

Клинико-диагностические особенности и терапия оргазмических дисфункций при расстройствах тревожно-депрессивного спектра

М. И. Ягубов¹

И. Ю. Кан² ✉

И. Р. Айриянц³

¹ Московский научно-исследовательский институт психиатрии, Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-8266-0429>, yaguobov@mail.ru

² Московский научно-исследовательский институт психиатрии, Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0003-1690-6619>, v.iuwanow@yandex.ru

³ Московский научно-исследовательский институт психиатрии, Москва, Россия, <https://orcid.org/0000-0002-0370-2505>, nira69@mail.ru

Резюме

Введение. Актуальность данного исследования связана с широкой распространенностью тревожных и депрессивных расстройств, их вариабельностью и многообразием коморбидности, включающих в том числе сексуальные нарушения в виде оргазмических дисфункций у женщин и мужчин. В статье представлены данные о формировании оргазмических дисфункций у пациентов с психическими расстройствами, о взаимном влиянии психической и сексуальной патологии, сходствах и различиях оргазмических нарушений у мужчин и женщин, их клинических и терапевтических аспектах.

Материалы и методы. Обследовано 122 пациента (64 женщины и 58 мужчин) в возрасте от 18 до 45 лет, обратившихся за сексологической помощью. Основными методами исследования являлись клинико-психопатологический и клинико-сексологический с использованием в качестве дополнительных инструментов Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), Шкалы Вайтеля, позволяющей определить ипохондрические черты, Шкалы астенического состояния и Визуальной аналоговой шкалы для измерения субъективного восприятия интенсивности оргазма (Visual Analogue Scale to measure the subjective perception of orgasmic intensity, The Orgasmometer) – «Оргазмометра» в мужской и женской версиях. Для сравнения характерных клинико-психопатологических особенностей оргазмических дисфункций у женщин и мужчин при расстройствах тревожно-депрессивного спектра в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 пациенты были распределены на две группы. Первая группа – пациенты с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами (F4), и вторая – с аффективными расстройствами настроения (F3).

Результаты. В ходе исследования удалось выделить основные факторы, являющиеся возможной предрасположенностью к оргазмическим расстройствам – слабый тип половой конституции, акцентуации характера, нарушения формирования либидо в виде задержки на платонической и эротической фазах, эпизоды генерализованной тревоги или стойкого (не менее трех месяцев) снижения настроения с ангедонией и астенизацией. Первую исследуемую группу (F4) у женщин составили пациентки, страдающие неврастением, диссоциативным и соматизированным расстройствами, у мужчин – пациенты с неврастением, ипохондрическим и соматизированным расстройствами. Вторая группа (F3) была однородна по психической патологии и представлена дистимией. В структуре расстройств тревожно-депрессивного спектра у данных пациентов были рассмотрены особенности формирования и клинического течения оргазмических дисфункций, диагностика с использованием дополнительных инструментов в виде специализированных шкал, предложены общие принципы терапии.

Заключение. Представленные клинико-психопатологические особенности оргазмических дисфункций дают возможность выявить связь не только феномена оргазма, но и всех составляющих копулятивного цикла с аффективной и другой психопатологической симптоматикой, что позволяет проследить механизмы их формирования, совершенствовать диагностику и определение прогноза данных нарушений, выбрать тактику лечебно-реабилитационных мероприятий, позволяющих повысить эффективность терапии оргастических нарушений.

Ключевые слова: оргазмические дисфункции, расстройства тревожно-депрессивного спектра, клиника, диагностика, терапия

Для цитирования: Ягубов М. И., Кан И. Ю., Айрияш И. Р. Клинико-диагностические особенности и терапия оргазмических дисфункций при расстройствах тревожно-депрессивного спектра. Лечащий Врач. 2024; 7 (27): 54–62. <https://doi.org/10.51793/OS.2024.27.7.008>

Конфликт интересов. Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

Clinical, diagnostic features and treatment of orgasmic dysfunctions in anxiety-depressive spectrum disorders

Mihail I. Yagubov¹

Igor Yu. Kan² ✉

Irina R. Ayriyants³

¹ Moscow Scientific Research Institution of Psychiatry, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-8266-0429>, yagubov@mail.ru

² Moscow Scientific Research Institution of Psychiatry, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0003-1690-6619>, v.iuwanow@yandex.ru

³ Moscow Scientific Research Institution of Psychiatry, Moscow, Russia, <https://orcid.org/0000-0002-0370-2505>, nira69@mail.ru

Abstract

Background. The relevance of this study is associated with the wide prevalence of anxiety and depressive disorders, their variability and diversity of comorbidity, including sexual disorders in the form of orgasmic dysfunctions in women and men. The article presents data on the formation of orgasmic dysfunctions in patients with mental disorders, the mutual influence of mental and sexual pathologies, the similarities and differences of orgasmic disorders in men and women, their clinical and therapeutic aspects.

Materials and methods. We examined 122 patients (64 women and 58 men) aged 18 to 45 years who sought sexological help. The main research methods were clinical-psychopathological and clinical-sexological using as additional tools: the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), the Weitel Scale, which allows to determine hypochondriacal traits, the Asthenic State Scale – SHAS and Visual Analogue Scale to measure the subjective perception of orgasmic intensity – The orgasmometer – male and female versions. To compare the characteristic clinical and psychopathological features of orgasmic dysfunctions in women and men with anxiety-depressive spectrum disorders, in accordance with the ICD-10 diagnostic criteria, patients were divided into two groups. The first group consists of patients with neurotic, stress-related and somatoform disorders (F4), and the second with affective mood disorders (F3).

Results. During the study, it was possible to identify the main factors that are a possible predisposition of orgasmic disorders (weak type of sexual constitution, accentuation of character, disturbances in the formation of libido in the form of a delay in the platonic and erotic phases, episodes of generalized anxiety or persistent (at least 3 months) decreased mood with anhedonia and asthenia). The first study group (F4) included patients suffering from neurasthenia, dissociative and somatization disorders in women, and patients with neurasthenia, hypochondriacal and somatization disorders in men. The second group (F3) was homogeneous in mental pathology and was represented by dysthymia. In the structure of anxiety-depressive spectrum disorders in these patients, the features of the formation and clinical course of orgasmic dysfunctions, diagnosis using additional tools in the form of specialized scales were considered, and general principles of therapy were proposed.

Conclusion. The presented clinical and psychopathological features of orgasmic dysfunctions make it possible to identify the connection not only with the phenomenon of orgasm, but also with all components of the copulative cycle with affective and other psychopathological symptoms, which allows us to trace the mechanisms of their formation, improve the diagnosis and determination of the prognosis of these disorders, and choose the tactics of treatment and rehabilitation measures, allowing to increase the effectiveness of therapy for orgasmic disorders.

Keywords: orgasmic dysfunctions, anxiety-depressive spectrum disorders, clinic, diagnosis, therapy

For citation: Yagubov M. I., Kan I. Yu., Ayriyants I. R. Clinical, diagnostic features and treatment of orgasmic dysfunctions in anxiety-depressive spectrum disorders. Lechaschi Vrach. 2024; 7 (27): 54–62. (In Russ.) <https://doi.org/10.51793/OS.2024.27.7.008>

Conflict of interests. Not declared.

Диагностическая квалификация тревожных и депрессивных расстройств (ТДР), являющихся самыми распространенными пограничными психиатрическими состояниями в популяции [1], представляет сложность в связи с их вариабельностью. Многообразие факторов риска коморбидности ТДР, включающих помимо всего прочего сексуальные нарушения, сочетание в этих случаях различных симптомов, в том числе связанных со стрессом, обуславливает комплексный характер проявлений заболевания с возможной вовлеченностью вегетативной, эндокринной и других систем организма. Такая многокомпонентная, неоднородная, сочетан-

ная схема коморбидной психической, сексуальной, соматической и другой патологии в структуре изучаемых расстройств вызывает очевидные трудности в их дифференциальной диагностике. Клинико-психопатологический анализ расстройств тревожно-депрессивного спектра, протекающих с преобладанием сексуальных дисфункций, показывает, что важное диагностическое значение имеет динамическое наблюдение взаимного влияния психических и сексуальных нарушений.

Распространенность тревожных расстройств при расчете на 12 мес наблюдения составляет 8,3%, при этом при расчете пожизненной вероятности риск формирования тревожного

расстройства составит 14,3% [1, 2]. По оценкам [3], 4,05% населения земного шара страдает тревожными расстройствами, что составляет 301 миллион человек. Их число увеличилось более чем на 55% с 1990 по 2019 год. По данным отечественных специалистов [4], в среднем общая распространенность повышенного уровня тревоги и депрессии в России составляет 46,3% и 25,6% соответственно. При распределении по полу серьезные депрессивные расстройства развиваются у женщин примерно в два раза чаще, чем у мужчин, причем пик заболеваемости приходится на репродуктивный период. Риск перенести заболевание на протяжении жизни составляет у женщин 20-25%, у мужчин — 7-12% [5].

Сексуальные дисфункции тесно связаны с тревогой, снижением настроения, отсутствием удовольствия, тоской, апатией. В общей популяции распространенность сексуальных нарушений в США составляет 43% среди женщин и 31% среди мужчин [6, 7]. Согласно эпидемиологическому обзору, проведенному в Азии, 37% мужчин и 45% женщин в Китае страдают хотя бы одним вариантом сексуального расстройства [7]. По мнению некоторых ученых, прослеживается частично генетически обусловленная этиологическая связь между чувствительностью к тревоге, сексуальным расстройством и женской сексуальной дисфункцией [8]. Хотя эти данные и умалчивают о характере причинно-следственной связи, предполагается роль плейотропных генетических факторов, влияющих на чувствительность к тревоге и женские сексуальные расстройства. Также подчеркивается необходимость уточнения включения дистресса в классификацию нарушений сексуального функционирования женщин. Хотя существуют некоторые региональные различия в зарегистрированной распространенности сексуальных дисфункций, большая часть литературы показывает более высокую их распространенность у женщин, чем у мужчин [7, 9, 10].

По имеющимся данным [11] наиболее распространенными сексуальными нарушениями у мужчин являются эректильная дисфункция и преждевременное семяизвержение, а у женщин — нарушение сексуального желания и возбуждения, но указанные расстройства оказывают непосредственное влияние и на возникновение оргазмических дисфункций. Сведения о распространенности оргазмических расстройств существенно отличаются у разных авторов [12, 13]. По мнению [14], 44% из 2000 женщин, опрошенных автором в Германии, не испытывали оргазм или делали это крайне редко. Некоторые авторы [15] сообщают, что оргазмические расстройства возникают только у 1-3% мужского населения. По данным NHSL [15], в некоторых ситуациях по крайней мере от 5% до 14% мужчин испытывают трудности в достижении оргазма. Распространенность сексуальных дисфункций у пациентов с депрессивным расстройством колеблется в пределах от 46,66% до 90% [16-18], что намного выше, чем в общей популяции, причем сексуальная дисфункция может оказывать большое влияние на качество жизни и прогноз.

Либи́до и оргазм представляют собой общие у мужчин и женщин важнейшие феноменологические проявления сексуальности. В научной литературе в основном описываются характеристики оргазма по силе, насыщенности, яркости. Значительно меньше работ, отражающих особенности формирования оргазмических расстройств, их связь со стрессом и расстройствами тревожно-депрессивного спек-

тра. Недостаточно исследованы взаимное влияние физиологических и психических компонентов оргазма, сходство и различия оргазмических нарушений у мужчин и женщин, их клинические и терапевтические особенности [19].

Целью настоящего исследования было изучение особенностей формирования, клиники, диагностики и общих принципов терапии оргазмических дисфункций у женщин и мужчин при расстройствах тревожно-депрессивного спектра.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось в 2021-2024 гг. на базе МНИИП — филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России в отделении сексологии. Данное исследование прошло согласование и одобрение на заседании клинической секции этического комитета при ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России (протокол № 33/2 от 29 марта 2021 г.).

Обследована группа из 122 пациентов (64 женщины и 58 мужчин) в возрасте от 18 до 45 лет, обратившихся за сексологической помощью.

При анализе партнерской ситуации пациенток выяснилось, что 70% из них имеют постоянного сексуального партнера (48% находятся в браке), 19% вступают в эпизодические сексуальные отношения. 45% пациенток, состоящих в постоянных отношениях/браке, сообщали о неудовлетворенности отношениями, главным образом из-за нарушения психологического климата в семье и частых конфликтов с партнером, в том числе на сексуальной почве.

Среди мужчин преобладали состоящие в браке и имеющие постоянного партнера (74%), 28% из них указывали на неудовлетворенность отношениями.

От каждого пациента было получено информированное согласие. Признаком, по которому участники включались в изучаемую группу, являлось нарушение или отсутствие оргастических ощущений во время полового акта или при замещающих формах половой активности (мастурбации, глубоком петтинге и других).

Основными методами исследования являлись клинико-психопатологический и клинико-сексологический с использованием в качестве дополнительных инструментов Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), шкалы Вайтеля, позволяющей определить ипохондрические черты, Шкалы астенического состояния (ШАС) и Визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) для измерения субъективного восприятия интенсивности оргазма (Visual Analogue Scale to measure the subjective perception of orgasmic intensity, The Orgasmometer) — «Оргазмометра» в мужской и женской версиях (рис. 1, А и Б).

За основу при построении шкалы «Оргазмометр», применявшейся изначально только для определения интенсивности оргазма у женщин (версия «Orgasmometr F»), авторы брали ВАШ. Используя ее для оценки интенсивности оргазма, пациент может гради́ровать интенсивность оргастических ощущений. Нами также добавлена в имеющуюся шкалу градация оргазма в зависимости от его типа (мастурбаторный, коитальный и пр.) и локализации, если исследуемая — женщина (клиторальный, вагинальный, смешанный) [20]. Шкала позволяет объективно и наглядно оценить разницу в оргастических ощущениях до начала аффективных нарушений, на их фоне, при психофармакотерапии психического и сексуального



нарушения, а также катamnестически — после завершения терапии, в том числе для выяснения стойкости ее эффекта. Шкалу «Оргазмометр» можно использовать и в психотерапевтических целях для разъяснения пациентам возможных колебаний интенсивности оргазма и его субъективной оценки в зависимости от степени тревоги и интенсивности депрессивных переживаний. Валидизация шкалы «Оргазмометр» проведена авторами [21, 22] ее полезность, в качестве прикладного оценочного инструмента доказана равно как для женщин [21], так и для мужчин [22], страдающих сексуальными дисфункциями.

Для сравнения характерных клинко-психопатологических особенностей оргазмических дисфункций у женщин и мужчин при расстройствах тревожно-депрессивного спектра в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10 [23] участники исследования были распределены на две группы.

Первую группу составили 69 пациентов (57%), из них 33 (48%) женщины и 36 (52%) мужчин, у которых оргазмические дисфункции возникали при невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройствах (F4):

1) у женщин:

- при неврастении — 17%;
- диссоциативных расстройствах — 22%;
- соматизированных расстройствах — 9%;

2) у мужчин:

- при неврастении — 16%;
- соматизированных расстройствах — 19%;
- ипохондрических расстройствах — 17%.

Во вторую группу вошли 53 пациента (43%), из них 31 (58%) женского и 22 (42%) мужского пола, у которых оргазмические дисфункции наблюдались на фоне аффективного расстройства настроения (F3) — дистимии.

В исследование не включались пациенты с выраженной соматической и неврологической патологией (острые или тяжелые хронические соматические и инфекционные заболевания в стадии декомпенсации, нейроинфекции, эпилепсия, органическое поражение центральной нервной системы

любой этиологии), психотическими симптомами, умственной отсталостью и нарушениями психологического развития, шизофренией, шизотипическими и бредовыми, психическими и поведенческими расстройствами, связанными с употреблением психоактивных веществ.

Для статистической обработки данных использовались вычисление коэффициента корреляции Пирсона [24] и методика парного t-критерия Стьюдента [25].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В ходе исследования были рассмотрены:

- особенности формирования и клинического течения оргазмических дисфункций у женщин и мужчин в структуре расстройств тревожно-депрессивного спектра;
- диагностика с использованием дополнительных инструментов — Госпитальной шкалы тревоги и депрессии, шкалы Вайтеля, позволяющей определить ипохондрические черты, ШАС и ВАШ для измерения субъективного восприятия интенсивности оргазма «Оргазмометр».

Предложены общие принципы терапии.

Удалось выделить четыре основных фактора, характерных для всех групп пациенток, являющихся возможной предиспозицией оргазмических расстройств.

Первым фактором стал тип половой конституции у обследуемых. Слабая половая конституция определялась у 87,5% участниц, что статистически значимо ($p \leq 0,001$) превышает число пациенток со средней и сильной половой конституцией (12,5%).

Вторым фактором является обнаруженное у 66% пациенток нарушение формирования либидо в виде задержки на платонической (12,5%) и эротической фазе (53%), что статистически значимо ($p \leq 0,01$) превышает число пациенток с гармоничным развитием (34%).

Третий фактор определяется тем, что у 62,5% пациенток в анамнезе присутствовали эпизоды генерализованной тревоги или стойкого (не менее трех месяцев) снижения настроения с ангедонией и астенизацией, что статистически значимо ($p \leq 0,01$) превышает количество пациенток, у которых отсутствовали подобные нарушения. Наличие аффективной симптоматики у женщин подтверждалось при помощи госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS — средние показатели для пациенток первой группы составили $12,5 \pm 1,2$ по шкале тревоги и $6,4 \pm 1,9$ балла по шкале депрессии; второй группы — $8,7 \pm 2,01$ и $15,8 \pm 1,8$ соответственно. Средний балл по ШАС у пациенток первой группы — $54,4 \pm 2,4$ балла, второй группы — $89,6 \pm 1,3$ балла. При использовании шкалы Вайтеля были выявлены признаки ипохондрии у 21% пациенток первой группы и 43% — второй группы.

Четвертым фактором являются выявленные у пациенток акцентуации характера: по психастеническому (64%), диссоциативному (22%) и шизоидному (14%) типу — $p \leq 0,01$.

У мужчин возможной фоновой предиспозицией оргазмических расстройств могли служить три фактора. Первым явилось, как и среди женщин, преобладание ($p \leq 0,001$) у пациентов слабой половой конституции (84%) по сравнению со средней и сильной половой конституцией (16%); вторым — длительные периоды астенизации (преобладание общего чувства напряженности на фоне переутомления, слабости, плохого сна) — 67%, $p \leq 0,001$, непосредственно предшествующие возникновению оргазмического расстройства; третьим — акцентуации характера

по психастеническому (60%), тревожному (28%) и шизоидному (12%) типу, $p \leq 0,01$.

В первой группе женщин с невротическими, стресс-ассоциированными и соматоформными расстройствами у страдающих неврастениями выявлялась хроническая астенизация в послеродовом периоде с нарушением режима сна/отдыха в течение 6–15 месяцев, субъективным чувством постоянной усталости, снижением энергетического потенциала, высокой раздражительностью и/или агрессивностью по отношению к мужу и ребенку. Для таких женщин были характерны идея самообвинения, мысли о собственной несостоятельности в роли матери и жены и ощущения беспомощности и одиночества перед лицом возросших требований в новых жизненных обстоятельствах. К психотравмирующим факторам у них также можно отнести травматизацию половых органов в родах с последующим реабилитационным периодом с ограничениями сексуальной активности. После полного восстановления оставалась настороженность при попытке нормализовать сексуальную жизнь. Пациентки отмечали снижение сексуального влечения, гениталгии, нарушения генитальной реакции и коитальную аноргазмию.

У пациенток с диссоциативным невротическим расстройством наблюдалось ухудшение сексуальной функции на фоне происходящих в паре конфликтов — измен партнера и ссор, поводом к которым служили ухудшение финансового состояния, несогласие в вопросах воспитания детей или отношений с родителями и пр. Коитальная аноргазмия, гениталгии и нарушения либидо были вторичными, парциальными, при сохраняющемся аутоэротизме и достаточном уровне интереса к сексуальной сфере в целом.

Пациентки с соматизированными расстройствами наиболее часто предъявляли жалобы на диспареунию, тазовую боль в сочетании с миалгиями, головной болью в виде мигреней. При этом болезненные проявления могли быть как непосредственно связаны с сексуальной активностью, так и продолжаться в течение нескольких часов и даже суток после контакта.

В целом для пациенток первой группы были характерны болезненные ощущения при имиссии, связанные с недостаточной смазкой, отсутствием или снижением генитальной реакции вследствие ослабления сексуального влечения, а также возникающие при давлении на передний и задний своды шейки матки во время фрикций, при отсутствии воспалительных заболеваний органов малого таза (аднекситов, спаечного процесса разного генеза и др.). В тех же случаях, когда у пациентки имелся хронический воспалительный процесс в органах малого таза, тяжесть проявлений не соответствовала картине заболевания, что подтверждалось данными объективных исследований — ультразвукового (УЗИ), лапароскопии, лабораторных методов.

В первой группе мужчин при неврастении оргазмические дисфункции в основном были представлены снижением яркости оргастических ощущений на фоне состояния постоянного переутомления с жалобами на вялость, слабость, плохой сон. Отмечались только сочетанные, возникающие вместе с другими сексуальными нарушениями, оргазмические дисфункции на фоне расстройств полового влечения, проявлявшиеся снижением частоты интимных контактов, на которые «не остается сил». Основной жалобой мужчин с соматизированными расстройствами наряду с оргазмическими и нарушениями либидо были боли различной локализации. Боли эти носили характер

психалгий: их появление и выраженность зависели от психического состояния. Они были непродолжительны, изменчивы, меняли локализацию и сочетались с вегетативными и псевдоневрологическими проявлениями. Кроме того, в клинической картине прослеживались нерезко выраженные тревожные и депрессивные проявления. Важное место в клинической картине соматизированных расстройств у пациентов занимали коиталгии — болезненные ощущения во время полового акта. При этом основные стратегии сексуального поведения у большинства пациентов с соматизированным расстройством носили дезадаптивный характер. Отмечались снижение условного физиологического ритма или отказ от сексуальных отношений.

Сексуальные дисфункции проявлялись болевыми ощущениями во время полового акта, сопровождающимися бледностью оргастических ощущений и нарушением эрекции на фоне снижения либидо. Патологическая фиксация и тревожное ожидание возможного возникновения этих неприятных ощущений приводили к снижению настроения и сопровождалась вегетативной симптоматикой. Причиной возникновения невротических ипохондрических расстройств с сексуально-тематическим оформлением становились факторы, имеющие психогенную связь с половой сферой. В структуре сексуальной патологии преобладали сочетанные оргазмические дисфункции. Чтобы получить подтверждение своей уверенности в наличии у них заболевания, пациенты постоянно следили за сексуальными проявлениями, что приводило к дезавтоматизации сексуальных реакций. Половые дисфункции в начале проявлялись неустойчивой эрекцией, затем снижением полового влечения и остроты оргастических ощущений вплоть до невозможности достижения оргазма.

При анализе данных, используемых нами в исследовании шкал, у 78% пациентов женского и 8% — мужского пола при невротических, связанных со стрессом, и соматоформных расстройствах обнаружилась значимая корреляция ($r = -0,22$; $p \leq 0,05$) между средними и высокими показателями тревоги и депрессии по HADS, признаками ипохондрии по шкале Вайтеля ($r = -0,53$; $p \leq 0,01$) и низкими баллами по шкале «Оргазмометр» при оценке коитального оргазма (средний балл — $4,4 \pm 1,2$). При изучении результатов заполнения пациентами первой группы (мужского и женского пола) шкалы «Оргазмометр» выявлялся более высокий процент достижения оргазма при мастурбации у 73% женщин и у 83% мужчин по сравнению с коитусом (у 27% женщин и у 17% мужчин). Интенсивность оргазма при мастурбации также была выше у обоих полов: средний балл — $5,2 \pm 2,2$ против $4,4 \pm 1,8$ при парной сексуальной активности. При этом у женщин разница в интенсивности оргазмов этих двух видов больше — в среднем $2,1 \pm 0,9$ балла против $0,5 \pm 0,3$ балла у мужчин.

Во второй группе с дистимией на фоне длительно существующего стойкого снижения общего фона настроения с нарушениями сна, ослаблением когнитивных возможностей, проявляющемся в учебе или работе, сужением социальной активности пациентки отмечали, что за последний год значительно сократили число посещений культурно-массовых мероприятий, встреч с друзьями и родственниками, также наблюдалось выраженное снижение самооценки, в том числе проявлявшееся негативным отношением к образу собственного тела, восприятием себя сексуально непривлекательной. У некоторых пациенток отмечался значительный

набор веса (более 10 кг за год), что вызывало дополнительные переживания из-за потери внешней привлекательности, скованность при парной сексуальной активности или ее избегание. Среди стрессовых факторов, называвшихся пациентами в качестве пускового механизма развития стойкого депрессивного расстройства, значительную долю составляют измена партнера, резкое ухудшение материального положения семьи, болезнь или смерть близких. Расстройство оргазма в этой группе возникало на фоне аффективных нарушений и выражалось во вторичной гипо- или алибидемии с уклонением от сексуальных контактов, значимым снижением или отсутствием эротического фантазирования и мастурбации. Пациентки отмечали страх отсутствия ответной реакции на ласки партнера и невозможность отключиться от навязчивых размышлений негативного характера во время близости, что могло привести к отсутствию роста возбуждения и оргазма. Эти переживания запускали порочный круг «тревога – дисфункция – фиксация».

Характерные для депрессии проявления ангедонии, помимо чувства «безрадостности», пугающего «бесчувствия» по отношению к партнеру, детям, успехам или грустным событиям жизни, имели отношение и к чувству воллуста и оргазма. Женщины данной группы обесценивали эти ощущения, говоря, что «стали неспособны ими наслаждаться». В течение 3-6 месяцев от начала аффективного расстройства формировалось стойкое избегание сексуальных контактов и присоединялись гениталгии различной степени выраженности. Оргазмические дисфункции в данной группе проявлялись равномерным снижением интенсивности оргазма как при мастурбации, так и при парной сексуальной активности.

У мужчин, составивших вторую группу, которые страдают дистимией, сексуальные нарушения в виде уменьшения яркости оргастических ощущений, отсутствия удовлетворенности после оргазма возникали на фоне длительных периодов сниженного настроения и усталости, раздражительности, угнетенности, ангедонии и ощущения физического нездоровья. Даже периоды относительного улучшения настроения, длящиеся иногда несколько недель, не приводили к восстановлению сексуальной функции. Среди оргазмических дисфункций у всех отмечались сочетанные со снижением полового влечения, недостаточностью адекватных эрекций. У больных с аффективными расстройствами нарушение оргазма зависело от степени выраженности депрессивной симптоматики.

Данные, полученные при использовании диагностических шкал во второй группе у пациентов обоего пола, отражают корреляцию с признаками ипохондрии по шкале Вайтеля ($r = -0,16$; $p \leq 0,05$), умеренной/выраженной астении по ШАС ($r = -0,35$; $p \leq 0,01$) и низкими баллами по шкале «Оргазмометр» при оценке как коитального, так и мастурбаторного оргазма (средний балл – $3,6 \pm 1,1$).

При сравнении показателей двух исследуемых групп, характеризующих интенсивность оргастических ощущений при разных формах сексуальной активности в рамках различных вариантов психической патологии, для оценки значимости различий между ними был использован критерий хи-квадрат Пирсона [26].

В табл. 1 представлены статистические характеристики взаимосвязи проявлений тревоги и депрессии по шкалам HADS, астении – по ШАС, ипохондрических проявлений –

Таблица 1. **Взаимосвязь проявлений тревоги/депрессии, астении и ипохондрических проявлений по шкалам HADS, ШАС, Вайтеля и интенсивности оргазма у пациентов первой группы [таблица составлена авторами] /**
The relationship of anxiety/depression, asthenia and hypochondriac manifestations according I scales and the intensity of orgasm in patients from 1 group [table compiled by the authors]

Пол	Тип оргазма	HADS	ШАС	Шкала Вайтеля
Мужчины	Оргазм при мастурбации	$r = 0,14$	$r = 0,07$	$r = -0,53^{**}$
	Оргазм коитальный	$r = -0,13$	$r = 0,14$	$r = -0,29^*$
Женщины	Оргазм при мастурбации	$r = -0,17$	$r = 0,46$	$r = -0,13$
	Оргазм коитальный	$r = -0,22^*$	$r = 0,28$	$r = -0,11$

Примечание. * $p \leq 0,05$, ** $p \leq 0,01$.

Таблица 2. **Взаимосвязь проявлений тревоги/депрессии, астении и ипохондрических проявлений по шкалам HADS, ШАС, Вайтеля и интенсивности оргазма у пациентов второй группы [таблица составлена авторами] /**
The relationship of anxiety/depression, asthenia and hypochondriac manifestations according I scales and the intensity of orgasm in patients from 2 group [table compiled by the authors]

Пол	Тип оргазма	HADS	ШАС	Шкала Вайтеля
Мужчины	Оргазм при мастурбации	$r = -0,03$	$r = -0,20^*$	$r = 0,15$
	Оргазм коитальный	$r = 0,02$	$r = 0,14$	$r = 0,27$
Женщины	Оргазм при мастурбации	$r = -0,10$	$r = -0,35^*$	$r = -0,16$
	Оргазм коитальный	$r = 0,24$	$r = 0,26$	$r = -0,06$

Примечание. * $p \leq 0,05$.

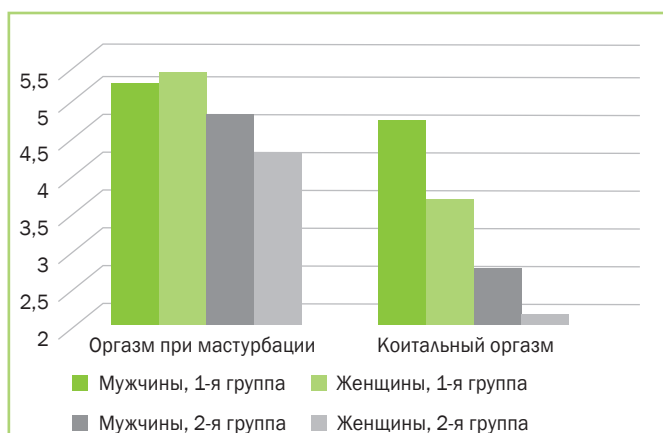


Рис. 2. **Субъективное восприятие интенсивности оргазма у пациентов разных групп [составлено авторами] /**
Subjective perception of orgasm intensity in patients from different groups [compiled by the authors]

по шкале Вайтеля и интенсивности оргазма у пациентов с невротическим расстройством.

Как видно из представленных данных, выявляется выраженная обратная связь между проявлениями ипохондрии и субъективным восприятием интенсивности оргазма у мужчин с невротическим расстройством, в особенности при мастурбаторном оргазме. Обнаруживается также обратная связь между показателями тревоги и депрессии и коитальным оргазмом у женщин 1-й группы, страдающих невротическими расстройствами.

В табл. 2 представлены статистические характеристики взаимосвязи проявлений тревоги и депрессии по шкалам HADS, астении по ШАС, ипохондрических проявлений по шкале Вайтеля и интенсивности оргазма у пациентов с аффективными расстройствами.

В табл. 2 отражена обратная связь между астеническими проявлениями и интенсивностью мастурбаторного оргазма у мужчин и женщин из второй группы, страдающих дистимией.

При сравнении показателей в двух группах, во второй сильнее выражено поражение сексуальной функции в виде большей трудности достижения оргазма, в этой же группе обнаруживается более значительная разница между интенсивностью мастурбаторного и коитального оргазмов среди обоих полов, при этом в первой группе обращает на себя внимание значимое различие в субъективном восприятии интенсивности оргазма при мастурбации и коитусе.

Рис. 2 отражает интенсивность оргастических ощущений в зависимости от психической патологии и пола пациента. Как из него следует, субъективное восприятие удовольствия находится на низком уровне независимо от формы сексуальной активности (как при мастурбации, так и при половом акте), однако в наибольшей степени страдают субъективное восприятие яркости оргазма у женщин второй группы (оба его типа) и коитальный оргазм у мужчин второй группы, что выявляется при использовании в обеих группах шкалы «Оргазмометр».

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ

Терапевтическая тактика строится с учетом определяющей роли психической патологии и выявленных в ходе исследования факторов, участвующих в их формировании. На первом этапе терапии основной акцент делается на медикаментозное лечение и психотерапию. Последовательность и объем терапевтических мероприятий зависят от характера психической патологии. При выборе психотропных средств в первую очередь учитывают клинические проявления психических расстройств. Для предупреждения отрицательного их действия на половую функцию препараты назначаются в малых и средних терапевтических дозах, при этом предпочтение отдается таким, которые минимально или практически не влияют на сексуальную активность. Поскольку в возникновении оргастических нарушений у описываемых пациентов главную роль играют аффективные расстройства, препаратами выбора являются антидепрессанты, которые назначаются в зависимости от психопатологической структуры психических расстройств.

В первой группе лечение начинают с психотерапии, а при устойчивости психопатологической симптоматики назначают лекарственные препараты, в том числе психотропные, выбор которых определяется выраженностью и особенностями невротической симптоматики. При неврастении пред-

лагается комплексное лечение, сочетающее в себе психотерапию и фармакотерапию. Пациенту разъясняют механизм его заболевания, важно помочь ему изменить отношение к происходящим неблагоприятным ситуациям, наработать новые способы реагирования, изменить образ жизни в той части, которая способствует формированию болезни.

Медикаментозная терапия заключается в назначении в зависимости от симптомов препаратов нейрометаболического действия, которые осуществляют целенаправленный фармакологический эффект на когнитивные функции и проявления психического и неврологического дефицита за счет активирующего специфического влияния на высшие интегративные функции мозга (гопантеновая кислота, идебенон, холина альфосцерат, цитиколин), ангиопротекторы, антиоксиданты, адаптогены, витамины в небольших дозах.

Помимо лекарственных препаратов важно убедить пациентов соблюдать режим труда и отдыха, вести здоровый образ жизни. Рекомендовано по возможности санаторно-курортное лечение. При неврастении, соматизированных, диссоциативных и ипохондрических расстройствах препаратами выбора являются антидепрессанты (тразодон, мirtазапин) в зависимости от ведущего аффекта, при необходимости в сочетании с антипсихотиками (кветиапин, арипипразол).

Антипсихотики назначаются в малых дозах. При их назначении учитывается как их активизирующее действие, так и эффективность при патологических ощущениях.

Во второй группе пациентам с дистимией также по возможности назначаются антидепрессанты, не влияющие негативно на сексуальную функцию: тразодон, мirtазапин, вортиоксетин, агомелатин, флувоксамин и эсциталопрам.

Психотерапевтическая работа в обеих группах продолжается на всех этапах лечебно-реабилитационных мероприятий и основывается на различных методах воздействия (рациональной психотерапии с элементами когнитивной и поведенческой релаксационной и суггестивной терапии). Особое внимание уделяется межличностным конфликтам между партнерами, предшествующим во многих случаях развитию сексуальных дисфункций или развивающимся вслед за возникшими сексуальными проблемами. Определяются основные поведенческие паттерны, приводящие к усилению негативных тенденций во взаимоотношениях партнеров. Оказывается помощь в выработке и закреплении на практике более продуктивных форм общения друг с другом; повышении уровня коммуникации партнеров, налаживании взаимоотношения с детьми, что способствует их переходу от конфронтации к сотрудничеству, а также росту взаимопонимания и доверия, открытости в выражении собственных чувств и желаний по отношению друг к другу и внутри семьи.

У пациентов с гениталгиями применяется тактика десенсибилизации, при наличии нарушений либидо — парная и индивидуальная секс-терапия, направленная на повышение интереса к сексуальной сфере, снижение напряженности и тревоги по поводу предстоящей близости. Осуществление параллельно с индивидуальной психотерапией работы с парой создает очевидные предпосылки для более гармоничного сексуального взаимодействия партнеров. На фоне проводимой комплексной терапии (психотерапии и психофармакотерапии) повышается яркость оргастических ощущений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В процессе проведенного исследования проанализированы особенности формирования, клинической картины и диагностики оргазмических дисфункций при двух вариантах психической патологии, в соответствии с МКБ-10 относящихся к рубрикам невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств, а также аффективных расстройств настроения.

Часть основных факторов, являющихся возможной предиспозицией оргазмических расстройств, оказалась похожа для представителей обоих полов. Выделены такие общие факторы, как преобладание слабой половой конституции, акцентуации характера по психастеническому и шизоидному типу как у мужчин, так и у женщин. У женщин, в отличие от мужчин, в качестве предиспозиции отмечаются нарушения формирования либидо в виде задержек на платонической и эротической фазах, присутствие в анамнезе эпизодов генерализованной тревоги или стойкого снижения настроения, а специфическими для мужчин признаны периоды астенизации, непосредственно предшествующие развитию оргазмических расстройств.

На основании изучения представленного клинического материала в исследуемой группе обнаружилось, что, хотя как среди женщин, так и среди мужчин преобладали состоящие в браке и имеющие постоянного партнера, отношения в основном носили дисгармоничный характер.

При анализе данных шкал, использованных в исследовании пациентов женского и мужского пола, в первой группе было обнаружено характерное для представителей обоих полов последовательное снижение либидо и оргастичности на фоне развития психического заболевания. На фоне расстройств тревожно-депрессивного спектра при распределении по форме сексуальной активности чаще и интенсивнее достигался оргазм при мастурбации, чем при половом акте, что было характерно как для мужчин, так и для женщин. При распределении по полу эта закономерность проявлялась более высоким в количественном и процентном отношении показателем для мужчин по достижению оргазма при мастурбации, а не при коитусе, но при этом интенсивность оргастических ощущений у женщин оказалась ярче. Терапевтическая коррекция в первой группе отличалась сочетанием антидепрессантов с антипсихотиками, эффективными при патологических ощущениях, с активизирующим действием, применяемыми в малых дозах.

Во второй группе как у женщин, так и у мужчин клинические особенности оргазмических дисфункций сопряжены с аффективными расстройствами в виде дистимии и представлены нарушениями оргазма с уменьшением интенсивности оргастических ощущений на фоне сниженного полового влечения и астенизации. В этой группе обращает на себя внимание последовательное сочетание возникновения и усугубления клинических проявлений оргазмических дисфункций со снижением полового влечения и выраженностью депрессивной симптоматики. Лечебные мероприятия заключались в назначении антидепрессантов сбалансированного или стимулирующего действия в зависимости от ведущего аффекта.

Психотерапевтическая коррекция проводилась в обеих группах на всех этапах лечебно-реабилитационных мероприятий.

При сравнении показателей в двух группах большее поражение сексуальной функции в виде нарушений либидо и оргазма отмечается во второй, а в первой группе значимо

больше разница в субъективном восприятии интенсивности оргазма при мастурбации и коитусе.

Представленные клинико-психопатологические особенности оргазмических дисфункций дают возможность выявить взаимосвязь не только феномена оргазма, но и всех составляющих копулятивного цикла с аффективной и другой психопатологической симптоматикой, что позволяет проследить формирование патогенетических механизмов, совершенствовать диагностику и определение прогноза данных нарушений, выбрать тактику лечебно-реабилитационных мероприятий, позволяющих повысить эффективность терапии оргастических нарушений. **ЛВ**

Статья выполнена в рамках Государственного задания ФГБУ «НМИЦ ПН имени В. П. Сербского» Минздрава России № НИОКТР. 1240208000061-8 «Разработка диагностического модуля расстройств тревожно-депрессивного спектра у пациентов с хронической патологией».

The study was performed within the framework of the State assignment of the Federal State Institution Serbsky State Scientific Center for Social and Forensic Psychiatry of the Ministry of Health of Russia, R&D № 1240208000061-8 "Development of a diagnostic module of anxiety-depressive spectrum disorders in patients with chronic pathology".

Вклад авторов:

Концепция и дизайн исследования — Ягубов М. И., Кан И. Ю., Айриянц И. Р.

Сбор и обработка материала — Ягубов М. И., Кан И. Ю., Айриянц И. Р.
Статистическая обработка данных — Ягубов М. И., Кан И. Ю., Айриянц И. Р.

Написание текста — Ягубов М. И., Кан И. Ю., Айриянц И. Р.

Редактирование — Ягубов М. И.

Contribution of authors:

Concept and design of the study — Yagubov M. I., Kan I. Yu, Ayriyants I. R.
Collection and processing of material — Yagubov M. I., Kan I. Yu, Ayriyants I. R.

Statistical data processing — Yagubov M. I., Kan I. Yu, Ayriyants I. R.

Text writing — Yagubov M. I., Kan I. Yu, Ayriyants I. R.

Editing — Yagubov M. I.

Литература/References

1. Москаленко О. Л., Смирнова О. В. и др. Тревожно-депрессивные расстройства у пациентов с метаболическим синдромом. Russian Journal of Education and Psychology. 2021; 12 (4). <http://rjep.ru> DOI: 10.12731/2658-4034-2021-12-4-118-13710.
2. Moskalenko O. L., Smirnova O. V., et al. Anxiety-depressive disorders in patients with metabolic syndrome. Russian Journal of Education and Psychology. 2021; 12 (4). (In Russ.) <http://rjep.ru> DOI: 10.12731/2658-4034-2021-12-4-118-13710.
3. Baxter A. J., Scott K. M., Vos T., et al. Global prevalence of anxiety disorders: a systematic review and meta-regression. Psychol Med. 2013; 43 (5): 897-910. DOI:10.1017/s003329171200147x.
4. Javaid S. F., Hashim I. J., Hashim M. J., et al. Epidemiology of anxiety disorders: global burden and sociodemographic association. Middle East Current Psychiatry. 2023; 30 (44). DOI: 10.1186/s43045-023-00315-3.
5. Шальнова С. А., Евстифеева С. Е., Деев А. Д. и др. Распространенность тревоги и депрессии в различных регионах Российской Федерации и ее ассоциации с социально-демографическими факторами. Терапевтический архив. 2014; 86 (12): 53-60. DOI: 10.17116/terarkh2014861253-60.
6. Shalnova S. A., Evstifeeva S. E., Deev A. D., et al. Prevalence of anxiety and depression in different regions of the Russian Federation and its associations with socio-demographic factors. Terapevticheskij arhiv. 2014; 86 (12): 53-60. (In Russ.) DOI: 10.17116/terarkh2014861253-60.

5. Краснов В. Н., Довженко Т. В., Бобров А. Е. Тревожно-депрессивные расстройства у пациентов первичной медицинской сети. Медицинский вестник. 2010; 11 (516).
Krasnov V. N., Dovzhenko T. V., Bobrov A. E. Anxiety-depressive disorders in patients of the primary medical network. *Medicinskij vestnik*. 2010; 11 (516). (In Russ.)
6. Liu X., Feng Z., Galling B., et al. Gender specific sexual dysfunction in patients with depression. *Front. Psychiatry*. 2023; 14: 1194228. DOI: 10.3389/fpsyt.2023.1194228.
7. Lewis R. W. Epidemiology of sexual dysfunction in Asia compared to the rest of the world. *Asian J Androl*. 2011; 13: 152-158. DOI: 10.1038/aja.2010.108.
8. Burri A., Spector T., Rahman O. Genetic and environmental risk factors for sexual distress and its association with female sexual dysfunction. *Psychol Med*. 2011; 41 (11): 2435-2445. DOI: 10.1017/S0033291711000493.
9. Lau J. T., Kim J. H., Tsui H. Y. Prevalence of male and female sexual problems, perceptions related to sex and association with quality of life in a Chinese population: a population-based study. *Int J Impot Res*. 2005; 17: 494-505. DOI: 10.1038/sj.ijir.3901342.
10. McCabe M. P., Sharlip J. D., Lewis R., et al. Incidence and prevalence of sexual dysfunction in women and men: a consensus statement from the fourth international consultation on sexual medicine 2015. *J Sex Med*. 2016; 13: 144-152. DOI: 10.1016/j.jsxm.2015.12.034.
11. Ягубов М. И., Кан И. Ю. Феноменология оргазмической дисфункции у мужчин. *Лечащий Врач*. 2018; 6: 80-84.
12. Айриянци И. Р., Ягубов М. И. Латентные тенденции сексуального влечения у женщин как причина коитальной аноргазмии. *Лечащий Врач*. 2018; 10: 56-62.
Ayriyants I. R., Yagubov M. I. Latent tendencies of sexual desire in women as a cause of coital anorgasmia. *Lechashij Vrach*. 2018; 10: 56-62. (In Russ.)
13. Schnable S. 100 Fragen zu Sex und Liebe. Frankfurt am Main, 1994.
14. Dekker J. Inhibited male orgasm. In W. O'Donohue and J. Geer (Eds.). *Handbook of sexual dysfunctions*. Boston: Allyn&Bacon, 1993.
15. Lauman E. O., Gagnon J. H., Michael R. T., et al. The social organization of sexuality. Chicago: University of Chicago Press, 1994.
16. Ягубов М. И., Кан И. Ю. Феномен оргазмической ангедонии у мужчин. *Лечащий Врач*. 2019; 8: 42-44. DOI: 10.26295/OS.2019.74.88.006.
Yagubov M. I., Kan I. Yu. The phenomenon of orgasmic anhedonia in men. *Lechashij Vrach*. 2019; 8: 42-44. (In Russ.) DOI: 10.26295/OS.2019.74.88.006.
17. Zhao N., Wang X., Wu W., et al. Gender differences in quality of life and functional disability for depression outpatients with or without residual symptoms after acute phase treatment in China. *J Affect Disord*. 2017; 219: 141-148. DOI: 10.1016/j.jad.2017.05.021.
18. Reddy R. M., Saravanan R. A., Praharaj S. K., et al. Sexual dysfunction in women with depression: a hospital-based cross-sectional comparative study. *Indian J Psychol Med*. 2020; 42: 46-51. DOI: 10.4103/IJPSYM.IJPSYM_321_19.
19. Ягубов М. И., Кибрик Н. Д., Кан И. Ю. Расстройства либидо у мужчин: вопросы терапии. *Андрология и генитальная хирургия*. 2017; 1 (18): 23-27. DOI: 10.17650/2070-9781-2017-18-1-23-27.
Yagubov M. I., Kibrik N. D., Kan I. Yu. DISORDERS OF LIBIDO IN MEN: TREATMENT ISSUES. *Andrologija i genital'naja hirurgija*. 2017;18(1):23-27. (In Russ.) <https://doi.org/10.17650/2070-9781-2017-18-1-23-27>
20. Айриянци И. Р., Ягубов М. И. Особенности сексуальных фантазий и оргастических нарушений у женщин с сексуальными дисфункциями. *Социальная и клиническая психиатрия*. 2023; 33 (3): 44-51.
Ayriyants I. R., Yagubov M. I. Features of sexual fantasies and orgasmic disorders in women with sexual dysfunctions. *Social'naja i klinicheskaja psihiatrija*. 2023; 33 (3): 44-51. (In Russ.)
21. Mollaioli D., Di Sante S., Limoncin E., et al. Validation of a Visual Analogue Scale to measure the subjective perception of orgasmic intensity in females: The Orgasmometer-F. *PLoS ONE*. 2018. *Psychology, Medicine Expand*. PMID: 30157203 PMCID: PMC6114295. DOI: 10.1371/journal.pone.0202076.
22. Limoncin E., Lotti F., Rossi M., et al. The impact of premature ejaculation on the subjective perception of orgasmic intensity: validation and standardization of the «Orgasmometer». *Andrology*. 2016; 4 (5): 921-926. DOI: 10.1111/andr.12220.
23. МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. СПб: «Оверлайд», 1994. С. 189-190.
ICD-10. Classification of mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. SPb: "Overlaid", 1994. P. 189-190. (In Russ.)
24. Вайсштейн Э. У. Статистическая корреляция. Математический мир. Wolfram. 2020.
Weisstein E. W. Statistical correlation. *Mathematical World*. Wolfram. 2020. (In Russ.)
25. Walpole R., Myers R., Myers S. Probability & statistics for engineers & scientists. Pearson Education. ISBN-10: 1292161361.
26. Лемешко Б. Ю., Лемешко С. Б., Постовалов С. Н. и др. Статистический анализ данных, моделирование и исследование вероятностных закономерностей. Компьютерный подход. Новосибирск: Изд-во НГТУ, 2011. 888 с. ISBN 978-5-7782-1590-0.
Lemeshko B. Y., Lemeshko S. B., Postovalov S. N., et al. Statistical data analysis, modeling and research of probabilistic patterns. Computer approach. Novosibirsk: NSTU Publishing House, 2011. 888 P. ISBN 978-5-7782-1590-0. (In Russ.)

Сведения об авторах:

Ягубов Михаил Ибрагимович, д.м.н., руководитель отделения сексологии Московского научно-исследовательского института психиатрии — филиала Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Минздрава России; Россия, 107076, Москва, ул. Потешная, 3, к. 10; yagubov@mail.ru

Кан Игорь Юльевич, к.м.н., старший научный сотрудник отделения сексологии Московского научно-исследовательского института психиатрии — филиала ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Минздрава России; Россия, 107076, Москва, ул. Потешная, 3, к. 10; i.uwanow@yandex.ru

Айриянци Ирина Рудольфовна, к.м.н., научный сотрудник отделения сексологии Московского научно-исследовательского института психиатрии — филиала ГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Минздрава России; Россия, 107076, Москва, ул. Потешная, 3, к. 10; nira69@mail.ru

Information about the authors:

Mihail I. Yagubov, Dr. of Sci. (Med.), Head of the Department of Sexology, Moscow Research Institute of Psychiatry, a branch of the Federal State Budgetary Institution V. P. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health of the Russian Federation; 3 b. 10 Poteshnaya str., Moscow, 107076, Russia; yagubov@mail.ru

Igor Yu. Kan, Cand. of Sci. (Med.), Senior Researcher of the Department of Sexology, Moscow Research Institute of Psychiatry, a branch of the Federal State Budgetary Institution V. P. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health of the Russian Federation; 3 b. 10 Poteshnaya str., Moscow, 107076, Russia; i.uwanow@yandex.ru

Irina R. Ayriyants, Cand. of Sci. (Med.), Researcher of the Department of Sexology, Moscow Research Institute of Psychiatry, a branch of the Federal State Budgetary Institution V. P. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health of the Russian Federation; 3 b. 10 Poteshnaya str., Moscow, 107076, Russia; nira69@mail.ru

Поступила/Received 19.03.2024

Поступила после рецензирования/Revised 23.04.2024

Принята в печать/Accepted 15.05.2024