

Клинико-психопатологические особенности оргазмической ангедонии у мужчин

М.И. Ягубов, И.Ю. Кан, 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: Михаил Ибрагимович Ягубов yaugubov@mail.ru

В статье рассмотрены клинико-психопатологические особенности оргазмических дисфункций у мужчин при сохранении феномена эякуляции: представлены результаты анализа данных научной литературы по этой проблеме, описаны современные принципы диагностики таких состояний в рамках различных психических расстройств, клинические варианты их течения, принципы и тактика лечебно-реабилитационных мероприятий с учетом структуры психической и сексуальной патологии.

Ключевые слова: оргазмическая ангедония, расстройства оргазма у мужчин, эякуляция, сексуальная патология, клинические проявления, терапия

Для цитирования: Ягубов М.И., Кан И.Ю., Кибрик Н.Д. Клинико-психопатологические особенности оргазмической ангедонии у мужчин. Андрология и генитальная хирургия 2019;20(2):69–75.

DOI: 10.17650/2070-9781-2019-20-2-69-75

Clinical and psychopathological features of orgasmic anhedonia in men

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

Psychiatry Moscow Research Institute – 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 article discusses the clinical and psychopathological features of orgasmic dysfunctions in men while maintaining the ejaculation phenomenon. It presents an analysis of literature data on this issue. The modern principles of diagnosing such states within the framework of various mental disorders, clinical variants of their course, principles and tactics of treatment and rehabilitation measures, taking into account the structure of mental and sexual pathology, are described.

Key words: orgasmic anhedonia, male orgasm disorders, ejaculation, sexual pathology, clinical presentations, therapy

For citation: Yagubov M.I., Kan I.Yu., Kibrik N.D. Clinical and psychopathological features of orgasmic anhedonia in men. *Andrologiya i genital'naya khirurgiya = Andrology and Genital Surgery* 2019;20(2):69–75.

Введение

Данные об оргазмических дисфункциях у мужчин («замедленной» эякуляции, «заторможенной» эякуляции, функциональном асперматизме, анэякуляторных расстройствах и др.) немногочисленны по сравнению с данными об аноргазмии у женщин. Сведения об их популяционной распространенности существенно различаются у разных авторов. J. Dekker сообщает, что расстройства такого типа возникают только у 1–3 % мужчин [1]. Е.О. Lauman и соавт. приводят результаты National Health and Social Life Study, согласно которым 5–14 % мужчин испытывают трудности в достижении оргазма в некоторых ситуациях [2]. При более детальном изучении специальной литературы, посвященной

половым расстройствам у пациентов мужского пола, обращает на себя внимание значительное преобладание научных работ, посвященных нарушениям других проявлений мужской сексуальности (эрекции, эякуляции и либидо) [3–5].

Распространенность расстройств, характеризующихся потерей ощущений оргастической разрядки при сохранении эякуляции, точно неизвестна, хотя ряд авторов прямо указывает на наличие такой категории пациентов [6–8].

В международных классификациях психических расстройств оргазмическим дисфункциям, в том числе мужским, посвящены отдельные рубрики. Анализ этих рубрик представлен в статье Г.С. Кочаряна [9].

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) дано следующее описание оргастической дисфункции (F52.3): «Оргазм не возникает или заметно задерживается. Это может иметь ситуационный характер (т. е. возникать лишь в определенных ситуациях), и в таком случае этиология, скорее всего, является психогенной. В других случаях оргазмическая дисфункция инвариабельна, и физические и конституциональные факторы могут быть исключены только на основании положительной реакции на психологическую терапию. Оргазмическая дисфункция чаще наблюдается у женщин, чем у мужчин» [10].

В дополнение к вышесказанному отметим, что в эту рубрику включен ингибированный мужской оргазм.

В Руководстве по диагностике и статистическим исследованиям психических расстройств (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) 5-го пересмотра [11], в отличие от DSM-4 [12], вообще отсутствует рубрика, касающаяся расстройств оргазма у мужчин.

В DSM-4 это расстройство представлено под шифром 302.74 (Male Orgasmic Disorder [formerly Inhibited Male Orgasm]) (мужское оргастическое расстройство [ранее заторможенный мужской оргазм]):

А. Стойкая или рецидивирующая задержка или отсутствие оргазма после нормальной фазы сексуального возбуждения во время сексуальной активности, которую клиницист, принимая во внимание возраст человека, оценивает как адекватную по интенсивности и продолжительности.

В. Это нарушение вызывает выраженный дистресс или сложности в межличностных отношениях.

С. Оргастическая дисфункция не лучше объясняется другим расстройством оси I (за исключением другой сексуальной дисфункции) и не является следствием исключительно прямых физиологических эффектов вещества (например, злоупотребления наркотиком, медикаментозным лечением) или общего состояния здоровья [12].

По мнению Г.С. Кочаряна [9], обсуждая понятие «расстройство оргазма у мужчин», Р. Крукс и К. Баур [13] подразумевают под ним неспособность мужчины к эякуляции во время сексуальной активности. При этом большинство мужчин, у которых отсутствует оргазм во время полового акта, способны достичь его при мастурбации, мануальной или оральной стимуляции со стороны партнера. В свою очередь, Р. Комер [14], не уточняя вопрос о сохранности способности к эякуляции, предлагает диагностировать расстройство оргазма, если мужчина постоянно не достигает оргазма или оргазм у него наступает лишь через длительное время после нормального сексуального возбуждения. При этом он ссылается на классификацию DSM-4 [14].

В сложившейся ситуации представляется важным собрать данные научных источников о таких расстрой-

ствах оргазма, при которых способность к эякуляции не страдает, но отсутствуют субъективные ощущения, характерные для оргазма у мужчины, или присутствуют тягостные, неприятные.

Отсутствие оргастических ощущений при сохранении эякуляции описано в специальной литературе достаточно давно, в том числе отечественными учеными [6, 8]. Л.Я. Мильман отмечает, что иногда оргазм может наступить без эякуляции или, наоборот, эякуляция может не сопровождаться оргазмом [8]. По мнению Г.С. Васильченко и соавт., системное представление о механизмах оргазма позволяет объяснить все разнообразие диссоциаций между оргазмом и эякуляцией, начиная с непроизвольных семяизвержений во время сна (ночных поллюций), которые вызваны ослаблением сдерживающего влияния кортикальных отделов и во многих случаях не сопровождаются оргазмом, их наличие устанавливают лишь по наличию следов эякулята на белье [6]. Такого же рода переходными различиями в функциональном состоянии сегментарных и церебральных уровней объясняются и другие случаи эякуляции без оргазма.

При описании в современной зарубежной литературе расстройств оргастических ощущений при сохранении эякуляции чаще всего употребляется термин «оргазмическая ангедония» [15]. Основной диагностический критерий — потеря удовольствия [16]. Различные симптомы данного состояния описаны многими авторами [15–21]. Ощущения, испытываемые пациентами, варьируют в широком диапазоне — от «нечувствительности, бесчувствия» до «отвращения». Объединяет их отсутствие субъективного переживания оргазма при сохранении феномена эякуляции [20].

Зарубежные ученые Г.И. Каплан, Б.Дж. Сэдок относят данные расстройства к «сексуальным дисфункциям, нигде более не классифицируемым». По их мнению, это специальная категория для психосексуальных дисфункций, которые не могут быть классифицированы ни в одной из других категорий [7]. Примерами могут служить лица, которые испытывают физиологические компоненты сексуального возбуждения, но утверждают, что у них не возникает эротическое чувство или даже имеется полная бесчувственность (оргазмическая ангедония). Другие авторы считают, что термин «оргазмическая ангедония» характеризует состояние, при котором отсутствуют оргастические ощущения, несмотря на то что физиологический компонент (например, эякуляция) остается нормальным [15, 16]. Органические причины, такие как повреждение сакрального или краниального отделов спинного мозга, т. е. нервных волокон, проводящих импульсы от гениталий к коре, следует обязательно исключить.

Психические факторы бывают обычно связаны с крайне выраженным чувством вины из-за сексуального наслаждения. Это чувство вызывает реакции

диссоциативного типа, которые отделяют аффективный компонент оргастического ощущения. Х.С. Каплан обращает внимание на отвращение к сексу, представляющее собой изолированный симптом нормального во всех иных отношениях пациента [22].

Р.Дж. Комер предполагает, что главной психологической причиной мужских оргазмических расстройств является тревога, связанная с половым актом, и фиксация на роли наблюдателя, однако и когнитивные факторы также влияют на развитие этого вида нарушений. Как только мужчина сосредоточивает внимание на том, чтобы достичь оргазма, он может из возбужденного участника превратиться в холодного, критически относящегося к себе, пугливого наблюдателя [14].

Наконец, еще одной причиной мужских оргазмических расстройств может стать сниженное половое влечение [3, 4]. Мужчина, вступающий в интимные отношения главным образом из-за давления своего партнера, на самом деле не желая этого, может просто недостаточно возбудиться, чтобы достичь оргазма

Итак, оргазмическая ангедония чаще всего вызвана психологическими факторами [23]. Из-за этого происходит диссоциация, т.е. отделение эмоционального, чувственного компонента оргастического ощущения от сознания. Тщательный поиск причин заболевания позволит специалисту выбрать адекватные лечебно-реабилитационные мероприятия.

Для практических врачей особенно интересны конкретные клинические наблюдения оргазмической ангедонии, которые приводятся в источниках [23–25].

Целью настоящего исследования стал анализ клинических особенностей оргазмических дисфункций у мужчин (сохранение феномена эякуляции при субъективном отсутствии или значительном уменьшении яркости оргастических ощущений).

Материалы и методы

Проанализированы данные обследования 42 пациентов мужского пола (средний возраст 35,2 ± 12,2 года), обратившихся в отделение сексологии и терапии сексуальных дисфункций Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России. От каждого пациента было получено информированное согласие на участие в исследовании. Критерии включения пациентов в исследование: отсутствие или уменьшение яркости оргастических переживаний при сохранении феномена эякуляции.

В исследовании мы применяли клинко-сексологический и клинко-динамический метод. Оценивали клиническую динамику психических и сексуальных расстройств, характер партнерской ситуации, конституциональные особенности пациентов.

Диагностику имеющих у пациентов расстройств проводили в соответствии с МКБ-10 [11] по ведущему нарушению. Для сравнения характерных клинко-психопатологических особенностей оргазмических дисфункций в рамках различных вариантов психической патологии в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 [11] больные были распределены по группам: оргазмическая ангедония у 7 (16,6 %) пациентов наблюдалась в рамках депрессивного расстройства эндогенной природы, у 12 (28,5 %) – на фоне неврастения, у 7 (16,6 %) – на фоне диссоциативного расстройства, у 16 (38,3 %) – в рамках шизотипического расстройства.

Результаты и обсуждение

У 7 (16,6 %) пациентов отсутствие или существенное уменьшение яркости оргастических ощущений наблюдалось **в рамках депрессивного расстройства**. Оргазмическая ангедония проявлялась на фоне общей ангедонии (неспособности получать удовольствие, в том числе и от сексуальных отношений), нарушения либидо, замедления или подавления почти всех компонентов психической сферы: эмоционального, интеллектуального и поведенческого.

Феномен эякуляции не страдал ни у одного пациента, хотя она и не вызывала каких-либо положительных эмоций, а, наоборот, напоминала пациентам, по их словам, об их «ущербности».

В этой группе наблюдалось также угнетение аппетита, хотя жалобы на расстройства с сексуально-тематическим оформлением выходили на первый план.

Описанные нарушения в сочетании с замедлением процессов мышления и речи, снижением общей двигательной активности и энергичности, подавлением или утратой инстинкта самосохранения квалифицировались нами как клинические проявления депрессии.

Оргазмическая ангедония возникала у пациентов этой группы на фоне дефицита витальных побуждений, в том числе полового влечения, проявлялась множественным симптомом, препятствующим нормализации сексуальных взаимоотношений, – от простой вялости и снижения жизненного тонуса до состояния разбитости, ощущения «отсутствия энергии», «окаменелости» и полного бессилия. Расстройства оргазма, несмотря на сохранение эякуляции, при депрессии развивались в рамках нарушений либидо, носивших тотальный характер, имевших суточный и сезонный ритм, с формированием стойкой и полной алибидемии, не зависящей от внешних факторов.

У 12 (28,5 %) пациентов нарушения переживаний оргазма при сохранении эякуляции наблюдались **в рамках неврастения**. Формирование неврастения было обусловлено систематическим действием стрессовых факторов, психическим и физическим переутомлением на работе, недосыпанием, перенесенными



соматическими и простудными заболеваниями, в том числе инфекционными.

В клинической картине неврастении преобладали астенические симптомы: пациенты были раздражительными, невнимательными, тревожными, создавали вокруг себя напряженную обстановку. Общение в семье сводилось к минимуму. Раздражительность, несдержанность затрудняли общение и взаимопонимание между супругами. На этом фоне возникали конфликты, ссоры, которые усугубляли снижение сексуальной предприимчивости и активности, возникшее в рамках неврастении. Вовлечение сексуальной сферы в клиническую картину невроза, вызванного несексуальными факторами, становилось дополнительной травмой, отягощало состояние пациента и способствовало затяжному течению расстройства.

Помимо астенической симптоматики, наблюдались и нерезко выраженные тревожные и депрессивные проявления. Урежались попытки интимной близости, вплоть до их прекращения. Осознание факта отсутствия или уменьшения яркости оргастических ощущений приводило к реактуализации сексуальной сферы.

Постепенно происходило смещение акцента с невротических симптомов на неудовлетворенность интимными отношениями. На фоне сниженного сексуального влечения пациенты, чтобы избежать обид и упреков со стороны партнера, осуществляли редкие половые контакты; добивались эякуляции, но отмечали уменьшение интенсивности оргастических ощущений или их полное отсутствие.

Нарастающее ухудшение межличностных отношений, вызванное сексуальной дезадаптацией супругов, усугубляло состояние пациентов и создавало новые препятствия нормализации половой жизни. На этом фоне пациенты отмечали также нарушение эрекции.

По мере своего развития оргазмическая ангедония начинала занимать у всех пациентов ведущее место в структуре невроза и усугубляла его течение вследствие дополнительного психотравмирования. Таким образом, при неврастении нарушения оргазма при сохранении феномена эякуляции, возникая на фоне астенической симптоматики, зависели от ее выраженности и были обусловлены внешними факторами (интенсивностью нагрузки, временем суток).

У 7 (16,6 %) пациентов оргазмическая ангедония была обусловлена **диссоциативным расстройством ощущений**. Во всех случаях диссоциативное расстройство ощущений возникало задолго до развития сексуальных дисфункций.

Больные с диссоциативным расстройством ощущений отличались повышенной внушаемостью, эгоцентризмом, впечатлительностью, тревожностью и эмоциональной лабильностью. В клинической картине заболевания, помимо ощущения «утраты чувствительности» половых органов и исчезновения орга-

стических ощущений при семяизвержении (на которые больные делали основной акцент и с которыми связывали возникновение сексуальных расстройств), были отмечены неглубокие аффективные нарушения: снижение настроения, подавленность, беспокойство. Пациенты демонстрировали поведение человека, страдающего от физического заболевания, привлекая внимание специальными движениями и мимикой.

Формирование диссоциативного расстройства происходило в условиях психотравмирующей ситуации, как правило, на фоне семейных конфликтов, и проявлялось повышенной чувствительностью к поведению и замечаниям партнера, нередко и во время интимных отношений, впечатлительностью, неустойчивостью настроения, склонностью привлекать к себе внимание, эгоцентрической оценкой себя и своего состояния.

Сексуальная дисфункция развивалась постепенно, на фоне появления ощущения «потери чувствительности» половых органов и исчезновения оргастических ощущений.

Описывая наиболее общие признаки сексуальных дисфункций, возникающих в рамках диссоциативного расстройства, необходимо отметить особую выразительность и наглядность проявлений с оттенком утрированности и нарочитости, а также несоответствие между кажущейся тяжестью болезненных симптомов и тривиальностью тех мероприятий, которые их купируют. Обычно началу заболевания предшествовал период неинтенсивных сексуальных отношений. После начала заболевания сексуальные попытки становились более редкими, не чаще 1 раза в месяц. Пациенты всячески оттягивали момент обращения за консультацией, объясняя это большой загруженностью на работе. Несмотря на это, они пытались продемонстрировать «огромную» заинтересованность в выяснении причины потери чувствительности и сексуальной дисфункции.

Для всех 16 (38,3 %) пациентов, страдавших **шизо-типическим расстройством**, были характерны аутохтонная манифестация заболевания в возрасте не старше 30 лет, характерологический сдвиг в виде нарастания выраженности шизоидных черт (аутизма, затруднений при контактах с окружающими, грубого эгоизма, парадоксальности эмоций и поведения), происходящий медленно в течение десятилетий. Обращал на себя внимание контраст между сохраняющейся психической активностью, подчас достаточно высокой работоспособностью и вычурностью, необычностью внешнего облика и всего образа жизни.

Психогенные реакции, наблюдавшиеся у данных пациентов, характеризовались депрессивными, истероидно-депрессивными и депрессивно-ипохондрическими проявлениями. Эти реакции протекали в соответствии с закономерностями нажитой реактивной лабильности, сформированной в результате эндогенного процесса. Обычно психогенные реакции



возникали по поводу объективно малосущественных событий повседневной жизни. Аффективные расстройства выступали в виде стертых невротических или соматизированных депрессий. Стертые аффективные фазы имели вид сезонных колебаний настроения, и нередко собственно депрессивный аффект маскировался множеством жалоб на тягостные ощущения и сексуальные нарушения и сопровождался усилением раздражительности, сензитивности, угнетенностью, обостренной склонностью к самоанализу.

Оргазмическая ангедония, проявлявшаяся на фоне расстройств либидо, у больных с шизотипическим расстройством была обусловлена аффективными и астеническими расстройствами, а у части пациентов — сформировавшимся апатобулическим дефектом и эмоциональным оскудением. Пациенты с преобладанием в клинической картине сенестопатически-ипохондрических проявлений неоднократно обращались к врачам общей практики с жалобами на слабость, утомляемость, гипергидроз, тошноту, одышку, болевые ощущения в различных органах, подозревая у себя различные заболевания. Они часто посещали и урологов с жалобами на отсутствие или уменьшение яркости оргастических переживаний, несмотря на наличие эякуляции, связывая нарушения оргазма с болевыми ощущениями в половых органах и неприятными ощущениями после сексуальных контактов. Жалобы больных носили странный характер. Пациенты рисовали сложные схемы сосудистого и нервного обеспечения половых органов и давали нелепое объяснение их нарушений, которое было невозможно выявить с помощью того диагностического оборудования, которое имелось в медицинских учреждениях, где они проходили обследование. Частой причиной возникновения сексуальных расстройств они называли «инфекцию», которую не могли 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 искали в соматическом заболевании.

У пациентов с преобладанием в клинической картине навязчивостей стойкие обсессивные идеи сексуальной несостоятельности возникали наряду с другими навязчивостями, часто еще до начала половой жизни. Обсессивные расстройства проявлялись периодически повторяющимися приступами и сопровождалась депрессивными нарушениями.

Наряду с немотивированными фобиями, возникшими до начала сексуальных отношений, наблюдались постоянные сомнения по поводу уже совершенных поступков, а также опасения и колебания в связи с предстоящими действиями, доходящими до амбивалентности и даже амбитендентности. Так, больные

объясняли отсутствие сексуального партнера и ограничения в развитии отношений и регулярных сексуальных контактов страхом возможного заражения каким-либо венерическим заболеванием. При этом полностью отсутствовал компонент борьбы (преодоления навязчивостей).

Характерными для этих больных были ригидность, консерватизм, нарастающая беспомощность и зависимость от участия и поддержки родственников (проживание с родителями, в семье братьев, сестер). Пациенты с преобладанием явлений деперсонализации предъявляли жалобы на ощущения «собственной измененности», снижение интереса ко всему, в том числе к противоположному полу. Пациенты отказывались от сексуальных контактов не потому, что они неудачны, а потому что они не доставляли никакого удовольствия и даже были неприятны. Состояние пациентов можно охарактеризовать как «соматопсихическую деперсонализацию» на фоне хронической депрессии.

В клинической картине бедного симптомами шизотипического расстройства преобладали аффективные нарушения в виде тоскливой депрессии с ипохондрическими идеями и рудиментарными сенестопатиями. Со временем формировался стойкий астенический дефект с интеллектуальной и эмоциональной бедностью. На этом этапе обращение к врачу было вызвано не столько изменением ощущений при оргазме, сколько тяжестью психического состояния.

У пациентов с шизотипическим расстройством наряду с оргазмической ангедонией наблюдалось и расстройство сексуального влечения. Особенностью их либидо являлось то, что оно было основано на далеких от реальности эротических фантазиях, быстро ослабело и дезактуализировалось. Свойственные больным аутистические фантазии с течением времени становились все более абстрактными, оторванными от реальности.

У данной группы пациентов оргазмическая ангедония на фоне аутохтонной астении, нарушений либидо и половой активности, не зависящая от внешних влияний, отмечалась при замедлении психических процессов, тесно связанных с расстройствами мышления.

Лечебно-реабилитационные мероприятия

Лечебно-реабилитационные мероприятия при оргазмической ангедонии носили комплексный характер. Терапевтическая тактика строилась с учетом определяющей роли психической патологии и выявленных в ходе обследования этиологических факторов. В связи с этим на 1-м этапе терапии основной акцент делали на психофармакотерапию и психотерапию. Последовательность и объем этих мероприятий зависели от характера психической патологии. При выборе психотропных средств учитывали клинические проявления психических расстройств. Для предупреждения

отрицательного действия препаратов на половую функцию их назначали в малых и средних терапевтических дозах и по возможности выбирали те, которые оказывали минимальное побочное действие на сексуальную активность. Поскольку в возникновении оргазмических дисфункций ведущую роль играли аффективные нарушения, препаратами выбора были антидепрессанты, которые мы назначали разными курсами в зависимости от психопатологической структуры психических расстройств.

При оргазмической ангедонии в рамках аффективного расстройства основой терапии оставался комплекс мероприятий, направленный на ликвидацию и профилактику собственно аффективных нарушений с учетом клинико-динамической ситуации. В комплексе психотерапевтических мероприятий особую роль отводили специальным беседам с партнерами больных с целью исправления межличностных отношений, разъяснения преходящего характера половых расстройств.

При неврастении терапевтические мероприятия включали комбинацию психотерапии и антиастенической терапии с применением тонизирующих средств. Нормализовали режим труда и отдыха, физическую активность.

При диссоциативном и шизотипическом расстройствах назначали антидепрессанты в зависимости от ведущего аффекта в сочетании с нейрорептиками в средних дозах.

Психотерапевтическую работу с пациентами начинали с момента первого посещения и продолжали на всех этапах лечебно-реабилитационных мероприятий с применением различных методов психотерапевтического воздействия. Хуже поддаются терапии больные с шизотипическим расстройством, что объясняется его природой. Желательно привлечение к лечению благожелательно настроенного партнера. В паре применялись соответствующие сексотерапевтические упражнения и техники [5].

Заключение

На основании изучения клинического материала мы установили, что возникновение у мужчин оргазмических дисфункций при сохранении феномена эякуляции непосредственно связано с психопатологическим процессом. Выявленные особенности формирования оргазмической ангедонии, ее клиническая взаимосвязь с психическими расстройствами позволяют обосновать дальнейшие психокоррекционные мероприятия, которые восстанавливают сексуальную функцию.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Dekker J. Inhibited male orgasm. In: Handbook of sexual dysfunctions: assessment and treatment. Ed. by W.T. O'Donohue, J.H. Geer. Boston: Allyn & Bacon, 1993. 418 p.
2. Lauman E.O., Gagnon J.H., Michael R.T., Michaels S. The social organization of sexuality: sexual practices in the United States. Chicago: University of Chicago Press, 1994. 750 p.
3. Ягубов М.И., Кан И.Ю. Клинико-психопатологические аспекты и терапия оргазмических дисфункций у мужчин. Лечащий врач 2013;(9):43–8. [Yagubov M.I., Kan I.Yu. Clinical and psychopathologic aspects and therapy of orgasmic dysfunctions in men. Lechashchy vrach = Attending Physician 2013;(9): 43–8. (In Russ.)].
4. Ягубов М.И., Кан И.Ю. Феноменология оргазмической дисфункции у мужчин. Лечащий врач 2018;(6):80–4. [Yagubov M.I., Kan I.Yu. Phenomenology of orgasmic dysfunction in male. Lechashchy vrach = Attending Physician 2018;(6):80–4. (In Russ.)].
5. Ягубов М.И., Кибрик Н.Д., Кан И.Ю. Расстройства либидо у мужчин: вопросы терапии. Андрология и генитальная хирургия 2017;18(1):23–7. [Yagubov M.I., Kibrik N.D., Kan I.Y. Disorders of libido in men: treatment issues. Andrologiya i genital'naya khirurgiya = Andrology and Genital Surgery. 2017;18(1):23–7. (In Russ.)]. DOI: 10.17650/2070-9781-2017-18-1-23-27.
6. Сексопатология. Справочник. Под ред. Г.С. Васильченко. М.: Медицина, 1990. С. 18. [Sexual pathology. Handbook. Ed. by G.S. Vasilchenko. Moscow: Meditsina, 1990. P. 18. (In Russ.)].
7. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. В 2 т. Т. 1. Пер. с англ. В.Б. Стрелец. М.: Медицина, 1994. С. 505. [Kaplan H.I., Sadock B.J. Synopsis of psychiatry: behavioral sciences, clinical psychiatry. In 2 vol. Vol. 1. Transl. from English by V.B. Strelets. Moscow: Meditsina, 1994. P. 505. (In Russ.)].
8. Мильман Л.Я. Импотенция (этиология, профилактика и лечение). 2-е изд., перераб. и доп. Л.: Медицина, 1965. С. 41. [Milman L.Ya. Impotence (etiology, prevention and treatment). 2nd edn, rev. and suppl. Leningrad: Meditsina, 1965. P. 41. (In Russ.)].
9. Кочарян Г.С. Расстройства оргазма: определения и распространенность. Здоровье мужчины (Украина) 2017;(2):92–6. [Kocharyan G.S. Orgasmic disorders: definitions and prevalence. Zdorovie muzhchiny = Men's Health (Ukraine) 2017;(2):92–6. (In Russ.)].
10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. Пер. на рус. яз. под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. СПб.: Адис, 1994. 303 с. [International classification of diseases (10th revision). Classification of mental and behavioural disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Transl. to Russian. Ed. by Yu.L. Nuller, S.Yu. Tsyarkin. Saint Petersburg: Adis, 1994. 303 p. (In Russ.)].
11. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th edn. United States: American Psychiatric Association, 2013. 947 p.
12. Diagnostic Criteria from DSM-IVTM. Washington: American Psychiatric Association, 1996. 358 p.
13. Крукс Р., Баур К. Сексуальность. Пер. с англ. СПб.: Прайм-Еврознак, 2005. 480 с. [Crooks R., Baur K. Our sexuality. Transl. from English. Saint Petersburg: Praim-Evroznak, 2005. 480 p. (In Russ.)].
14. Комер Р. Патопсихология поведения. Нарушения и патологии психики. Пер. с англ. СПб.: Прайм-Еврознак, 2005. 638 с. [Comer R. Fundamentals of abnormal psychology. Transl. from English.



- Saint Petersburg: Praim-Evroznak, 2005. 838 p. (In Russ.).
15. Goldstein I. Orgasmic Anhedonia/ PDDO: Treatment. Available at: <https://archive.is/20130705012637/http://www.sexualmed.org/index.cfm/sexual-health-issues/for-women/orgasmic-anhedonia-pleasure-dissociative-orgasmic-disorder-pddo/treatment>.
 16. Perelman M.A. Anhedonia (PDDO). Available at: <https://sexualmed.org/known-issues/anhedonia>.
 17. Courtois F., Charvier K., Leriche A. et al. Perceived physiological and orgasmic sensations at ejaculation in spinal cord injured men. *J Sex Med* 2008;5(10):2419–30. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2008.00857.x.
 18. IsHak W.W., Berman D.S., Peters A. Male anorgasmia treated with oxytocin. *J Sex Med* 2008;5(4):1022–4. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2007.00691.x.
 19. Jenkins L.C., Mulhall J.P. Delayed orgasm and anorgasmia. *Fertil Steril* 2015;104(5):1082–8. DOI: 10.1016/j.fertnstert.2015.09.029.
 20. McMahon C. Disorders of male orgasm and ejaculation. In: Campbell-Walsh Urology. Ed. by A.J. Wein, L.R. Kavoussi, A.W. Partin et al. Philadelphia: Elsevier, 2016. Pp. 692–708.
 21. McMahon C.G., Jannini E., Waldinger M., Rowland D. Standard operating procedures in the disorders of orgasm and ejaculation. *J Sex Med* 2013;10(1):204–29. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2012.02824.x.
 22. Каплан Х.С. Сексуальная терапия. Иллюстрированное руководство. Пер. с англ. М.: Класс, 1994. С. 16. [Kaplan H.S. The illustrated manual of sex therapy. Transl. from English. Moscow: Klass, 1994. P. 16. (In Russ.).]
 23. Trotta D., Strepetova T. A case of orgasmic anhedonia in a man. *J Sex Med* 2017;14(4): 19th Congress of the European Society for Sexual Medicine. Abstract Book):e177. Available at: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1743609517303107>.
 24. Management of sexual dysfunction in men and women: an interdisciplinary approach. Ed. by L.I. Lipshultz, A.W. Pastuszak, A.T. Goldstein et al. New York: Springer Science, 2016. P. 169.
 25. Gray M., Zillioux J., Khouradji I., Smith R.P. Contemporary management of ejaculatory dysfunction. *Transl Androl Urol* 2018;7(4):686–702. DOI: 10.21037/tau.2018.06.20.

Вклад авторов

М.И. Ягубов: разработка дизайна исследования, получение данных для анализа, анализ полученных данных, обзор публикаций по теме статьи, написание текста статьи;

И.Ю. Кан: разработка дизайна исследования, получение данных для анализа, анализ полученных данных, обзор публикаций по теме статьи, написание текста статьи;

Н.Д. Кибрик: разработка дизайна исследования, получение данных для анализа, анализ полученных данных, обзор публикаций по теме статьи, написание текста статьи.

Author's contributions

M.I. Yagubov: developing the research design, obtaining data for analysis, analysis of the obtained data, reviewing of publications of the article's theme, article writing;

I.Yu. Kan: developing the research design, obtaining data for analysis, analysis of the obtained data, reviewing of publications of the article's theme, article writing.

N.D. Kibrik: developing the research design, obtaining data for analysis, analysis of the obtained data, reviewing of publications of 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.

Информированное согласие. Все пациенты подписали информированное согласие на участие в исследовании.

Informed consent. All patients gave written informed consent to participate in the study.