

## Особенности сексуальных дисфункций при депрессивных расстройствах у мужчин

М.А. Михалев<sup>1</sup>, М.И. Ягубов<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГУЗ Психоневрологический диспансер № 8, Москва;

<sup>2</sup> ФГУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии»  
Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

**Резюме.** В данной работе авторы представили обобщенные литературные данные о сексуальных дисфункциях и их особенностях при депрессивных расстройствах у мужчин. Анализ обширного объема литературы показал, что заболеваемость депрессией неуклонно растет, а структура депрессивных расстройств усложняется. При этом сексуальная патология продолжает оставаться одним из наименее разработанных аспектов депрессивных расстройств, наряду с недостаточной изученностью особенностей клиники, динамики, патогенеза и лечебно-реабилитационных мероприятий. В связи с чем данная проблема является актуальной и имеет большой теоретический и практический интерес.

**Ключевые слова:** сексуальные дисфункции у мужчин, депрессия, депрессивные расстройства, сниженные либидо, импотенция, мужчины.

### Sexual dysfunctions and its peculiarities in case of depressive disorders among men

M.A. Mikhalev<sup>1</sup>, M.I. Yagubov<sup>2</sup>

<sup>1</sup> State health care institution Psychoneurologic dispensary № 8, Moscow;

<sup>2</sup> The Moscow Research Institute of Psychiatry at the Russian Ministry of Health and social development of the Russian Federation

**Summary.** The work presents generalized literary information on the problem of sexual dysfunctions among men and its peculiarities in case of depressive disorders. The analysis of a wide range of literature showed that the number of people suffering from depression is constantly growing and the structure of depressive disorders is getting more and more complicated. Besides, sexual pathology is still one of the least investigated aspects of depressive disorders, along with the poor investigation of the peculiarities of the clinical picture, dynamics, pathogeny and treatment-and- aftercare activities. Thus the topic of the work proves to be urgent and have a great practical and theoretical value.

**Key words:** sexual dysfunctions among men, depression, depressive frustration, libido decrease, impotency, men.

Расстройства настроения относятся к числу наиболее распространенных психических нарушений, а рост показателей распространенности депрессий в последние десятилетия можно назвать стремительным. На сегодняшний день предсказанное почти 30 лет назад наступление «века меланхолии» [45] не представляется парадоксом. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения, депрессией страдают более 10 миллионов человек в мире. По распространенности депрессии стоят на 3-м месте после гипертонической болезни и гриппозной инфекции.

Установлено, что заболеваемость депрессиями на сегодняшний день приближается к 3%, а риск заболеть депрессией в течение жизни — к 20% [39]. По данным эпидемиологических исследований, распространенность депрессивных расстройств среди мужчин составляет 4–10%. Особенно заметен рост частоты депрессий в развитых странах Европы, в США, где этот показатель достиг 5–10% (в начале 1960-х годов — 0,4–0,8%) [66]. И в ближайшие 20 лет ожидается рост распространенности депрессий в связи с процессом урбанизации, стрессогенными событиями, миграцией и другими социальными тенденциями. Так, получившие широкую известность данные о повышении частоты развития депрессии во всем мире,

с достижением этой клинической формой к 2020 году второго места после ишемической болезни по критериям DAILY, произвели большое впечатление на всех специалистов, организаторов медицинской помощи, демографов, представителей финансовых институтов и политиков во многих странах. Но прогноз стал оправдываться даже быстрее, чем ожидалось: уже в середине первого десятилетия нашего столетия в Европе распространенность депрессии, а особенно ее влияние на масштаб потерянных для полноценной жизни лет, выдвигает ее на первую (а не вторую) позицию среди всех клинических форм патологии [16]. Диагностика депрессий стала более трудной, а психопатологические проявления депрессивных синдромов — более разнообразными [5]. Многообразие клинических проявлений депрессивных расстройств, множественность молекулярных механизмов действия антидепрессантов разных групп свидетельствуют об участии в патогенезе депрессий взаимосвязанных нарушений ряда нейрохимических систем. В настоящее время считается общепринятым и наиболее обоснованным, что ключевые патогенетические механизмы депрессии связаны с функциональным дефицитом серотонинергической системы и со сложной дисрегуляцией норадренергической системы (чаще с ее гиперактивностью) [28].

Депрессия часто сопровождается ангедонией, отсутствием удовольствия или интереса к занятиям, которые обычно нравятся людям. Для всех типов депрессии характерны нарушения сна, аппетита, либидо [10]. Большинство авторов [1, 15, 21, 20, 28] к соматовегетативным проявлениям депрессии относят и расстройства либидо. Таким образом, неудивительно, что депрессия может быть связана с утратой сексуального влечения и трудностями в достижении возбуждения [36]. В связи с этим понятно, что различные травмирующие психику моменты способны вызвать у человека нарушения полового влечения. Н.В. Иванов пишет: «Эрекционная и эякуляционная функции носят исполнительный характер, целиком определяясь импульсами, идущими преимущественно из высших инстанций нервной системы» [3].

Сексуальные расстройства — наряду со снижением настроения и удовольствия от деятельности, тоской, тревогой, апатией; колебаниями настроения, снижением работоспособности и повышенной утомляемостью, трудностями сосредоточения; идеями ущербности, чувством вины, ипохондрией, суицидальными идеями; нарушенным сном и аппетитом; утратой чувства радости, способности испытывать наслаждение — относятся к основным симптомам депрессии [4, 28, 31].

#### **Взаимосвязь депрессии и сексуальной дисфункции**

Соотношение мозг–тело привлекало внимание философов и медиков еще со времен античности. Идея взаимосвязи и взаимовлияния психических и телесных функций восходит к Гиппократу и Галену. Наиболее благодатную область применения психосоматического подхода к медицине представляют исследования, связанные с функциями полового аппарата, поскольку ни в одной другой сфере связь между психическими и физиологическими аспектами функции не является столь глубокой, как в сексуальности.

Связь депрессивных состояний с патологией в сексуальной сфере являлась предметом внимания многих поколений как отечественных, так и зарубежных исследователей начиная с XVIII века. Р. Furbinger [43] писал: «По какой-то странной иронии судьбы, пессимистично настроенные имеют эрекцию в какое угодно время, но только не тогда, когда им предстоит исполнить супружеские обязанности». R. Krafft-Ebing [50] также отмечает, что «сознание и настроение меланхоликов неблагоприятны для пробуждения полового влечения». В своих работах В.П. Сербский [27] указывал, что «одно из наиболее ярких проявлений извращения чувствования у меланхоликов, когда даже те впечатления, что сопровождалось раньше ощущением радости, воспринимаются теперь как болезненно неприятные».

Данную взаимосвязь описывал S. Freud [42]: «Особенно мощным астенизирующим фактором при аффективных нарушениях с сексуальными расстройствами становится переключение всего психического регистра индивида на область крайних тревог по поводу снижения или утраты своего мужского начала».

Говоря о понимании взаимосвязи депрессии и сексуальной дисфункции, необходимо отметить,

что на заре сексологических исследований придавалось большое значение в первую очередь самим сексуальным нарушениям и только потом, как следствию, расстройствам настроения.

R. Krafft-Ebing [50], с именем которого связываются первые попытки систематизации знаний в области сексуальной патологии, считал, что «неумеренное совокупление» или «чересчур частая мастурбация» могут стать причиной «настоящей душевной болезни». Подобные примеры отражают начальный этап развития психиатрии, характеризующийся недостаточностью как эмпирических, так и теоретических данных относительно сущности и причин психических заболеваний и, как следствие этого, упрощенностью соответствующих представлений.

Со второй же половины XIX века попытки связать происхождение меланхолии с патологией в сексуальной сфере становятся все более редкими, хотя полностью и не исчезают. С накоплением клинического опыта и появлением первых научных теорий по этиологии психических заболеваний идеи наивного сексуализма начали заметно ослабевать. А к концу XIX века разнообразные нарушения в сексуальной сфере чаще рассматривались уже не как причина, а как следствие душевных болезней [14, 49, 59].

Данное обстоятельство позволило крупнейшему представителю клинко-нозологического направления Крепелину [49] так охарактеризовать состояние вопроса: «У мужчин, по-видимому, на долю половых страданий не выпадает сколько-нибудь важного значения в этиологии душевных расстройств»; касаясь же тех случаев, когда первый коитус сопровождается острыми депрессивными состояниями, Крепелин замечает: «Вероятно, мы имеем здесь дело лишь с внешним проявлением уже ранее подготовленного заболевания». В литературе появляются отдельные публикации, посвященные разнообразным взаимоотношениям между депрессией и половыми расстройствами [37, 38, 44, 47, 55, 56, 64]. В большинстве подобных работ нарушениям в сексуальной сфере придается важная роль в клинике и диагностике депрессивных состояний.

Со времен Крепелина и по настоящее время взгляды представителей клинического направления по обсуждаемому вопросу не подвергались каким-либо существенным изменениям. Большинство клиницистов не придают патологии в сексуальной сфере сколько-нибудь важного значения в происхождении депрессивного психоза [19, 23, 34, 68 и др.].

Однако идеи наивного сексуализма старых авторов в начале XX века обрели «второе рождение» и подверглись дальнейшему развитию в психоаналитической теории пансексуализма S. Freud. Представители психоанализа в основе психических заболеваний усматривают патологическую динамику либидо в онтогенезе инфантильной сексуальности. Психосексуальная травма, пережитая в детстве, по мнению психоаналитиков, ведет к патологической регрессии либидо и фиксации на ранних стадиях его развития.

Подводя итог сказанному, следует отметить, что связь депрессии с половыми расстройствами

являлась предметом внимания многих исследователей. С эволюцией в воззрениях на происхождение и сущность психических заболеваний изменялись и представления о характере взаимосвязи депрессии и сексуальной патологии. По замечанию Г.С. Васильченко [4], первоначальный поиск механизмов развития половых расстройств можно уподобить крайним отклонениям маятника: от наивно-механистических идей локаляционистов [33, 41, 57 и др.], преувеличивавших роль семенного бугорка и предстательной железы как исходных пунктов сексуальных дисфункций, к не менее односторонней концепции «нервной импотенции» [43, 44 и др.], приверженцы которой, недооценивая значения соматических нарушений, основным фактором в развитии половых расстройств объявляли лишенную конкретного субстрата «нервную почву».

Современные представления о клинике сексуальных расстройств при депрессиях в основном сложились уже к началу XX века и в дальнейшем не подвергались серьезным изменениям.

Большинство исследователей отводят половым нарушениям важную роль в диагностике и клиническом оформлении депрессивных состояний. Помимо этого, следует отметить, что многие психические заболевания сопровождаются сексуальными дисфункциями [12, 22, 25, 35] и нередко диагностируются впервые именно на сексологическом приеме [32].

#### **Распространенность сексуальных расстройств, клинические варианты сексуальных дисфункций, возникающих при депрессивных расстройствах, и их значимость в жизни мужчины**

По разным данным, распространенность сексуальных расстройств в популяции колеблется от 2% до 50% при различных их формах в зависимости от пола и возраста. Обращаемость за сексологической помощью не отражает истинную распространенность в популяции, поскольку обращаемость зависит от степени социальной и сексуальной дезадаптации, наличия и степени тяжести основного или сопутствующего заболевания, характерологических особенностей пациентов, а также от доступности сексологической помощи [8].

Сексуальные дисфункции при расстройствах психической сферы связаны с нейродинамическими нарушениями сформировавшихся или формирующихся поведенческих условнорефлекторных стереотипов сексуального поведения. Они характеризуются нарушениями всех сексуальных проявлений (влечения, возбуждения, оргазма, эякуляции) [8].

Воздействие, оказываемое расстройствами настроения на половую функцию мужчины, весьма разнообразно. Депрессия представляет собой многозвеньевое расстройство, и стадии его развития клинически проявляются не только углублением основных симптомов депрессии, но и видоизменением самоощущения и самооценки больных [29].

У большинства страдающих депрессией заметно снижается половое влечение, возникают нарушения эрекции, преждевременное или затрудненное семяизвержение [54, 63, 64], а также утрачивается способность получить удовольствие от сексу-

альных фантазий [69]. А.Т. Веck [37, 38] указывает на то, что снижение либидо и половой активности часто является одним из первых признаков депрессии. Среди обследованных им депрессивных больных ослабление полового влечения было обнаружено в 61% случаев. Снижение либидо коррелировало со снижением аппетита, интереса к людям, а также со степенью выраженности депрессивного аффекта. При слабо выраженных депрессивных состояниях отмечалось незначительное снижение спонтанно возникающего полового влечения и чувствительности к сексуальной стимуляции. Глубокие депрессии сопровождались полной утратой чувствительности к половой стимуляции и неприязнью ко всякого рода сексуальным проявлениям.

G. Winokur et. al. [68] при клиническом обследовании больных, страдающих депрессивными расстройствами, обнаружил снижение либидо у 80% мужчин. E.S. Payker, M.M. Weissman [53] снижение либидо отмечали у 60% больных депрессией.

E.O. Laumann с соавт. [51] сообщают, что 5% мужчин с депрессией испытывают трудности в связи со сниженным сексуальным влечением, а преждевременной эякуляцией страдают около 21% мужчин [51]. Другие авторы приводят более высокие показатели распространенности этого расстройства — 36–38% [62]. По данным E.O. Laumann и других авторов, оргазмическими расстройствами страдают 4–10% мужчин с депрессией [51, 62].

Резкие колебания либидо рассматривают, наряду с периодической головной болью и другими психосоматическими симптомами, как депрессивные эквиваленты циклотимии [57], как одно из ее клинических проявлений [48, 60]. Д.Д. Плетнев [24] рассматривал нарушения полового влечения в качестве характерных признаков так называемой соматической циклотимии.

Одним из самых страшных для больного симптомов половой дисфункции в клинике депрессивных состояний оказывается даже незначительная сперматорея — периодическое выделение семени («двигательный невроз простаты») преимущественно в результате ослабления мышечного тонуса сфинктеров и проходящих через предстательную железу семявыбрасывающих протоков. Истечение семени при мочеиспускании и дефекации издавна описывают как очень распространенный (наряду с психической импотенцией и синдромом «раздраженной предстательной железы») признак депрессивных состояний. Непроизвольная потеря нескольких капель семени в течение дня возникает вне всякой связи с эротическими представлениями (без предшествующей эрекции, оргазма и каких-либо сладострастных ощущений). Неизбежным последствием сперматореи в таких случаях становится углубление депрессии [31].

A. Devaux, J. Lorge [40] и др. описывали моносимптомные формы меланхолии, проявляющиеся в виде периодической импотенции. Стойкий страх импотенции также чаще всего является симптомом депрессивного круга. На депрессивный характер переживаний больного указывает, в частности, и тот факт, что «настроение перед сношением» при этом всегда ниже, чем после него [4]. Зачастую депрессивный аффект маскируется множеством жа-

лоб на тягостные ощущения и сексуальные нарушения, сопровождаясь усилением раздражительности, сензитивности, угнетенностью, ангедонией, обостренной склонностью к самоанализу. Особое диагностическое значение приобретает типичный для этих пациентов пестрый набор вегетативных расстройств (бледность и похолодание конечностей, резко выраженный и стойкий дермографизм, чрезвычайная лабильность артериального давления и пульса, ощущение жара и приливов или пульсации в голове, повышенная, иногда пароксизмальная потливость, сухость во рту и т. д.) [31].

Важно сказать, что как в зарубежной, так и в отечественной литературе имеются указания на существование мягких форм депрессий (маскированных, стертых, ларвированных), в клинической картине которых сексуальные расстройства выступают на передний план. Снижение либидо и потенции у мужчин [9, 52, 63] относят к наиболее частым симптомам маскированной депрессии. Соматовегетативные расстройства могут играть ведущую роль в жалобах больного, соответствовать степени выраженности аффективных, идеаторных и моторных нарушений [7, 15, 23, 29, 30]. При этом создается сложная связь собственно аффективных и вегетативных элементов, определяющая как состояние больного, так и систему лечения [6].

Некоторые авторы [13, 53] указывают на то, что скрытая депрессия может проявляться не только снижением половых функций, но и гиперсексуальностью, промискуитетом и гомосексуальными тенденциями. D.C. Renshaw [61] к проявлениям «латентной» депрессии относил мастурбацию и ее эквиваленты. В.С. Ротенберг [25] и В.В. Андрианов [2] перемежающийся ночной приапизм также расценивали как признак скрытой депрессии.

Таким образом, в настоящее время к проявлениям маскированной депрессии с преобладанием сексуальных расстройств относят такое разнообразие нарушений половых функций, которое практически исчерпывает собой всю известную на сегодняшний день сексологическую феноменологию. Недостаточная изученность клиники скрытых депрессий с преимущественно сексологической симптоматикой в значительной степени затрудняет их своевременную диагностику и лечение [61, 67]. В обзорной статье D.C. Renshaw [61], посвященной сексуальным нарушениям при различных депрессивных состояниях, подчеркивается недостаточная изученность вопроса. Автор отмечает, что до сих пор не определены клинические особенности половых расстройств, обусловленных депрессией.

Но независимо от проявлений и степени выраженности сексуальных расстройств, возникающих при пониженном аффекте, человек уделяет им особое внимание (нередко большее, чем другим, более серьезным, расстройствам организма), а подчас это становится единственной проблемой, с которой он обращается к врачу [46]. Большинство авторов отмечают, что половое чувство и влечение занимают исключительное положение среди других чувств и влечений, так как на их долю выпадает «наибольшее психологическое и психопатологическое» значение [25]. Несостоятельность в половой жизни является одной из самых сильных эмоциональных травм для мужчины

любого возраста, что связано с особой личностной значимостью сексуальных отношений для большинства людей [18]. Нарушение половой функции существенно влияет на поведение мужчины. Такие мужчины могут избегать ситуаций, связанных с сексом; потерпев неудачу, они постараются свалить вину на свою партнершу или же будут так усердно добиваться эрекции, что это еще больше затруднит их положение [54].

Снижение половой функции у зрелого мужчины, равно как и сексуальное фиаско молодого человека, только что вступившего в брак, воспринимается как крушение надежд на счастливую жизнь, как потенциальная угроза распада семьи или невозможность ее создания. Половые дисфункции, ограничивая репродуктивные возможности, препятствуют достижению супружеской и сексуальной гармонии в паре, нарушают стабильность брака и нередко приводят к разводам, отрицательно влияют на душевное равновесие и работоспособность, что может привести к развитию невротических и аффективных расстройств, антивитальным переживаниям и асоциальному поведению [13]. Даже в тех случаях, когда половые расстройства не являются доминирующими среди других клинических проявлений депрессии, дисгармония сексуальной жизни, возникающая вследствие этих расстройств, сама по себе выступает как психотравмирующее переживание, что в значительной степени утяжеляет клиническую картину данных состояний [11]. Это порой вызывает острые аффективные реакции с утратой самоутверждения в сексуальной сфере, которая в общей системе социально-психологических ценностей личности занимает значительное место. Сексуальные расстройства и дисгармонии, сопровождаясь выраженной и часто пролонгированной аффективной реакцией, способствуют формированию пессимистической оценки личностной перспективы. Это приводит к возникновению кризиса в семейной и интимно-личной сферах, а при условиях неразрешенности ситуации и остроты реакции — к формированию суицидального поведения. По данным литературы, семейно-личные и интимные конфликты занимают одно из первых мест среди суицидоопасных интерперсональных конфликтов, что подтверждается данными суицидологической службы города Москвы, где среди лиц, обратившихся за помощью, 26% составляют пациенты с интимно-личными и сексуальными проблемами [12].

Статистические исследования, проведенные на большом контингенте лиц, показали, что сексуальные дисфункции у мужчин (например, нарушение эрекции), делающие невозможным осуществление полового акта, в 10 раз чаще становятся причиной суицидальных попыток, чем половая холодность у женщин, которая также затрудняет проведение полового акта или делает его невозможным. Последнее отрицательно влияет на самочувствие мужчины, в значительной мере притупляет «ощущение» смысла жизни, а также снижает самооценку [46].

#### **Терапия сексуальных дисфункций при депрессивных расстройствах**

Медикаментозное лечение широко используется при сексуальных расстройствах у мужчин. Вы-

бор лекарственных средств при нарушении сексуальной функции определяется причиной заболевания, характером его течения, возрастом больных, сопутствующей соматической или психической патологией и т. п. В соответствии с этим медикаментозное лечение может быть этиологическим, патогенетическим или симптоматическим. Наиболее часто при лечении сексуальных дисфункций, возникающих наряду с депрессивными расстройствами, применяют антидепрессанты, транквилизаторы и нормотимики, которые сами по себе могут вызывать нарушение сексуальной функции [17].

В проспективном исследовании из 152 мужчин, принимавших антидепрессанты [36], 14% пациентов спонтанно сообщили своим врачам о сексуальной дисфункции, а 58% признали наличие сексуальных проблем при прямом вопросе. Результаты данного исследования показывают, что у значительной части пациентов, принимающих антидепрессанты, возникают сексуальные побочные эффекты. Полученные данные также говорят о том, что исследования, основанные на спонтанном самоотчете о побочных эффектах, могут занижать распространенность сексуальных проблем, связанных с приемом того или иного препарата. А.Б. Смулевич [28] указывает, что почти все антидепрессанты, кроме коаксила, отрицательно влияют на потенцию. К другим лекарствам, ассоциированным с сексуальными трудностями, относятся малые транквилизаторы, они «способствуют устранению широкого круга расстройств», возникающих при депрессии, «уменьшая прежде всего эмоциональную напряженность, тревогу, и страх», но способны при этом вызывать нарушения эрекции, семяизвержения, угнетать либидо [36].

Анализ многочисленных данных литературы показывает, что проблема терапии сексуальных дисфункций у больных, страдающих депрессией, остается не разработанной и актуальной.

### Заключение

Таким образом, приведенный здесь обзор литературных данных показывает, что связь депрессии с патологией в сексуальной сфере являлась предметом внимания многих исследователей и многочисленные авторы едины в констатации факта снижения полового влечения и ослабления потенции при депрессивных состояниях.

Представления о характере взаимосвязи депрессивных нарушений и сексуальных дисфункций изменялись вместе с эволюцией в воззрениях на происхождение и сущность психических заболеваний. До настоящего времени в трактовке данного вопроса нет единого мнения.

Половым нарушениям придается важное значение в диагностике и клинико-феноменологическом оформлении депрессивных расстройств, особо учитывая тот факт, что сексуальная патология продолжает оставаться одним из наименее разработанных аспектов депрессивных расстройств. Выяснение факторов, обуславливающих доминирование сексологической симптоматики в клинической картине депрессии, может способствовать повышению эффективности профилактики, своевременности и адекватности терапии подобного рода состояний. Результаты исследования в данной области также могут иметь существенное значение для ранней диагностики депрессивных расстройств с преобладанием сексуальных дисфункций.

В связи с этим выявление особенностей клинической картины синдромологической структуры сексуальных дисфункций и разработка принципов лечебно-реабилитационных мероприятий и тактики их применения у мужчин, страдающих депрессивными расстройствами разной степени выраженности, имеют большое теоретическое и практическое значение.

### Литература

1. Аведисова А.С. Депрессия и тревога. Диагностика и лечение. М.: Гос. науч. центр, 2003. 32 с.
2. Андрианов В.В., Ротенберг В.С. О перемежающемся ночном приапизме // Урология и нефрология. 1976. С. 31–35.
3. Банищиков В.М., Невзорова Т.А. Психиатрия. М.: Медицина, 1969. С. 294–295.
4. Васильченко Г.С. Частная сексопатология. М.: Медицина, 1983. Т. 1. 302 с.; Т. 2. 352 с.
5. Вертоградова О.П., Волошин В.М. Анализ структуры депрессивной триады как диагностического и прогностического признака // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1983. Т. LXXXIII, вып. 8. С. 1189–1194.
6. Вертоградова О.П. К соотношению психосоматических и аффективных расстройств. Всерос. съезд невропатологов и психиатров, 5-й: тезисы докладов. М., 1985. Т. 3. С. 26–27.
7. Вертоградова О.П. Психосоматические расстройства и депрессии (структурно-динамические соотношения). Всерос. съезд невропатологов, психиатров и наркологов, 8-й: тезисы докладов. М., 1988. Т. 3. С. 226–228.
8. Гофман А.Г. Психиатрия: справочник практического врача. М.: МЕДпресс-информ, 2006. 592 с.
9. Десятников В.Ф. Маскированная депрессия (обзор литературы) // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Косакова. 1975. № 5. С. 760–771.
10. Диков С.Ю. Соматовегетативные расстройства при депрессиях с разным типом ведущего аффекта: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2009. 34 с.
11. Карвасарский Б.Д. Неврозы. М.: Медицина, 1980. 448 с.
12. Кибрик Н.Д. Возрастные особенности развития сексуальных дисфункций у мужчин. М., 1999.
13. Киров К. Депрессия. Актуальные проблемы невропатологии и психиатрии. М.: Медицина, 1974. С. 222–233.
14. Корсаков С.С. Курс психиатрии. М.: Товарищество, 1893. 604 с.
15. Краснов В.Н. Психосоматические расстройства в клинической динамике циркулярных депрессий // Актуальные проблемы соматопсихиатрии и психосоматики: сб. статей. М., 1990. С. 134–136.

16. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. М.: Практическая медицина, 2011. 432 с.
17. Кришталъ В.В., Григорян С.Р. Сексология. М.: ПЕР СЭ, 2002. С. 445, 447–448.
18. Либих С.С., Фридкин В.И. Сексуальные дисгармонии. Ташкент: Медицина, 1990. 142 с.
19. Лукомский И.И. Маниакально-депрессивный психоз. М.: Медицина, 1968. 159 с.
20. Мосолов С.Н. Тревожные и депрессивные расстройства; коморбидность и терапия. М.: Артинфо Паблишинг, 2007. С 58–69.
21. Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н. Аффективные психозы. М.: Медицина, 1988. 264 с.
22. Овсянников С.А. К дифференциальной диагностике малопрогрессирующей шизофрении и пограничных состояний с половыми нарушениями при системном подходе // Диагностика, лечение и профилактика половых расстройств. М., 1978. С. 33–37.
23. Пападопулос Т.Ф. Острые эндогенные психозы, психопатология и систематика. М.: Медицина, 1975. С. 192.
24. Плетнев Д.Д. К вопросу о «соматической» циклотимии // Русская клиника. 1927. Т. 7 (36). С. 496–500.
25. Посвянский П.Б. Сексуальные нарушения в клинике, дифференциальной диагностике и психопатологии шизофрении // Проблемы современной сексопатологии. М., 1972. С. 296–323.
26. Ротенберг В. С., Андрианов В.В. О перемежающемся ночном приапизме // Урология и нефрология. 1976. № 6. С. 31–35.
27. Сербский В.П. Психиатрия. М., 1912. 654 с.
28. Смулевич А.Б. Депрессии при соматических и психических заболеваниях. М.: Медицинское информационное агентство, 2003. 425 с.
29. Снежневский А.В. Клиническое обследование // Руководство по психиатрии. М.: Медицина, 1983. Т. 1. С. 187–193.
30. Руководство по психиатрии / под ред. А.С. Тиганова. М.: Медицина, 1999. Т. 1. 710 с.
31. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства (руководство для врачей). М.: Медицина, 1986. 384 с.
32. Упенице М.Я. Особенности сексуальных нарушений у больных с вялотекущей шизофренией // Вопросы сексопатологии. М., 1969. С. 74–76.
33. Хольцов Б.Н. Функциональные расстройства мужского полового аппарата и функциональные расстройства мочевых органов нервного происхождения. М.: Практическая медицина, 1926. С. 125–135.
34. Пападопулос Т.Ф., Шахматова-Павлова И.В. Руководство по психиатрии / под ред. А.В. Снежневского. М.: Медицина, 1983. Т. 1: Маниакально-депрессивный синдром. С. 417–456.
35. Ягубов М.И. Клинико-динамические особенности и комплексная патогенетическая терапия сексуальных дисфункций у мужчин с психическими расстройствами непсихотического уровня: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2006. 53 с.
36. Barlow D.H. Clinical Handbook of Psychological Disorders. New York; London, 2001. P. 809–821.
37. Beck A.T. Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects. New York: Harper & Row, 1967. 370 p.
38. Beck A.T. Sexuality and depression / Medical Aspects of Human Sexuality. 1968. Vol. 2 (7). P. 44–51.
39. Costa e Silva J. A. Facing depression // WPA Teaching Bulletin on Depression. 1993. Vol. 1 (1). P. 1–4.
40. Devaux A., Lorge J. Les anxieux. Paris: Masson, 1917. [Цит. по: Шаманина В.М. Депрессивные синдромы // БМЭ. Изд. 3-е. 1977. Т. 7. С. 118.]
41. Drysdale Ch. Elementsofsocialscience, orphysical, sexual, and natural religion. London, 1854. 355 p.
42. Freud S. Some neurotic mechanisms in Jealousy, Paranoia and Homosexuality // Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. Vol. 18: (1920–1922). P. 221–232.
43. Furbringer P. Функциональные расстройства мужского полового аппарата: пер. с нем. Харьков, 1901. 92 с.
44. Gyurkovechky V. Pathologie und Therapie der mannlichen Impotenz. Wien und Leipzig, 1897. 178 S.
45. Hagnell O., Lanke J., Rorsman B., Ojesjo L. Depressive illnesses in a prospective epidemiological study over 25 years: The Lundby Study, Sweden // Psychol. Med. 1982. P. 21–26.
46. Imielinski K. ZarysseksuologiiI seksiatrrii. Panstwowy Zaklad Wydawnictw Lekarskich. Warszawa, 1982. 189 с.
47. Kiev A. Depression and libido // Medical Aspects of Human Sexuality. 1969. Vol. 3 (II). P. 35–45.
48. Kirhhof J. Poliklinik depressiver Störungen speziell endogener Verstimmungen // Z. ges. Neurol. Psychiatr. 1942. Bd. 174. S. 88–134.
49. Kraepelin E. Lehrbuch der Psychiatrie. VIII Aufl. Berlin: A. Barth, 1910. 468 S.
50. Krafft-Ebing R. Судебная психопатология: пер. с нем. СПб., 1895. 646 с.
51. Laumann E.O., Paik A., Rosen R.C. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors // JAMA. 1999. Vol. 281. P. 537–544.
52. Lemke R. Psychiat. Neurol. Med. Psychol. Leipzig, 1949. 161 S.
53. Martin M.J. Impulsive sexual behavior masking insidious depression // Medical Aspects of Human Sexuality. 1976. Vol. 10 (3). P. 45–55.
54. Masters W.H., Johnson V. and. Kolodny R. Textbook of Sexual Medicine (2nd edition). Boston: Little Brown, 1984. 692 p.
55. Montassut M. Paris, 1938. [Цит. по: Шаманина В.М. Депрессивные синдромы // БМЭ, Изд. 3-е. 1977. Т. 7. С. 118.]
56. Paykel E.S., Weissman M.M. Marital and sexual dysfunction in depressed women // Medical Aspects of Human Sexuality. 1972. Vol. 6 (6). P. 73–101.
57. Peyer A. Die nervosen Erkrankungen der Urogenitalorgane, Zugler-Oberlander // Klinisches Handbuch der Harnund Sexualorgane. Leipzig, 1894. S. 263.
58. Pichot P, Hassan J. Masked, depression and depressive equivalents problems of definitionand diagnosis // Masked depression / ed. by P. Kielholz. Bern-Stuttgart-Vienna: Huns Huber Publ., 1973. P. 61–76.
59. Porosz M. Über die Atonie der Prostata // Monatsberichte fuer Urologie. 1912. S. 90.

60. Radmayr E. Zur Problematik larvierter Depressionen // *Klin. Wschr.* 1971. Bd. 83. S. 333–334.
61. Renshaw D.C. *Sexual Dysfunctions // Somatic manifestations of depressive disorders / ed. by A. Kiev.* Amsterdam: Excerpta Medica etc., 1974. P. 86–106.
62. Rosen R., Leiblum S., Spector I. Psychologically based treatment for male erectile disorder: A cognitive-interpersonal model // *J. of Sex and Marital Therapy.* 1994. Vol. 20 (1). P. 11–17.
63. Silbert M.B. Masked depression and the general practitioner // *S. Afr. med. J.* 1968. Vol. 42. P. 132–136.
64. Spencer R.F. Depression and diminished sexual desire // *Medical Aspects of Human Sexuality.* 1977. Vol. 11 (8). P. 51–65.
65. Tamburello A., Seppecher M.F. The effects of depression on sexual Behavior // *Preliminary results of Research.* New York, 1977. P. 12–24.
66. Üstun B.T., Sartorius N. *Mental Illness in General Health Practice: An international study.* New York: John Wiley & Sons, 1995. P. 17–23.
67. Weitbrecht H.J. Депрессивные и маниакальные эндогенные психозы // *Клиническая психиатрия / под ред. Г. Груле и др. М.: Медицина, 1967. С. 59–101.*
68. Winokur G., Clayton P.J., Reich Th. *Manic depressive illness.* Saint Louis, 1969. 186 p.
69. Woods S.M. *Sexuality and mental disorders // Sexual problems in Medical Practice / ed. by H.L. Lief.* Chicago: American Medical Association, 1981. P. 199–209.

**Сведения об авторах**

**Михалев Михаил Александрович** — врач-психиатр, сексолог, соискатель 1-го года отд. сексопатологии Московского научно-исследовательского института психиатрии Росздрава. E-mail: mihail-mihaylov@list.ru

**Ягубов Михаил Ибрагимович** — д. м. н., вед. науч. сотр. отд. сексопатологии Московского научно-исследовательского института психиатрии Росздрава