

Расстройства либидо у мужчин: вопросы клиники

М.И. Ягубов, Н.Д. Кибрик, И.Ю. Кан

Отдел сексопатологии ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздрава России;
Россия, 107076 Москва, ул. Потешная, 3

Контакты: Михаил Ибрагимович Ягубов yagubov@mail.ru

В статье представлено описание комплексной диагностики и особенностей клинической картины с учетом структуры психической и сексуальной патологии нарушений полового влечения у пациентов с психическими расстройствами непсихотического уровня. Особое внимание уделено дифференциальной диагностике расстройств либидо.

Ключевые слова: расстройства либидо, сексуальная патология, клиника, диагностика

DOI: 10.17650/2070-9781-2016-17-4-10-16

Disorders of libido in men: clinical issues

M.I. Yagubov, N.D. Kibrik, I. Yu. Kan

Department of Sexopathology, Moscow Research Institute of Psychiatry, Ministry of Health of Russia;
3 Poteshnaya St., Moscow 107076, Russia

The article describes the complex diagnostics and clinical features with the structure of mental and sexual pathology disorders of sexual desire in patients with non-psychotic mental disorders level. Particular attention is paid to the differential diagnosis of disorders of libido.

Key words: libido disorders, sexual pathology, clinical features, diagnosis

Нарушения либидо и связанные с ними состояния остаются одним из часто встречающихся, но наименее разработанных аспектов в психиатрии и сексологии. Имеющиеся сведения по данному вопросу ограничиваются в основном описаниями сниженного и повышенного полового влечения. Преобладание жалоб при первичном обращении за сексологической помощью на расстройство эрекции и эякуляции у мужчин маскирует расстройства либидо. Немалую трудность представляет также необходимость разграничения нарушений полового влечения у мужчин в клинике психических расстройств непсихотического уровня в рамках различных психопатологических синдромов.

Многофакторность формирования сексуальной патологии [1], полиморфность ее клинической картины способствуют пересечению сфер интересов врачей различных специальностей. Пациенты нередко не обращаются сразу к психиатру и сексологу. Такие больные в первую очередь посещают урологов, гинекологов, эндокринологов, терапевтов, ищут помощи у представителей нетрадиционной медицины. Расстройства полового влечения требуют диагностического анализа и распознавания, поскольку часто не осознаются и не предъявляются пациентами, а также не фиксируются врачами, не имеющими специальной сексологической и психиатрической подготовки. Таким образом, основной

целью проводимого в отделе сексопатологии МНИИП на протяжении ряда лет исследования является создание диагностической и терапевтической программы для обследования и лечения пациентов мужского пола, страдающих нарушениями либидо при психических расстройствах непсихотического уровня.

В современных классификациях психических расстройств (МКБ-10, DSM-IV) [2, 3] при описании расстройств либидо используются определения, характеризующие степени снижения или повышения полового влечения. Вариабельность и детали в характеристиках данной группы нарушений практически отсутствуют, что может быть объяснено недостаточным изучением взаимного влияния расстройств либидо и психической патологии, несмотря на то что наличие тесной взаимосвязи нарушений сексуального влечения с психическими расстройствами отмечается многими специалистами [1, 4–14]. Ранее часто применялась диагностическая категория «подавленное сексуальное влечение» [15]. При этом предполагалось теоретическое допущение, что некая гипотетическая ингибирующая сила (психодинамическая, условно рефлекторная или какая-либо другая) блокирует проявление «нормального» либидо. Еще более неопределенным, включающим широкий диапазон мужских нарушений, являлся термин «импотенция». Под этим термином понимали половые



расстройства у мужчин, включая «отсутствие полового влечения» [16]. Постепенно исследователи практически полностью отказались от употребления данного термина в связи с его неадекватностью и, по их мнению, уничижительным, осудительным характером.

Сведения о распространенности расстройств полового влечения, содержащиеся в научной литературе, отрывочны и не совпадают в разных источниках. По данным [17], отсутствие сексуального желания является одной из наиболее частых жалоб женатых пар. По наблюдениям, 15 % мужчин высказывают жалобы на отсутствие желания сексуальной активности. В исследовании [18] авторы анализируют группу из 100 молодых женатых пар, в которой было обнаружено, что 8 % имели половой акт реже 1 раза в месяц. В другой группе пар треть сообщала об отсутствии сексуальных контактов в среднем за 8 нед. По данным исследования [19] при анализе характера жалоб больных на сексуальные нарушения выяснилось, что в 22 % случаев имели место жалобы на ослабление сексуального влечения, а в работе [20] указывается, что 33 % женщин сообщают о снижении интереса к сексуальным отношениям.

По нашим данным [4–6, 8–11], несмотря на то, что среди жалоб, предъявляемых пациентами при обращении за сексологической помощью, преобладают расстройство эрекции и эякуляции, при более детальном обследовании расстройство полового влечения выявляется не менее чем в 25–30 % случаев. Врачи соматической практики, к которым обращаются пациенты за помощью, нередко не уделяют внимания или не распознают аффективные нарушения, преимущественно оказывающиеся причиной расстройств полового влечения. Аффективные расстройства у этих больных чаще представлены в виде соматизированных, субдепрессивных и астенических нарушений, чем и объясняется их необращение к психиатрам. На фоне подобной клинической картины пациентам часто назначают различные гормональные средства [21, 22], противовоспалительные препараты, биологически активные добавки, витамины [23–27], которые оказываются неэффективными.

В настоящее время интерес специалистов различных специальностей к данной теме определяется недостаточной изученностью расстройств полового влечения, их широкой распространенностью, а также необходимостью уточнения диагностических критериев, дальнейшего изучения клинических особенностей, разработки адекватных методов терапии. Анализ работ отечественных авторов в области сексопатологии и психиатрии обнаруживает в основном упоминания о данной проблеме. В зарубежной научной литературе удается найти больше информации, прямо либо косвенно затрагивающей данную тематику. Однако следует отметить относительную немногочисленность подобных работ, контрастирующую с широким потоком иссле-

дований, посвященных другим сексуальным расстройствам. В них недостаточно изучены вопросы этиологии, патогенеза, прогноза, клинического течения и терапии расстройств полового влечения. Немалую диагностическую сложность представляет также необходимость разграничения данных состояний в рамках различных вариантов психической патологии.

В данной статье особое внимание уделено дифференциальной диагностике и клинико-психопатологическим особенностям расстройств полового влечения. Представлены лечебно-реабилитационные мероприятия, разработанные с учетом структуры психических и сексуальных нарушений. Рассмотрены особенности клинической картины и терапии больных с расстройством либидо, обусловленные следующими психическими расстройствами непсихотического уровня: биполярное аффективное расстройство, текущий гипоманиакальный эпизод (F31.0); биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод умеренной или легкой депрессии (F31.3); пролонгированная депрессивная реакция (F43.21); тревожно-депрессивная реакция (F43.22); диссоциативное расстройство ощущений (F44.6); соматизированное расстройство (F45.0); ипохондрическое расстройство (F45.2); шизотипическое расстройство (F21).

Клинические особенности нарушений полового влечения, обусловленные психическими расстройствами непсихотического уровня. У описываемых больных нарушения полового влечения были обусловлены психическими расстройствами непсихотического спектра. Сексуальная дисфункция у них возникает на фоне психических расстройств, что указывает на первичность психической патологии.

Расстройства сексуального влечения в клинике биполярного аффективного расстройства выявляются на фоне замедления или угнетения практически всех сторон психической сферы: эмоциональной, интеллектуальной и поведенческой. Нарушение либидо, ангедония (неспособность получать удовольствие, в том числе и от сексуальных отношений) наряду с угнетением других влечений, например пищевого инстинкта, являются клиническим проявлением депрессии в сочетании с замедлением процессов мышления и речи, снижением общей двигательной активности и энергичности, подавлением или утратой инстинкта самосохранения. Дефицит витальных побуждений, в том числе полового влечения, проявляется множеством симптомов, препятствующих нормализации сексуальных взаимоотношений (от вялости и сниженного жизненного тонуса до состояния разбитости, потери энергии, окаменелости и полного бессилия). Нарушение либидо при биполярной депрессии носит тотальный характер, имеющий суточную и сезонную ритмику с формированием стойкой и полной алибидемии, не зависящий от внешних факторов.



При тревожных депрессивных состояниях (в основном при субдепрессиях), в отличие от тоскливых и апатических, нередко имеют место кратковременные эпизоды повышения полового влечения.

Определенная зависимость прослеживается между изменением либидо и психопатологическими особенностями маниакального состояния. При типичных вариантах гипомании и мании повышение полового влечения больных было выражено значительно сильнее, чем при атипичных. В наибольшей степени либидо повышается при типичной мании, далее в порядке убывания интенсивности полового влечения следуют типичная гипомания, атипичная мания и атипичная гипомания. При умеренном повышении полового влечения поведение больных остается относительно упорядоченным. В случаях выраженной гиперсексуальности последовательность и целенаправленность сексуального поведения утрачиваются. По данным [7] и в результате нашего исследования можно сделать вывод, что в 11,1 % случаев выраженная гиперсексуальность пациентов служила одним из основных поводов к их госпитализации. Половые расстройства при маниакальных состояниях, в отличие от депрессивных, никогда не становятся предметом ипохондрических переживаний больных и не приобретают характер психогении.

Сексуальные нарушения со снижением или повышением полового влечения нередко встречаются в межфазном промежутке (интермиссии), что становится для больных особенно актуальным, поскольку в значительной степени затрудняет восстановление их личного и социального статуса.

У пациентов с невротической депрессией расстройств полового влечения могут возникать на фоне умеренных (функциональных) поведенческих и соматовегетативных расстройств. Невротические депрессии обычно начинаются после очевидной психотравмирующей ситуации или после ряда неприятных событий. Выраженность жалоб на сексуальные нарушения, особенно на расстройства либидо, колеблется в зависимости от выраженности депрессивной симптоматики, когда «светлые» дни перемежаются с периодами мрачного настроения, плаксивости, повышенной тревожности или раздражительности. При этом снижение либидо носит транзиторный характер, интенсивность которого может меняться в зависимости от различных обстоятельств.

В клинической картине диссоциативных расстройств помимо ощущений «снижения чувствительности» в области половых органов, на которые больные делают основной акцент, связывая это с развитием сексуальных дисфункций, отмечаются и депрессивные нарушения. Формирование диссоциативного расстройства происходит в условиях психотравмирующей ситуации, как правило, на фоне семейных конфликтов и проявляется повышенной чувствительностью к по-

ведению и замечаниям партнерши (нередко и во время интимных отношений), впечатлительностью, неустойчивостью настроения, склонностью привлечь к себе внимание, эгоцентрической оценкой себя и своего состояния. По данным комплексного исследования неврологической и сосудистой патологий, объясняющих и соответствующих имеющимся жалобам, не выявляется. Возникновение сексуальных дисфункций происходит постепенно, на фоне появления ощущений «отсутствия чувствительности» в области половых органов. Сексуальные дисфункции у пациентов с диссоциативным расстройством ощущений проявляются расстройством либидо и нередко на этом фоне — расстройством эрекции и затрудненным семяизвержением. Описывая наиболее общие признаки нарушений полового влечения при диссоциативных расстройствах, необходимо отметить особую выразительность и наглядность проявлений «утраты и безвозвратности либидо» с оттенком утрированности и нарочитости.

Нередко нарушения полового влечения наблюдались в рамках неврастения. Патогенную роль в формировании неврастения играли систематические стрессовые факторы, психическое и физическое переутомление на работе, недосыпание, перенесенные соматические и простудные заболевания, в том числе инфекции. В клинической картине расстройства помимо сексуальных дисфункций преобладают астенические нарушения. Больные бывают раздражительными, невнимательными, тревожными, создают вокруг себя напряженную обстановку, при этом общение в семье сводится к минимуму. Раздражительность и несдержанность затрудняют понимание между супругами. На этом фоне возникают конфликты, ссоры, которые еще больше снижают сексуальную активность, возникшую в рамках астенической симптоматики. Вовлечение сексуальной сферы в клиническую картину невроза, вызванного несексуальными факторами, становится дополнительной травмой, отягощает состояние пациента и способствует его затяжному течению. Помимо астенической симптоматики наблюдаются и нерезко выраженные тревожные и депрессивные проявления. Урежаются попытки интимной близости, вплоть до их прекращения. Осознание факта сексуальной несостоятельности приводит к реактуализации сексуальной сферы. В клинической картине происходит смещение акцента с невротических симптомов на сексуальные расстройства. На фоне сниженного сексуального влечения пациенты совершают редкие половые контакты из-за чувства долга по отношению к партнерше, чтобы избежать обид и упреков с ее стороны. Нарастающее ухудшение межличностных отношений, вызванное сексуальной дезадаптацией супругов, являясь усугубляющим фактором, приводит к еще большему утяжелению состояния и тем самым создает новые препятствия нормализации половой жизни. На этом фоне пациенты отмечают



также нарушение эрекции, эякуляции и бледность оргастических ощущений. По мере своего развития сексуальное расстройство занимает у всех больных ведущее место в структуре невроза и усугубляет его течение вследствие дополнительной психотравматизации личности. Таким образом, при неврастении нарушения либидо, возникая на фоне астенической симптоматики, зависят от ее выраженности. Они обусловлены внешними факторами (интенсивностью нагрузки, временем суток).

Жалобы на боли различной локализации, с которыми пациенты связывают расстройства полового влечения, являются одними из наиболее часто встречающихся проявлений при соматизированном расстройстве. Боли носят характер психалгий: их появление и выраженность зависят от психического состояния. Они непродолжительны, неустойчивы, меняют локализацию и сочетаются с вегетативными и псевдоневрологическими проявлениями и нерезко выраженными тревожными и депрессивными симптомами. При более детальном опросе выясняется, что эти пациенты неоднократно обращались за медицинской помощью к врачам других специальностей с жалобами на желудочно-кишечные расстройства, болевые симптомы и т. д., подробное обследование и лечение которых значимых результатов не давало. На момент визита к специалисту актуальной является сексуальная проблема, и пациенты обращаются за сексологической помощью уже к урологам. Неэффективность проводимой ранее терапии вынуждает больных искать помощи у представителей нетрадиционной медицины и без опасений принимать разнообразные препараты. Значимое место в клинической картине соматизированных расстройств у пациентов занимают болезненные ощущения во время полового акта, отличающиеся, по субъективным характеристикам больных, от хронических тазовых болей. При этом основные стратегии сексуального поведения у большинства изученных больных с соматизированным расстройством носят дезадаптивный характер, отмечается снижение условного физиологического ритма или отказ от сексуальных отношений на фоне ослабления либидо и как следствие этого — расстройство эрекции.

Сексуальное влечение у пациентов снижается на фоне тягостных ощущений в половых органах и депрессивной симптоматики. Патологическая фиксация и тревожное ожидание возможного возникновения этих ощущений приводят к снижению настроения и сопровождаются вегетативной симптоматикой. На этом фоне эрекция или вообще не возникает, или ослабевает в ходе полового акта. Даже после полового акта, который происходит очень редко, у пациентов усиливаются болевые ощущения и снижается настроение. После каждого такого полового акта пациенты начинают бесконтрольно принимать на протяжении нескольких дней антибиотики, якобы для снятия предполагаемого

ими воспаления. В результате больные полностью прекращают сексуальные попытки. Озабоченность возможным наличием болевой и сомато-вегетативной симптоматики интерпретируется пациентами с соматизированными расстройствами как основная причина, приводящая к снижению либидо и изоляции.

Причиной возникновения ипохондрических расстройств с сексуально-тематическим оформлением становятся факторы, имеющие психогенную связь с половой сферой. Так, источником ощущений, привлекающих внимание пациентов, становятся инфекции, передающиеся половым путем (трихомониаз, гонорея, хламидиоз, уреаплазмоз, микоплазмоз); неспецифический острый простатит в результате переохлаждения; травмы, полученные при сексуальных контактах и спортивных играх. У лиц с преобладанием тревожных черт характера эти ощущения приобретают особую актуальность и сопровождаются патологической фиксацией внимания на половых органах. Постоянные переживания, связанные с неприятными ощущениями в половых органах, приводят к снижению настроения, тревоге и доминирующим навязчивым идеям о наличии серьезного заболевания или повреждения половых органов. Со временем в клиническую картину расстройства привносятся астено-депрессивная симптоматика и нарушения сна. Больные заиклены на сексуальных проявлениях, пытаются подтвердить наличие сосудистой и неврологической патологии, полученной в результате воспаления, инфекции или травмы. На этом фоне и возникают сексуальные расстройства в виде нарушений либидо. Спецификой нарушений полового влечения в данной группе пациентов является объяснение их как последствий тяжелой, не поддающейся лечению болезни. Большинство больных с ипохондрическими расстройствами негативно относятся к приему медикаментов в целях купирования болей и используют различные формы ограничительного поведения: особые позы, изменение положения тела, уменьшение различных видов активности. Они отрицают наличие эффекта от любого лечения «боли» и сексуальных расстройств («ничего не помогает») и не верят в помощь врачей. Мотивацией обращения за медицинской помощью для большинства больных является желание всестороннего обследования и подтверждения собственных опасений, что и определяет особенности внутренней картины болезни этих пациентов.

Чаще всего у больных с невротическими и соматоформными расстройствами наблюдаются выраженная личностная тревожность, которая усиливается в различных психотравмирующих ситуациях, и проявляющаяся в разной степени астеническая и депрессивная симптоматика.

Характерными для всех пациентов с шизотипическим расстройством являются аутохтонная манифестация заболевания; возраст дебюта не старше 30 лет;



характерологический сдвиг в виде нарастающей шизоидизации (аутизм, трудности контакта с людьми, грубый эгоизм, парадоксальность эмоций и поведения), происходящий медленно в течение десятилетий. Обращает на себя внимание контраст между сохраняющейся психической активностью, подчас достаточно высокой работоспособностью и вычурностью, необычностью внешнего облика и всего образа жизни. Психогенные реакции, наблюдающиеся у данных пациентов, характеризуются депрессивными, истеро-депрессивными и депрессивно-ипохондрическими проявлениями. Эти реакции протекают по закономерностям нажитой реактивной лабильности, сформированной в результате эндогенного процесса. Обычно психогенные реакции возникают по поводу объективно малосущественных событий повседневной жизни.

Аффективные расстройства выступают в виде стертых невротических или соматизированных депрессий. Стертые аффективные фазы проявляются в виде сезонных колебаний настроения, и нередко собственно депрессивный аффект маскируется множеством жалоб на тягостные ощущения и сексуальные нарушения и сопровождается усилением раздражительности, сензитивности, угнетенностью, ангедонией, обостренной склонностью к самоанализу. Нарушения либидо у больных с шизотипическими расстройствами обусловлены аффективно и астенически. Пациенты с преобладанием в клинической картине явлений сенестоипохондрии неоднократно обращаются к врачам общей практики с жалобами на слабость, утомляемость, гипергидроз, тошноту, одышку, болевые ощущения в различных органах, подозревая наличие у себя заболевания различных систем организма. Неоднократно они обращаются также к урологам с жалобами на сексуальные расстройства, болевые ощущения в половых органах и неприятные ощущения после сексуальных контактов. Жалобы таких больных носят нетипичный характер: пациенты рисуют сложные схемы сосудистого и нервного обеспечения половых органов и дают нелепое объяснение их нарушений, которые невозможно выявить диагностическим оборудованием, имеющимся в медицинских учреждениях, где они проходят обследование. Частой причиной возникновения сексуальных расстройств они называют «инфекцию», которую не могут выявить, мастурбацию, которая нанесла вред, возможную травму, нанесенную женщиной при «неосторожной и грубой манипуляции с его половыми органами», перенесенное в детстве простудное заболевание и т. п. Причину характерных для этих больных затяжных депрессивных нарушений они ищут в соматическом недомогании.

У пациентов с преобладанием в клинической картине навязчивости стойкие обсессивные идеи сексуальной несостоятельности возникают наряду с другими фобиями, часто еще до начала половой жизни. Навязчивые расстройства определяются периодически

повторяющимися приступами и сопровождаются депрессивными нарушениями. Наряду с немотивированными фобиями до начала сексуальных отношений наблюдаются постоянные сомнения по поводу уже совершенных поступков, а также возникают опасения и колебания в связи с предстоящими действиями, доходящие до амбивалентности и даже амбитендентности. Так, больные объясняют отсутствие сексуального партнера, ограничения в развитии отношений и регулярных сексуальных контактов страхом возможного заражения каким-либо венерическим заболеванием. При этом полностью отсутствует компонент борьбы (преодоления навязчивостей). Характерными для этих больных являются ригидность, консерватизм, нарастающая беспомощность и зависимость от участия и поддержки родственников (проживание с родителями, в семье братьев, сестер).

Пациенты с преобладанием явлений деперсонализации предъявляют жалобы на ощущения собственной измененности, снижение интереса ко всему, в том числе к противоположному полу. Они отказываются от сексуальных контактов не потому, что они неудачны, а потому, что они не доставляют никакого удовольствия, даже неприятны. Состояние пациентов характеризуется как «соматопсихическая деперсонализация» на фоне хронической депрессии.

В клинической картине бедного симптомами шизотипического расстройства преобладают аффективные нарушения в виде тоскливой депрессии с ипохондрическими идеями и рудиментарными сенестопатиями. Со временем формируется стойкий астенический дефект с интеллектуальной и эмоциональной бедностью. На этом этапе обращение пациентов вызвано не столько сексуальной проблемой, сколько тяжестью психического состояния.

Ведущей сексуальной патологией у пациентов с шизотипическим расстройством является расстройство сексуального влечения. Особенностью их либидо является то, что оно основано на далеких от реальности эротических фантазиях, быстро ослабевает и дезактуализируется. Свойственное больным аутистическое фантазирование с течением времени становится все более абстрактным, оторванным от реальности. Возникшее расстройство эрекции и/или эякуляции является результатом несоответствия эротических фантазий при мастурбации и ощущений при половом акте. Больные предпочитают мастурбировать, а не вступать в интимные отношения с реальными партнерами. У данной группы пациентов расстройства либидо проявляются аутохтонной астенией, отличающейся от астенических состояний, также имеющих место при экзогенно-органической патологии. Нарушения либидо и половой активности, не преходящие и не зависящие от внешних влияний, отмечаются на фоне замедления психических процессов, тесно связанных с расстройствами мышления.

Больным тяжело сосредоточиться на сексуальном контакте.

Для нарушений полового влечения при органических психических расстройствах характерна определенная динамика в виде стойкого снижения либидо. Пациенты не находят в себе сил и желания вступать в интимные контакты. Важным дифференциально-диагностическим критерием, отличающим расстройства сексуального влечения при астении от проявлений аутохтонной астении, является сочетание нарушений либидо с быстро появляющимися признаками утомления, возникающими в связи с повышенной чувствительностью к различным астенизирующим факторам. Выраженная эмоциональная лабильность, часто сочетающаяся с повышенной утомляемостью, беспокоит пациентов с раннего детства и, по-видимому, является результатом воздействия патогенных факторов в раннем периоде. На основе клинко-психопатологического анализа имеющихся данных выделены 2 психопатологических варианта органического астенического расстройства резидуального генеза: гиперстенический и гипостенический. При гипостеническом варианте преобладают признаки повышенной психической и физической истощаемости, аффективной лабильности со сниженным настроением. Ухудшение общего состояния в сочетании с нарастанием жалоб с сексуально-тематическим оформлением достаточно отчетливо просматривается при декомпенсации резидуально-органического церебрастенического синдрома. На фоне астении отмечаются нарушения эмоционального реагирования со снижением аффективной реактивности с соматизацией, монотонностью, торпидностью. Сексуальные расстройства у этих пациентов проявлялись снижением полового влечения. У больных со слабой половой конституцией наблюдается ослабление эрекции и нарушение оргазма. У пациентов с гиперстеническим вариантом на первый

план выступают расстройства преимущественно возбуждаемого радикала с выраженной расторможенностью, недостаточностью активного внимания, неустойчивостью поведения и настроения: больные проявляют непоседливость, неутомимость, шумливы и беспечны, их можно охарактеризовать как чрезмерно подвижных, безудержных; двигательная расторможенность, неорганизованность, импульсивность сочетаются с повышенной утомляемостью, раздражительной слабостью. Новые жизненные этапы, связанные с изменением привычной обстановки, в том числе начало половой жизни, смена сексуальной партнерши, сопровождаются, прежде всего, декомпенсацией церебрастенической симптоматики, что существенно снижает адаптивные механизмы. Прежде всего, в дезадаптивных реакциях обостряется присущая этим пациентам гиперактивность. Реакция дезадаптации проявляется расстройством поведения с коморбидным гиперкинетическим синдромом. В качестве ведущего сексуального расстройства у этих пациентов выступает ускоренное семяизвержение, сопровождающееся снижением полового влечения.

Лечебно-реабилитационные мероприятия больных с нарушениями полового влечения носят поэтапный и комплексный характер. Терапевтическая тактика строится с учетом определяющей роли психической патологии и выявленных в ходе исследования факторов, участвующих в их формировании. В связи с этим основной акцент делается на психофармакотерапию и психотерапию. Последовательность и объем этих мероприятий зависят от характера психической патологии. При выборе лекарственных средств учитываются патогенез и клинические проявления психических расстройств.

Вопросы тактики и характера лечебно-реабилитационных мероприятий подробно будут рассмотрены в следующей статье.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Васильченко Г.С. Сексопатология: справочник. М.: Медицина, 1990. [Vasil'chenko G.S. Sexual pathology: a handbook. Moscow: Meditsina, 1990. (In Russ.)].
2. Международная классификация болезней (МКБ-10): классификация психических и поведенческих расстройств. СПб.: АДИС, 1994. [International classification of diseases (ICD-10): classification of mental and behavioural disorders. Saint Petersburg: ADIS, 1994. (In Russ.)].
3. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV). 4th edn. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
4. Кан И.Ю., Кибрик Н.Д. Сексуальные дисфункции при соматизированных расстройствах у мужчин. Социальная и клиническая психиатрия 1999;9(3):45–8. [Kan I.Yu., Kibrik N.D. Sexual dysfunction in somatized disorders in men. *Sotsial'naya i klinicheskaya psixhiatriya = Social and Clinical Psychiatry* 1999;9(3):45–8. (In Russ.)].
5. Кибрик Н.Д. Вопросы клиники ипохондрического синдрома в сексопатологической практике. В сб.: Проблемы современной сексопатологии. М., 1972. С. 323–41. [Kibrik N.D. Questions clinic hypochondriac syndrome seksopatologicheskikh practice. In vol. *Problems of modern sexual pathology*. Moscow, 1972. Pp. 323–41. (In Russ.)].
6. Кибрик Н.Д., Ягубов М.И. Клинические особенности и терапия сексуальных дисфункций у больных с соматоформными расстройствами. Социальная и клиническая психиатрия 2006;16(3):54–7. [Kibrik N.D., Yagubov M.I. Clinical features and therapy of sexual dysfunction in patients with somatoform disorders. *Sotsial'naya i klinicheskayapsixhiatriya = Social and*



- Clinical Psychiatry 2006;16(3):54–7. (In Russ.).
7. Татлаев Н.Ш. Клиника сексуальных расстройств у мужчин, страдающих маниакально-депрессивным психозом. Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Куйбышев, 1984. [Tatlaev N.Sh. Clinic of sexual disorders in men suffering from manic-depressive psychosis. Abstract of the thesis ... of candidate of medicine. Kuybyshev, 1984. (In Russ.).]
8. Ягубов М.И., Кан И.Ю. Особенности клиники и терапия нарушений либидо при непсихотических психических расстройствах. Тезисы I Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Университетская клиника психиатрии: союз науки и практики. 110 лет кафедре психиатрии и медицинской психологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова», 25 мая 2016 г. М., 2016. С. 138–40. [Yagubov M.I., Kan I.Yu. Features of clinic and therapy of disorders of libido with non-psychotic mental disorders. Abstracts of I all-Russian scientific-practical conference with international participation “University hospital of psychiatry: the Union of science and practice. 110 years of the Department of psychiatry and medical psychology, N.A. Pirogov Russian National Research Medical University”, 25 May, 2016. Moscow, 2016. Pp. 138–40. (In Russ.).]
9. Ягубов М.И., Кибрик Н.Д., Кан И.Ю. Современные подходы в клинике и комплексной терапии сексуальных дисфункций при соматоформных психических расстройствах у мужчин. Обзорные психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева 2014;(4):68–74. [Yagubov M.I., Kibrik N.D., Kang I.J. Modern approaches in the clinic and the treatment of sexual dysfunction, somatoform psychiatric disorders in men. Obzrenie psikiatrii i meditsinskoy psikhologii imeni V.M. Bekhtereva =
- V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology 2014;(4):68–74. (In Russ.).]
10. Ягубов М.И. Клинические особенности и терапия сексуальных дисфункций у больных с невротическими расстройствами. Социальная и клиническая психиатрия 2006;16(3):46–53. [Yagubov M.I. features and therapy of sexual dysfunctions in patients with neurotic disorders. Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya = Social and Clinical Psychiatry 2006;16(3):46–53. (In Russ.).]
11. Ягубов М.И. Клинико-динамические особенности и комплексная патогенетическая терапия сексуальных дисфункций у мужчин с психическими расстройствами непсихотического уровня. Дис. ... д-ра мед. наук. М., 2006 г. [Yagubov M.I. Clinico-dynamic features of complex pathogenetic therapy of sexual dysfunction in men with mental disorders nonpsychotic level. Thesis ... of the doctor of medicine. Moscow, 2006. (In Russ.).]
12. Ducrocq F. Depression and sexual disorders. *Encephale* 1999;25(5): 515–6.
13. Feldman H.A., Goldstein I., Hatzichristou D.G., Krane R.J., McKinlay J.B. Impotence and its medical and psychological correlates Results of the Massachusetts Male Aging Study. *J Urol* 1994;151(1):54–61.
14. Taylor M.J., Rudkin L., Bullemor-Day P. Strategies for managing sexual dysfunction induced by antidepressant medication. *Cochrane Data base Syst Rev* 2013;(5):5:CD003382. DOI: 10.1002/14651858.CD003382. pub3.
15. Kaplan H.S. Disorders of sexual desire. New York: Brunner/Mazel, 1979.
16. Hammond W.A. Sexual impotence in the male and female. Detroit: Davis, 1887.
17. Masters W., Johnson V. Human Sexual Inadequacy. Boston: Little, Brown, 1970.
18. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. М.: Медицина, 1994. [Kaplan G.I., Sadock B.J. Clinical psychiatry. Moscow: Meditsina, 1994. (In Russ.).]
19. Abdallah R.T., Simon J.A. Testosterone therapy in women: its role in the management of hypoactive sexual desire disorder. *Int J Import Res* 2007;19(5):458–63.
20. Laumann E.O., Paik A., Rosen R.C. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA* 1999;281(6):537–44.
21. Lunglmayr G. Trial on androgen supplementation in aging men. The VIth International Congress of Andrology. Salzburg, 1997. Pp. 11–6.
22. Morley J.E., Perry H.M. 3rd, Kaiser F.E. et al. Effects of testosterone replacement therapy in old hypogonadal males: a preliminary study. *J Am Geriatr Soc* 1993;41(2):149–52.
23. Вагнер Г., Грин Р. Импотенция: физиология, психология, хирургия, диагностика и лечение. М.: Медицина, 1985. [Wagner G., Grin R. Impotence: physiology, psychology, surgery, diagnosis and treatment. Moscow: Meditsina, 1985. (In Russ.).]
24. Доморацкий В.А. Диагностика и лечение сексуальных дисфункций у мужчин. Методические рекомендации. Минск, 2005. С. 24–5. [Domoratskiy V.A. Diagnosis and treatment of sexual dysfunction in men. Guidelines. Minsk, 2005. Pp. 24–5. (In Russ.).]
25. Лоран О.Б., Сегал А.С. Климактерические расстройства у мужчин. М., 1999. [Loran O.B., Segal A.S. Climacteric disorders in men. Moscow, 1999. (In Russ.).]
26. Montejo A.L., Majadas S. Sexual disturbances associated with antidepressant treatments. *WPA Bull Dep* 2004;9(28).
27. Arentewicz G., Schmidt G. The treatment of sexual disorders. New York: Basic Books, 1983.