный сексопатологический симптом, и он развился именно в соответствии с данным механизмом.** Второй особенностью этого случая является то, что при наличии тревожного опасения о возможном снижении эрекции, ее качество практически не страдало, и пациент был способен к технически полноценным половым актам. Это также встречается крайне редко, но было описано нами ранее [2]. В таких случаях речь идет об особенностях психосоматической проводимости.

Таким образом, приведенное выше клиническое наблюдение свидетельствует о том, что в исключительно редких случаях случившееся снижение полового влечения может в дальнейшем привести к развитию боязни этого снижения, которая вызовет ослабление либидо, обусловленное функционированием семантического (смыслового) механизма: реализуется то, чего боится больной.

Рідкісний клінічний випадок синдрому тривожного очікування сексуальної невдачі
Г.С. Кочарян

У статті наведено дуже рідкісний випадок, коли синдром тривожного очікування сексуальної невдачі у хворого виражався головним чином боязню зниження статевого потягу, яка і викликала його ослаблення. Ця боязнь виникла після того, як одного разу пацієнт відзначив зниження лібідо. Через деякий час після цього зниження у нього з'явилися думки про можливе порушення ерекції, але вона залишалася нормальною, хоча і не була «розпираючою», як до зниження лібідо (доклінічний рівень). Описано лікування цього пацієнта з використанням деяких психотерапевтичних методів: різних когнітивних прийомів, включаючи розроблений автором прийом «зіставлення за аналогією», гіпноугестивної терапії у варіанті програмування (зокрема з застосуванням розробленої автором рецептури навіювань для посилення лібідо), авторської модифікації техніки «помаху», яка відноситься до нейролінгвістичного програмування. Також використовувалося медикаментозне лікування (гідазепам, тріттико). Під час лікування хворого у нього виник страх стати гомосексуалом через те, що потяг до жінок був знижений. Це стало причиною застосування когнітивних впливів і гіпноугестивної терапії, а також зазначеної вище фармакотерапії. У результаті проведеного лікування настало одужання. Наведене клінічне спостереження свідчить про те, що в дуже рідких випадках зниження статевого потягу може в подальшому призвести до розвитку боязні цього зниження, яка і буде викликати ослаблення лібідо, обумовлене функціонуванням семантичного (смыслового) механізму: реалізується те, чого боїться хворий.

Ключові слова: чоловік, синдром тривожного очікування сексуальної невдачі, боязнь ослаблення лібідо, когнітивні прийоми, гіпноугестивна терапія, модифікована техніка помаху, фармакотерапія.

A rare clinical case of failure expectation syndrome (fear of sexual failure)
G.S. Kocharyan

A very rare case is presented, when anxious sexual failure expectation syndrome in a male patient was manifested mostly in the form of a fear of libido decrease, the above fear being the real cause for that decrease. The fear appeared after one moment, when the patient noticed libido reduction. Some time later after that decrease he developed thoughts about a possible disturbance of erection, but the latter remained normal though it was not «swelling» like before the libido decrease (preclinical level). The author describes treatment of this patient with help of some psychotherapeutic methods: different cognitive techniques including the author's method of «comparison by analogy», hypnosuggestive therapy in the variant of programming (using in particular the author's formula of suggestions for increasing libido), the author's modification of the «sway» technique that belongs to neurolinguistics programming. Pharmaceutical treatment (Hydazepamum, Trittico) was used too. During the treatment the patient developed a fear of becoming a homosexual, because his desire for women was reduced. It served as the cause for using cognitive manipulations and hypnosuggestive therapy as well as the above pharmacotherapy. The given treatment resulted in recovery. The above clinical observation demonstrates that in extraordinarily rare cases the libido decrease, which has already happened, can later lead to development of a fear of this decrease, this fear causing reduction of libido due to functioning of the semantic mechanism: what the patient is afraid of is realized.

Key words: male, anxious sexual failure expectation syndrome, fear of libido decrease, cognitive techniques, hypnosuggestive therapy, modified «sway» technique, pharmacotherapy.

Сведения об авторе

Кочарян Гарник Суменович – Харьковская медицинская академия последипломного образования, 61176, г. Харьков, ул. Амосова, 58; тел.: (095) 259-65-23, (098) 521-61-46. E-mail: kochargs@rambler.ru

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин (формирование, патогенетические механизмы, клинические проявления, психотерапия): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 1992. – 46 с.
2. Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин и его лечение. – Х.: Основа, 1995. – 279 с.
3. Кочарян Г.С. Синдром тревожного ожидания сексуальной неудачи у мужчин // Здоровье мужчины. – 2013. – № 3 (46). – С. 76–80.
4. Кочарян Г.С. Современные представления о синдроме тревожного ожидания сексуальной неудачи (лекция) // Здоровье мужчины. – 2018. – № 3 (66). – С. 8–12.
5. Kocharyan G. Anxious sexual failure expectation syndrome (fear of sexual failure) in men. Bulletin of Science and Practice. – 2017. – № 2 (15). – P. 141–150. Available at: <http://www.bulletennauki.com/kocharyan-g>. (accessed 15.02.2017).
6. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб.: «АДИС», 1994. – 304 с.
7. Кочарян Г.С. Прием «сопоставление по аналогии» в сексологической практике // Актуальные аспекты диагностики, организации лечебного процесса и реабилитации больных с сексуальными расстройствами: Тез. докл. 4-й обл. науч.-практ. конф. сексопатологов. – Харьков, 1990. – С. 213–215.
8. Kocharyan G.S. Cognitive techniques in the treatment of patients with sexual dysfunction // Health of Man. – 2015. – № 4 (55). – P. 66–69.
9. Кочарян Г.С. Гипноугестивная терапия в сексологической практике: модели интервенций // Здоровье мужчины. – 2013. – № 2 (45). – С. 84–91.
10. Андреас К., Андреас С. (Andreas K., Andreas S.) Измените свое мышление и воспользуйтесь результатами. Новейшие субмодальные вмешательства НЛП. – СПб.: Ювента, 1994. – 240 с.
11. Бэндлер Р. (Bandler R.) Используйте свой мозг для изменения. Нейролингвистическое программирование / Под ред. К. Андреас и С. Андреаса. – СПб.: Ювента, 1994. – 168 с.
12. Кочарян Г.С. НЛП: терапевтические техники. 2-е изд., испр. и доп. – М.: Эксмо, 2009. – 176 с.

Статья поступила в редакцию 13.03.2019