

Особенности обсессивного аутоэротического поведения у мужчин

И.Ю. Кан, М.И. Ягубов, Н.Д. Кибрик

Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России;
Россия, 107076 Москва, ул. Потешная, 3, корп. 10

Контакты: Игорь Юльевич Кан v.iuwanow@yandex.ru

Цель исследования — изучение клинических особенностей обсессивного аутоэротического поведения у мужчин и разработка комплекса терапевтических мероприятий.

Материалы и методы. Проведено сравнение и анализ психопатологических особенностей у 60 пациентов. В 1-ю группу вошли 28 пациентов с шизоидным расстройством личности, во 2-ю — 14 пациентов с обсессивно-компульсивным расстройством, в 3-ю — 18 пациентов с шизотипическим расстройством.

Результаты. Наличие обсессивного аутоэротического поведения и его клинико-психопатологические особенности рассматриваются в качестве важного критерия диагностики психической патологии. Предложена программа эффективной терапии и реабилитации при данных расстройствах. У пациентов с шизоидным расстройством личности чаще всего используются серотонинергические антидепрессанты и небольшие дозы антипсихотиков, при обсессивно-компульсивном расстройстве — анксиолитики (не более чем несколько недель подряд), селективные ингибиторы обратного захвата серотонина или антипсихотики в небольших дозах, при шизотипическом расстройстве — атипичные антипсихотики в сочетании преимущественно с селективными ингибиторами обратного захвата серотонина. Социальная реабилитация пациентов также необходима во всех группах. Она направлена на обучение социальным навыкам правильного взаимодействия с партнершей с учетом ее потребностей, интересов, возможностей, индивидуальных предпочтений не только в интимных отношениях, но и в повседневной жизни.

Заключение. Особенности обсессивного аутоэротического поведения (вычурность, предпочтительность этих действий реальным сексуальным контактам с партнером при их возможности, навязчивый характер и т. п.) могут быть одним из критериев диагностики психической патологии и основанием для подбора терапии. При выборе лекарственных средств учитываются клинические проявления психических расстройств.

Ключевые слова: обсессивное аутоэротическое поведение, сексуальное расстройство, клиника, терапия

Для цитирования: Кан И.Ю., Ягубов М.И., Кибрик Н.Д. Особенности обсессивного аутоэротического поведения у мужчин. Андрология и генитальная хирургия 2020;21(3):38–43.

DOI: 10.17650/2070-9781-2020-21-3-38-43



Features of obsessive autoerotic behavior in men

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

Moscow Research Institute of Psychiatry — branch of the V. P. Serbsky National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology, Ministry of Health of Russia; Bld. 10, 3 Poteshnaya St., Moscow 107076, Russia

The study objective is to investigate clinical features of obsessive autoerotic behavior in men and to develop a complex of therapeutic interventions.

Materials and methods. Comparison and analysis of psychopathic characteristics of 60 patients were performed. The group 1 included 28 patients with schizoid personality disorder, the group 2 included 14 patients with obsessive compulsive disorder, the group 3 included 18 patients with schizotypal disorder.

Results. Presence of obsessive autoerotic behavior and its clinical and psychopathological features are considered an important criterion of mental pathology diagnosis. A program of effective therapy and rehabilitation for these disorders is proposed: in patients with schizoid personality disorder — serotonergic antidepressants and low doses of antipsychotics; in patients with obsessive compulsive disorder — anxiolytics (for several subsequent weeks), selective serotonin reuptake inhibitors and low doses of antipsychotics; in patients with schizotypal disorder — atypical antipsychotics predominantly in combination with selective serotonin reuptake inhibitors. Social rehabilitation of patients is also necessary for all groups. It is directed towards learning social skills of appropriate interactions with the partner considering their needs, capabilities, personal preferences both in intimate relations and everyday life.

Conclusion. Features of obsessive autoerotic behavior (pretentiousness, preferring these sexual activities to real sexual contacts with an available partner, persistent character et al.) can serve as a criterion for diagnosis of mental pathology and basis for therapy selection. In selection of medications, clinical manifestations of mental disorders are considered.

Key words: *obsessive autoerotic behavior, sexual dysfunction, clinic, therapy*

For citation: *Kan I. Yu., Yagubov M. I., Kibrik N. D. Features of obsessive autoerotic behavior in men. Andrologiya i genital'naya khirurgiya = Andrology and Genital Surgery 2020;21(3):38–43. (In Russ.).*

Введение

Понятие «аутоэротизм» было введено английским врачом Х. Эллисом в конце XIX столетия. Этот термин входил в название его статьи «Аутоэротизм: психологическое исследование», опубликованной в 1898 г. Данное понятие использовал и З. Фрейд, считавший, что Х. Эллис предложил удачный термин для описания сексуального влечения человека, направленного не на другого человека, а на свое собственное тело. Вместе с тем он несколько иначе рассматривал данное явление: если Х. Эллис соотносил аутоэротизм с возбуждением, возникающим изнутри, а не под воздействием внешних факторов, то для З. Фрейда существенным было отношение к объекту [1].

Одной из наиболее распространенных форм аутоэротического поведения у мужчин является мастурбация, представляющая собой совокупность повторяющихся, стереотипных действий, которые при определенных условиях могут нарушать социально-профессиональное функционирование и быть тесно связанными с расстройствами настроения, тревогой, а также, по некоторым данным, с употреблением психоактивных веществ. Навязчивая мастурбация как один из вариантов «компульсивного расстройства сексуального поведения» [2] официально войдет в новую, 11-ю версию Международной классификации болезней (МКБ-11), вступающую в силу в 2022 г., под кодом 6C72 [3].

В течение последнего десятилетия ведется дискуссия о целесообразности классификации компульсивного сексуального поведения как психического/поведенческого расстройства. Компульсивное расстройство сексуального поведения было предложено для включения в МКБ-11 в качестве расстройства влечений [4]. Оно характеризуется стойкой повторяющейся невозможностью контролировать сильное сексуальное влечение, приводящее к повторяющемуся сексуальному поведению в течение длительного времени (6 мес и дольше) и вызывающее страдания или нарушающее функционирование в личностной, семейной, социальной, образовательной, трудовой или других важных сферах. Такое поведение соответствует одному или более из перечисленных критериев: а) повторяющаяся сексуальная активность становится центром личной жизни человека до такой степени, что он пренебрегает уходом за собой, своим здоровьем, своими интересами; б) безуспешность многочисленных попыток контролировать или значительно уменьшить частоту повторяющегося сексуального поведения; в) продолжение сексуальной активности, несмотря на неблагоприятные последствия (например,

повторяющееся прекращение личных отношений, увольнение, негативное влияние на здоровье); или г) продолжение повторяющейся сексуальной активности, даже если она не приносит или лишь в небольшой степени приносит удовольствие [5].

В указанном контексте продолжают споры о том, как правильно диагностировать обсессивную мастурбацию, относимую некоторыми специалистами к «неконтролируемому» сексуальному поведению. До сих пор нет полной определенности в том, как квалифицировать данный феномен — как «пристрастие», навязчивое или импульсивное расстройство [6–17]. Некоторые ученые прямо заявляют о риске патологизации нормального сексуального поведения из-за религиозных, моралистических или других негативных по отношению к сексу предрассудков [10, 18]. По мнению W. Kraus и соавт., вопросы о сверхпатологизации сексуального поведения четко регулируются руководствами по диагностике данного расстройства. Лицам с высоким уровнем сексуального поведения (например, из-за высокого сексуального влечения), но без нарушения контроля над ним и дистресса или нарушения функционирования, не следует ставить диагноз компульсивного расстройства сексуального поведения. На примере мастурбации авторы показывают, что диагноз не должен использоваться для описания высокого уровня сексуального влечения и поведения у подростков, даже если она связана со стрессом [5].

Наряду с этим существует мнение, что компульсивное расстройство сексуального поведения представляет собой важную клиническую проблему, которая может иметь серьезные последствия, если останется без лечения. А включение этого расстройства в МКБ-11 предоставит врачам инструмент для устранения неудовлетворенных клинических потребностей в лечении пациентов, обращающихся за помощью, а также, возможно, ослабит чувства стыда и вины, связанные с обращением этих лиц за помощью. В соответствии с этой точкой зрения предложенные диагностические рекомендации подчеркивают, что диагноз компульсивного расстройства сексуального поведения не должен быть поставлен лишь на основе наличия психологического стресса и не должен опираться на осуждение сексуальных влечений, побуждений или поведения. Обсессивное аутоэротическое поведение, вызывающее эгодистонию, может стать причиной психологического стресса, но этот психологический стресс сам по себе не служит критерием постановки диагноза компульсивного расстройства сексуального поведения. S. Bharanidharan



указывает, что мастурбация является навязчивой в том случае, если самоудовлетворение начинает мешать повседневной жизни или превращается в навязчивую идею [2].

Актуальность настоящего исследования обусловлена частым обращением пациентов мужского пола с навязчивым аутоэротическим поведением в виде навязчивой мастурбации, которая, возможно, выступает как признак различных психических патологий. По некоторым данным, компульсивное расстройство сексуального поведения, признаком которого является навязчивая мастурбация, может встречаться у 5–6 % населения [9, 19]. Статистическое исследование показало, что среди жителей США доля лиц, испытывающих стресс из-за сложностей с контролем сексуальных чувств, побуждений и поведения, еще больше [20]. Распространенность компульсивных расстройств сексуального поведения составляет 5,6 % среди пациентов, страдающих навязчиво-компульсивным расстройством, основным признаком которого – повторяющиеся навязчивые мысли или компульсивные действия, причем среди мужчин распространенность значительно выше, чем среди женщин. Распространенность компульсивного расстройства сексуального поведения при навязчиво-компульсивных расстройствах сопоставима с показателями общей популяции и других диагностических групп. При этом аутоэротическая дисфункция сексуального поведения при навязчиво-компульсивных расстройствах чаще сочетается с другими импульсивными, компульсивными и аффективными нарушениями, но не с поведенческими или психоактивными зависимостями. Это наблюдение, по мнению авторов, поддерживает концептуализацию компульсивного расстройства сексуального поведения как компульсивно-импульсивного расстройства [21].

По мнению других авторов, при отсутствии однозначных определений и больших объемов эпидемиологических данных точное определение распространенности компульсивного расстройства сексуального поведения представляет сложности [5]. По эпидемиологическим оценкам, распространенность среди взрослых находится в диапазоне 3–6 % [22], хотя в последних публикациях представлены еще более низкие цифры – 1–3 % [23] из-за отсутствия результатов, полученных с использованием надежных критериев.

В целом известно, что данное расстройство выявляется у мужчин чаще, чем у женщин, хотя имеющихся данных недостаточно для точной оценки. Кроме того, более высока частота данного расстройства у лиц, злоупотребляющих психоактивными веществами. У обращающихся за медицинской помощью наблюдается негативное влияние расстройства на трудовую деятельность, физическое и психическое здоровье и любовные отношения. Но систематических исследований распространенности расстройства в разных популяциях и его

связи с социокультурными и социодемографическими факторами не проводилось. Неизвестна и его частота у лиц, не обращавшихся за медицинской помощью.

Особое внимание S.W. Kraus и соавт. уделяют выявлению лиц, которые характеризуют себя как имеющих это расстройство (например, называющих себя «сексуально озабоченными» или «порнозависимыми») [5]. При обследовании у этих лиц не выявляют данного расстройства, хотя они все же могли бы пройти лечение от других психических расстройств (например, тревожности, депрессии), поскольку испытывают чувства стыда и вины за свое сексуальное поведение [24].

Ряд специалистов обращает внимание на ту роль, которую Интернет и другие современные технологии, обеспечивающие свободный доступ к информационной продукции сексуального содержания, играют в развитии зависимости от мастурбации. Согласно некоторым данным, бурное развитие порнографической индустрии дает возможность человеку без особого труда удовлетворить свои сексуальные потребности, многократно мастурбируя. Электрическая активность мозга при этом в 3 раза выше, чем при обычной мастурбации, а степень релаксации почти такая же, как после полового акта. В результате этого мастурбация становится предпочтительнее парного секса [25, 26]. Постепенно навязчивая мастурбация, регулярно повторяясь, становится центром жизни пациента, который перестает выполнять свои профессиональные и социальные обязанности, утрачивает другие интересы, иногда начинает пренебрегать личной гигиеной. Пациент предпринимает множество безуспешных попыток прекратить или значительно сократить частоту актов навязчивой мастурбации, но может контролировать свое сексуальное поведение лишь непродолжительное время, несмотря на очевидные, в том числе для него самого, неблагоприятные последствия (сложности на работе, негативное влияние на здоровье, невозможность поддерживать длительные взаимоотношения с партнером и др.).

Цель настоящего исследования – изучение клинических особенностей навязчивого аутоэротического поведения у мужчин и разработка комплекса терапевтических мероприятий.

Материалы и методы

Обследованы 60 мужчин (средний возраст 35,2 ± 12,2 года) с повышенной частотой актов мастурбации, в некоторых случаях не завершающихся оргазмом. Большинство пациентов ($n = 51$) на момент проведения исследования не имели сексуального партнера.

В работе применялись клинико-психопатологический и сексологический методы. Для сравнения характерных клинико-психопатологических особенностей пациентов с навязчивой мастурбацией в рамках различных психических патологий в соответствии

с диагностическими критериями МКБ-10 [27] пациенты были распределены по 3 группам. В 1-ю группу вошли 28 пациентов с шизоидным расстройством личности, во 2-ю — 14 пациентов с обсессивно-компульсивным расстройством, в 3-ю — 18 пациентов с шизотипическим расстройством.

Результаты

У 28 пациентов с шизоидным расстройством личности преобладали такие личностные черты, как замкнутость, отгороженность от окружающего, неспособность или нежелание устанавливать контакты, снижение потребности в общении. Обращало на себя внимание сочетание холодности и утонченной чувствительности, упрямства и податливости, настороженности и легковерия, апатичной бездеятельности и напористой целеустремленности, необщительности и неожиданной назойливости, застенчивости и бестактности, чрезмерных привязанностей и немотивированных антипатий, рациональных рассуждений и нелогичных поступков, богатства внутреннего мира и бесцветности его внешних проявлений. Отмечая комплекс подобных черт у пациентов, можно предположить отсутствие у них «внутреннего единства» [28], в том числе в сексуальном поведении, особенно в периоде полового созревания. С наступлением полового созревания все черты характера обостряются. Замкнутость, отгороженность от сверстников не тяготят их, они живут «в своем мире», имеют необычные интересы и увлечения, относясь со снисходительным пренебрежением или явной неприязнью ко всему, что наполняет жизнь других подростков. Но чаще все же сами страдают от своего одиночества, неспособности к общению, невозможности найти себе друзей-единомышленников. Внешняя «асексуальность», демонстративное презрение к вопросам половой жизни нередко сочетаются с упорной мастурбацией и богатыми эротическими фантазиями. Эти фантазии питаются случайными сведениями и легко включают перверсивные компоненты. В дальнейшем болезненно чувствительные подростки, неспособные на флирт и ухаживание и не умеющие добиться сексуальной близости в ситуации, где она возможна, обнаруживают сексуальную активность в аутистических формах, часами онанируют, используя для возбуждения свои фантазии и представления, которые не стремятся раскрывать окружающим. Следует отметить, что замкнутость и скрытность обусловлены не столько робостью или мнительностью, сколько отсутствием внутренней потребности в общении. Дисгармоничность, парадоксальность как внешнего облика и стиля поведения, так и эмоциональной жизни в целом затрудняют контакт с партнером, вступление в брак. Предпочитая аутоэротические формы сексуальной активности (мастурбацию), игнорируя принцип парности, они обычно проявляют равнодушие

к бытовым нуждам, обыденным интересам, потребностям партнера и семьи.

В рамках обсессивно-компульсивного расстройства у 14 пациентов повторяющиеся акты мастурбации были связаны с «непреодолимой тревогой». Эти действия, заканчиваясь семяизвержением и оргазмом, давали лишь кратковременное физическое облегчение, не приводя к стабильному «психологическому» удовлетворению и состоянию покоя. Основной мотивацией к совершению акта мастурбации в этой группе оказывается желание предотвратить «эмоциональную боль» (как характеризуют это состояние пациенты), устранить сильную необъяснимую тревогу, а не получить удовольствие. Осознавая непродуктивность и бессмысленность этих действий, пациенты пытаются безуспешно сопротивляться им.

Поведение 18 пациентов, страдающих шизотипическим расстройством, отличало аутохтонное начало на фоне эмоционального опустошения (в других группах наблюдались эмоционально окрашенные навязчивые симптомы). Наряду с возникшими немотивированными фобиями до начала сексуальных отношений у таких пациентов нередко наблюдаются постоянные сомнения по поводу уже совершенных поступков, а также опасения и колебания в связи с предстоящими действиями, доходящие до уровня амбивалентности и даже амбитенденности. Отсутствие сексуального партнера и ограничения в завязывании отношений, отсутствие регулярных сексуальных контактов объясняют в том числе страхом возможного заражения каким-либо венерическим заболеванием. Эти явления со временем становятся все более инертными, содержание их — все более нелепым. Психический компонент либидо, нередко основанный на далеких от реальности эротических фантазиях, быстро ослабевает и дезактуализируется. Свойственное им аутистическое фантазирование с течением времени становится все более абстрактным, оторванным от реальности. Возникшее при этом расстройство оргазма является результатом несоответствия эротических фантазий при мастурбации и ощущений при половом акте. Они предпочитают мастурбировать, а не вступать в интимные отношения с реальными партнерами, могут продолжать мастурбацию часами без сексуального возбуждения, чтобы проверить «сохранность своей сексуальной функции» или вовсе без четкой мотивации. Цель получить удовольствие или оргазм не ставится. Элемент внутренней борьбы с этими действиями у пациентов отсутствует, однако, отрицая наличие у себя каких-либо психических проблем, они требуют вернуть им потерянную остроту ощущений. Посещая различных специалистов и не находя понимания, разочаровавшись во всех предлагаемых методиках, они обращаются к психиатру в последнюю очередь. Сексуальные нарушения при шизотипических расстройствах связаны с нарастанием негативной симптоматики.

Лечебно-реабилитационные мероприятия

Тактику терапии компульсивной мастурбации выбирают с учетом психической патологии, которая лежит в основе такого поведения и диктует необходимость обращения за помощью к сексологу. Лечебные мероприятия носят комплексный характер, при этом главную роль играют психотерапия и психофармакотерапия. Во всех группах лечение начинают с психотерапии, которая в ряде случаев позволяет найти истоки сексуальных проблем (подчас являющихся лишь фасадом [29], за которым скрываются глубинные страхи) и пути их решения. Активно применяется поведенческая психотерапия с элементами секс-терапии [30, 31]. Одна из основных задач — установление плодотворного сотрудничества. Необходимо внушить пациенту веру в возможность постепенного снижения частоты актов мастурбации на фоне соблюдения режима дня, оценки продуктивности затраченного времени, убедить в эффективности лечения при условии систематического соблюдения назначений. Даются необходимые рекомендации по поиску реальной благорасположенной партнерши. Постепенно пациенту предлагается полностью прекратить мастурбацию, вытеснив ее сексуальным взаимодействием в виде секс-терапевтических упражнений, а затем традиционного полового акта с партнершей. Такая психотерапевтическая тактика помогает пациентам правильно относиться к себе, овладеть навыками решения проблем коммуникации с партнершей, обрести веру в свои силы, нормализует сексуальные отношения между партнерами и в дальнейшем служит профилактикой сексуальной дисгармонии в паре. Помимо использования обучающих, поведенческих, способствующих социализации психотерапевтических методик, следует бороться с нередко имеющимися у пациента предубеждениями против «вреда», наносимого психотропными средствами.

Медикаментозную терапию нужно назначать строго индивидуально с учетом особенностей психического расстройства, возраста, наличия других заболеваний. При выборе лекарственных средств учитывают клинические проявления психических расстройств. У пациентов

с шизоидным расстройством личности чаще всего используют серотонинергические антидепрессанты и небольшие дозы антипсихотиков, при обсессивно-компульсивном расстройстве — анксиолитические препараты. Однако последние приносят лишь некоторое кратковременное облегчение, их нельзя принимать более чем несколько недель подряд. Если требуется более длительное (более 2 мес) лечение, назначают небольшие дозы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина или антипсихотиков. При шизотипическом расстройстве психофармакотерапия является основным методом лечения. Выбор лекарственных средств определяется ведущей симптоматикой. Главную роль в лечении ритуализированных мастурбационных obsessions с негативной симптоматикой играют атипичные антипсихотики в сочетании преимущественно с селективными ингибиторами обратного захвата серотонина. Из психотерапевтических мероприятий у пациентов данной группы наиболее эффективна семейная психотерапия, направленная на разрешение внутрисемейных конфликтов и социосексуальную адаптацию пациентов.

Социальная реабилитация пациентов с выработкой у них навыков общения и соблюдения парности в интимных отношениях также является важной и сложной психотерапевтической задачей во всех группах. Такая реабилитация представляет собой обучение пациентов способам рационального поведения как в быту, так и в интимных отношениях. Реабилитация направлена на обучение социальным навыкам правильного взаимодействия с партнершей с учетом ее потребностей, интересов, возможностей, индивидуальных предпочтений не только в интимных отношениях, но и в повседневной жизни.

Заключение

Особенности обсессивного аутоэротического поведения (вычурность, предпочтительность этих действий реальным сексуальным контактам с партнершей при их возможности, навязчивый характер и т. п.) могут быть одним из критериев диагностики психической патологии и основанием для подбора терапии.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Лейбин В.М. Краткий психоаналитический словарь-справочник. М.: Когито-Центр, 2015. 191 с. [Leibin V.M. Concise psychoanalytic dictionary. Moscow: Kogito-Tsentr, 2015. 191 p. (In Russ.)].
2. Bharanidharan S. What are the signs of sex addiction? Medical Daily 2018 Jul 10. Available at: <https://www.medicaldaily.com/what-are-signs-sex-addiction-425620>.
3. ICD-11 (Mortality and Morbidity Statistics). 6C72 Compulsive sexual behaviour disorder. Available at: <https://icd.who.int/dev11/l-m/en/#/http://id.who.int/icd/entity/1630268048>.
4. Grant J.E., Atmaca M., Fineberg N.A. et al. Impulse control disorders and "behavioural addictions" in the ICD-11. World Psychiatry 2014;13(2):125–7. DOI: 10.1002/wps.20115.
5. Kraus S.W., Krueger R.B. et al. Compulsive sexual behaviour disorder in the ICD-11. World Psychiatry 2018;17(1):109–10. DOI: 10.1002/wps.20499.
6. Bóthe B., Bartók R., Tóth-Király I. et al. Hypersexuality, gender, and sexual orientation: a large-scale psychometric survey study. Arch Sex Behav 2018;47(8):2265–76. DOI: 10.1007/s10508-018-1201-z.
7. Bóthe B., Tóth-Király I., Potenza M.N. et al. Revisiting the role of impulsivity and compulsivity in problematic sexual behaviors. J Sex Res 2018;56(2):166–79. DOI: 10.1080/00224499.2018.1480744.
8. Carnes P. Out of the shadows: understanding sexual addiction. Minneapolis: CompCare Publisher, 1983.

9. Carnes P. Don't call it love: recovering from sexual addiction. New York: Bantam, 1991.
10. Fuss J., Lemay K., Stein D.J. et al. Public stakeholders' comments on ICD-11 chapters related to mental and sexual health. *World Psychiatry* 2019;18(2): 233–5. DOI: 10.1002/wps.20635.
11. Gola M., Potenza M.N. Promoting educational, classification, treatment, and policy initiatives. *J Behav Addict* 2018;7(2):208–10. DOI: 10.1556/2006.7.2018.51.
12. Grant J.E., Atmaca M., Fineberg N.A. et al. Impulse control disorders and “behavioural addictions” in the ICD-11. *World Psychiatry* 2014;13(2):125–7. DOI: 10.1002/wps.20115.
13. Griffiths M.D. Compulsive sexual behaviour as a behavioural addiction: The impact of the internet and other issues. *Addiction* 2016;111(12):2107–8. DOI: 10.1111/add.13315.
14. Kraus S.W., Voon V., Potenza M.N. Should compulsive sexual behavior be considered an addiction? *Addiction* 2016;111(12):2097–106. DOI: 10.1111/add.13297.
15. Potenza M.N., Gola M., Voon V. et al. Is excessive sexual behaviour an addictive disorder? *Lancet Psychiatry* 2017;4(9):663–4. DOI: 10.1016/S2215-0366(17)30316-4.
16. Stein D.J. Classifying hypersexual disorders: compulsive, impulsive, and addictive models. *Psychiatr Clin North Am* 2008;31(4):587–91. DOI: 10.1016/j.psc.2008.06.007.
17. Stein D.J., Black D.W., Pienaar W. Sexual disorders not otherwise specified: compulsive, addictive, or impulsive? *CNS Spectr* 2000;5(1):60–4. DOI: 10.1017/S1092852900012670.
18. Klein V., Briken P., Schröder J., Fuss J. Mental health professionals' pathologization of compulsive sexual behavior: do clients' gender and sexual orientation matter? *J Abnorm Psychol* 2019;128(5):465–72. DOI: 10.1037/abn0000437.
19. Coleman E. Is your patient suffering from compulsive sexual behavior? *Psychiatr Ann* 1992;22(6):320–5. DOI: 10.3928/0048-5713-19920601-09.
20. Dickenson J.A., Gleason N., Coleman E., Miner M.H. Prevalence of distress associated with difficulty controlling sexual urges, feelings, and behaviors in the United States. *JAMA Netw Open* 2018;1(7):e184468. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2018.4468.
21. Fuss J., Briken P., Stein D.J., Lochner C. Compulsive sexual behavior disorder in obsessive-compulsive disorder: prevalence and associated comorbidity. *J Behav Addict* 2019;8(2):242–8. DOI: 10.1556/2006.8.2019.23.
22. Kuzma J.M., Black D.W. Epidemiology, prevalence, and natural history of compulsive sexual behavior. *Psychiatr Clin North Am* 2008;31(4):603–11. DOI: 10.1016/j.psc.2008.06.005.
23. Klein V., Rettenberger M., Briken P. Self-reported indicators of hypersexuality and its correlates in a female online sample. *J Sex Med* 2014;11(8):1974–81. DOI: 10.1111/jsm.12602.
24. Gilliland R., South M., Carpenter B.N., Hardy S.A. The roles of shame and guilt in hypersexual behavior. *Sex addict compulsivity* 2011;18:12–29.
25. Старович З. Сексуальное насилие. Психология сексуальных отклонений. Хрестоматия. Сост. К.В. Сельченко. Минск: Харвест, АСТ, 2002. 672 с. [Starovich Z. Sexual violence. Psychology of sexual deviations. Chrestomathy. Composed by K.V. Zelichenok. Minsk: Kharvest, AST, 2002. 672 p. (In Russ.)].
26. Старшенбаум Г.В. Аддиктология. Учебное пособие. Стандарт третьего поколения. СПб.: Питер, 2017. С. 161. [Starshenbaum G.V. Addictology. Textbook. Standard of the third generation. Saint Petersburg: Piter, 2017. P. 161. (In Russ.)].
27. Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. Краткое руководство по использованию МКБ-10 в психиатрии и наркологии. М.: Триада-Х, 1999. 232 с. [Churkin A.A., Martuyshov A.N. Brief guide to the use of ICD-10 in psychiatry and narcology. Moscow: Triada-X, 1999. 232 p. (In Russ.)].
28. Личко А.Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Ленинград: Медицина, 1983. 256 с. [Lichko A.E. Psychopathy and accentuation of character in adolescents. Leningrad: Meditsina, 1983. 256 p. (In Russ.)].
29. Ялом И.Д. Экзистенциальная психотерапия. М.: Класс, 2015. 576 с. [Yalom I.D. Existential psychotherapy. Moscow: Klass, 2015. 576 p. (In Russ.)].
30. Каплан Х.С. Сексуальная терапия. Иллюстрированное руководство. М.: Класс, 1994. 160 с. [Kaplan H.S. The illustrated manual of sex therapy. Moscow: Klass, 1994. 160 p. (In Russ.)].
31. Ягубов М.И., Кан И.Ю. Феномен оргазмической ангедонии у мужчин. Лечащий врач 2019;(8):42–4. [Yagubov M.I., Kan I.Yu. The phenomenon of orgasmic anhedonia in men. *Lechashchy vrach = Attending Physician* 2019;(8):42–4. (In Russ.)].

Вклад авторов

И.Ю. Кан, М.И. Ягубов, Н.Д. Кибрик: получение данных для анализа, анализ полученных данных, обзор публикаций по теме статьи, написание текста статьи.

Authors' contributions

I.Yu. Kan, M.I. Yagubov, N.D. Kibrik: obtaining data for analysis, analysis of the obtained data, reviewing of publications on the article's theme, article writing.

ORCID авторов / ORCID of authors

М.И. Ягубов / M.I. Yagubov: <https://orcid.org/0000-0002-8266-0429>

Н.Д. Кибрик / N.D. Kibrik: <https://orcid.org/0000-0003-4231-1862>

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Финансирование. Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Financing. The study was performed without external funding.

Соблюдение прав пациентов и правил биоэтики. Протокол исследования одобрен комитетом по биомедицинской этике Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. Пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании.

Compliance with patient rights and principles of bioethics. The study protocol was approved by the biomedical ethics committee of Moscow Research Institute of Psychiatry – branch of the V.P. Serbsky National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology, Ministry of Health of Russia. All patients gave written informed consent to participate in the study.

Статья поступила: 09.07.2020. Принята к публикации: 01.09.2020.

Article submitted: 09.07.2020. Accepted for publication: 01.09.2020.