

Сексуальные дисфункции при тревожных расстройствах

М. И. Ягубов¹

И. Ю. Кан² ✉

Н. В. Добаева³

И. Р. Айриянц⁴

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

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

³ Московский научно-исследовательский институт психиатрии, Москва, Россия, dona19@mail.ru,
<https://orcid.org/0000-0002-1350-2021>

⁴ Московский научно-исследовательский институт психиатрии, Москва, Россия, nira69@mail.ru,
<https://orcid.org/0000-0002-0370-2505>

Резюме

Введение. Являясь одним из широко распространенных психических заболеваний, тревожные расстройства часто сопровождаются сексуальными дисфункциями. Фармакотерапия, применяемая в лечении тревожных расстройств, в свою очередь может приводить к побочным сексуальным нарушениям. О наличии проблем в интимной сфере при обращении за психиатрической помощью сообщает лишь небольшая часть пациентов. Однако несвоевременное выявление сексуальных дисфункций может снижать приверженность терапии и ее эффективность.

Материалы и методы. Статья посвящена обзору, основанному на 21 источнике, в том числе на 9 систематических обзорах и других исследованиях. Поиск данных осуществлялся по названиям, аннотациям и ключевым словам: сексуальная дисфункция, тревожное и стрессовое расстройства (sexual dysfunction, anxiety and stress disorder) в базах данных Elibrary и PubMed.

Результаты. При тревожных расстройствах сексуальные дисфункции наблюдаются как у мужчин, так и у женщин и проявляются нарушениями всех фаз сексуальных реакций. Взаимосвязь сексуальных дисфункций с тревожными расстройствами объясняется тремя моделями. Первая, включающая причинно-следственные связи, предполагает, что корреляция между сексуальной дисфункцией и тревожными расстройствами часто является двунаправленной, причем симптомы сексуального и тревожного расстройства могут проявляться одновременно. Вторая модель предполагает наличие общего основного фактора или скрытой предрасположенности, вызывающих со временем развитие как психических, так и сексуальных расстройств. Третья модель концептуализирует сексуальные дисфункции как нарушения, не связанные с тревожными расстройствами.

Заключение. На основании проведенного исследования авторами рекомендован следующий алгоритм курации пациентов, страдающих тревожными расстройствами и сексуальными нарушениями. На этапе обращения за психиатрической помощью, наряду со стандартными методами диагностики для определения выраженности психической патологии, целесообразно использовать опросники для оценки сексуальной функции. Кроме того, следует учитывать возможное негативное влияние фармакотерапии на сексуальную функцию и оценивать ее на всех этапах лечения для проведения своевременной коррекции. При выявлении сексуальных нарушений у пациентов с тревожными расстройствами с учетом клинической ситуации по возможности назначаются психотропные препараты с минимальным негативным влиянием на сексуальную функцию или без такового. При невозможности применения таких средств после достижения коррекции тревожной симптоматики могут быть снижены дозы используемых психотропных препаратов, рекомендованы перерывы в их приеме, в основном за 1-2 дня до предполагаемого сексуального контакта. При сохранении сексуальных нарушений в схему лечения в качестве антидота добавляется антидепрессант без влияния на сексуальную функцию или препараты для коррекции сексуальных нарушений — ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа. Психотерапевтические мероприятия, включающие секс-терапию, являются неотъемлемой частью лечения сексуальных дисфункций у пациентов с тревожными расстройствами.

Ключевые слова: сексуальные дисфункции, тревожные расстройства, стресс, диагностика, терапия

Для цитирования: Ягубов М. И., Кан И. Ю., Добаева Н. В., Айриянц И. Р. Сексуальные дисфункции при тревожных расстройствах. Лечащий Врач. 2024; 12 (27): 107-116. <https://doi.org/10.51793/OS.2024.27.12.016>

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

Sexual dysfunction in anxiety disorders

Mikhail I. Yagubov¹

Igor Yu. Kan²✉

Naida V. Dobaeva³

Irina R. Ayriyants⁴

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

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

³ Moscow Scientific Research Institution of Psychiatry, Moscow, Russia, dona19@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1350-2021>

⁴ Moscow Scientific Research Institution of Psychiatry, Moscow, Russia, nira69@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0370-2505>

Abstract

Background. Anxiety disorders, being one of the widespread mental illnesses, are often accompanied by sexual dysfunctions. In turn, pharmacotherapy used in the treatment of affective disorders can lead to adverse sexual disorders. Only a small proportion of patients report having problems in the intimate sphere when seeking psychiatric help. However, untimely detection of sexual dysfunctions can reduce adherence and effectiveness of therapy.

Materials and methods. The article is devoted to a review based on 21 sources, of which 9 are systematic reviews, as well as other studies. The data was searched by names, annotations and keywords: sexual dysfunction, anxiety and stress disorder (sexual dysfunction, anxiety and stress disorder) in the databases Elibrary and PubMed.

Results. In anxiety disorders, sexual dysfunctions are observed in both men and women and are manifested by violations of all phases of sexual reactions. The relationship of sexual dysfunction with anxiety disorders is explained by three models: the first, which includes causal relationships, suggests that the correlation between sexual dysfunction and anxiety disorders is often bidirectional, and the symptoms of sexual and anxiety disorders can manifest simultaneously; The second model assumes the presence of a common underlying factor, or hidden predisposition, causing the development of both mental and sexual disorders over time; the third model conceptualizes sexual dysfunctions as disorders unrelated to anxiety disorders.

Conclusion. Based on the conducted research, the authors recommended the following algorithm for the supervision of patients suffering from anxiety disorders and sexual disorders: at the stage of seeking psychiatric help, along with standard diagnostic methods to determine the severity of mental pathology, it is advisable to use questionnaires to assess sexual function. In addition, the possible negative effect of pharmacotherapy on sexual function should be taken into account and evaluated at all stages of treatment in order to carry out timely correction. If sexual disorders are detected in patients with anxiety disorders, taking into account the clinical situation, psychotropic drugs with no or minimal negative effect on sexual function are prescribed, if possible. In cases where it is impossible to use such drugs, after achieving correction of anxiety symptoms, the doses of psychotropic drugs used may be reduced, interruptions in their intake, mainly 1-2 days before the alleged sexual contact. If sexual disorders persist, an antidepressant with no effect on sexual function is added to the treatment regimen as an antidote, or drugs for correcting sexual disorders — type 5 phosphodiesterase inhibitors. Psychotherapeutic measures, including sex therapy, are an integral part of the treatment of sexual dysfunctions in patients with anxiety disorders.

Keywords: sexual dysfunction, anxiety disorders, stress, diagnosis, therapy

For citation: Yagubov M. I., Kan I. Yu., Dobaeva N. V., Ayriyants I. R. Sexual dysfunction in anxiety disorders. *Lechaschi Vrach*. 2024; 12 (27): 107-116. (In Russ.) <https://doi.org/10.51793/OS.2024.27.12.016>

Conflict of interests. Not declared.

Сексуальное здоровье относится к базовым потребностям большинства людей и определяется как в качестве физического, эмоционального, психического и социального благополучия, так и качества жизни в целом. Основным фактором сокращения численности населения в развитых странах включая Россию стало снижение рождаемости. Так, в нашей стране за 11 месяцев 2023 года оно составило 3%. Согласно демографическому прогнозу Росстата, к 1 января 2046 г. население РФ в базовом сценарии сократится до 138,8 млн человек.

Репродуктивная функция непосредственно связана с сексуальной. Сексуальные расстройства и неудовлетворенность сексуальными отношениями ухудшают партнерскую ситуацию, тем самым повышая количество разводов и снижая рождаемость [1-4]. Развод является одним из семейных и социальных кризисов, который в большинстве случаев вызывает дисбаланс в семье и как стрессовый фактор разрушает ее стабильность, нанося ущерб психическому здоровью партнеров [5, 6]. Наиболее важными причинами разводов являются сексуальная дисфункция или проблемы

в отношениях пар. [7-11]. По данным исследования Abedinia и соавт. [12], сексуальные проблемы являются причиной разводов 67,4% женщин и 60% мужчин. Неблагополучие в сексуальной сфере у большинства людей приводит к стрессу, аффективной патологии, невротическим расстройствам и нередко — к антивитаальным переживаниям [13-16]. Многие отечественные авторы (А. Г. Амбрумова, Л. И. Постовалова, 1984; В. Е. Цупрун, 1986; К. Имелинский, 1986; Н. Д. Кибрик, 1993) отмечали, что сексуальные расстройства, связанные с интимно-личностными и семейными конфликтами, занимают значительное место в причинах возникновения суицидального поведения [17].

По данным эпидемиологических исследований, основанных на национальных репрезентативных источниках, распространенность сексуальных дисфункций в течение не менее 12 месяцев в странах с высоким уровнем дохода составляет от 30% до 70% у сексуально активных мужчин и женщин [16]. Согласно данным исследования Р. Briken с соавт., о сексуальной дисфункции, вызывающей выраженный дистресс, сообщили 13,3% сексуально активных мужчин,

у которых чаще всего встречалась эректильная дисфункция (ЭД) — 6,6% и преждевременное семяизвержение — 4,5%, а также 17,5% сексуально активных женщин, у которых чаще всего встречались гипобибидамия — 6,9% и оргазмическая дисфункция — 5,8% [18].

Распространенность сексуальной дисфункции увеличивается с возрастом. Международное исследование сексуальных отношений и поведения людей в возрасте 40–80 лет в 29 странах показало, что сексуальные трудности встречаются у 40–45% женщин и 20–30% мужчин во всем мире. Мужчины чаще всего сообщали о преждевременной эякуляции и трудностях с достижением и поддержанием эрекции (24% и 17% соответственно), а женщины — о снижении сексуального влечения и аноргазмии (32% и 25% соответственно) [19]. Одними из наиболее распространенных и негативно влияющих непосредственно на возникновение и развитие сексуальных дисфункций являются тревожные расстройства. Согласно данным исследования NCS-R (National Comorbidity Survey Replication — Тиражирование национального исследования по сопутствующим заболеваниям), проведенного в США, распространенность тревожных расстройств среди общей популяции составляет от 18,1% до 28,2%, что значительно превышает распространенность любого другого психического расстройства, причем в последние годы наметилась стойкая тенденция к повышению их количества [20, 21]. Так, по данным С. А. Шальной и др., с 1990 по 2019 гг. число пациентов с тревожными расстройствами увеличилось более чем на 55% [22]. В России распространенность этой патологии по имеющимся данным составляет 46,3% [23].

По данным систематического обзора Т. Herder с соавт., распространенность сексуальной дисфункции при психических расстройствах колеблется от 45% до 93% для депрессивных расстройств, от 33% до 75% — для тревожных расстройств, от 25% до 81% — для обсессивно-компульсивного расстройства и 25% — для шизофрении [24]. Вместе с тем сексуальные дисфункции часто возникают вследствие приема психотропных средств, применяемых в терапии тревожных расстройств. Клиницисты склонны недооценивать важность сексуальных аспектов жизни своих психиатрических пациентов и часто не задают вопросы, связанные с интимной жизнью напрямую [25, 26]. Процент психиатрических пациентов, сообщающих о побочных эффектах психотропных препаратов, негативно влияющих на сексуальную функцию, варьирует от 25% до 80% при приеме антидепрессантов и от 16% до 60% при приеме антипсихотиков [27, 28]. Отсюда следует, что после назначения психофармакотерапии врачи должны прицельно задавать вопросы пациентам об изменении их сексуальной функции. Лишь небольшая часть пациентов с психическими расстройствами сообщает о наличии сексуальных нарушений самостоятельно при первичном обращении, в то время как при структурированной беседе, включающей сбор сексологического анамнеза, они выявляются значительно чаще.

В рамках «Глобального исследования сексуальных установок и поведения» (GSSAB) [29] были исследованы различные аспекты сексуальной активности и взаимоотношений среди 27 500 мужчин и женщин в возрасте 40–80 лет. По полученным данным, несмотря на то, что почти половина всех респондентов сталкивались по крайней мере с одной сексуальной проблемой, менее 19% из них (18,0% мужчин и 18,8% женщин) пытались обратиться за медицинской помощью. При этом 39% респондентов говорили о проблеме только

с партнером, и лишь 9% мужчин и женщин были опрошены врачом об их сексуальном здоровье во время посещения в течение последних трех лет, а 91% пациентов отметили, что им было бы комфортно, если бы врач инициировал разговор об их сексуальной жизни [30].

Цель представленного нарративного обзора — анализ литературных данных об особенностях сексуальных дисфункций у пациентов с тревожными расстройствами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Статья посвящена обзору, основанному на 21 источнике, 9 из которых являются систематическими обзорами, а остальные — поперечными, перекрестными кросс-секционными, параллельными, проспективными, ретроспективными, слепыми и открытыми исследованиями, национальными руководствами по психиатрии, опубликованными с 2006 по 2024 гг. При первичном отборе было найдено 265 публикаций из рецензируемых научных журналов с различными по дизайну исследованиями. Поиск данных осуществлялся по названиям, аннотациям и ключевым словам: сексуальная дисфункция, тревожное и стрессовое расстройство (sexual dysfunction, anxiety and stress disorder) в базах данных Elibrary и PubMed. Критериями включения были публикации, сообщающие о связи сексуальных дисфункций с тревожными и стрессовыми расстройствами. Критериями исключения — результаты доклинических исследований. Несоблюдающие критериям включения публикации были исключены.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В настоящее время существуют три основные модели, объясняющие взаимосвязь сексуальных дисфункций с тревожными расстройствами.

Первая, включающая причинно-следственные связи, предполагает, что корреляция между сексуальной дисфункцией и тревожными расстройствами часто является двунаправленной, причем симптомы сексуального и тревожного расстройства могут проявляться одновременно.

Вторая предполагает наличие общего основного фактора или скрытой предрасположенности, вызывающих со временем развитие как психических, так и сексуальных расстройств [31]. Это подтверждается исследованиями G. Corretti с соавт. и М. Е. de Kruiff с соавт., придерживающихся мнения, что симптомы тревоги и сексуальная дисфункция — это разные проявления одного и того же процесса.

Третья модель концептуализирует сексуальные дисфункции как нарушения, не связанные с тревожными расстройствами [32–34].

Согласно результатам исследования М. К. Forbes с соавт., первая и вторая модели встречаются наиболее часто, в то время как третья встречается редко [35]. Говоря о патогенетическом механизме возникновения данных расстройств, G. Corretti с соавт. в том числе рассматривают нейробиологическое проявление тревоги, которое в основном связано с выбросом адренергических веществ (адреналина и норадреналина) [33]. Негативно влияя на фазы возбуждения и оргазма, превалирование симпатической нервной системы может снижать и сексуальное влечение. Вызванная различными факторами стресса тревога мешает сфокусироваться на эротических стимулах и снижает сексуальное возбуждение и из-за повышения симпатического тонуса приводит к нарушениям эрекции, снижению контроля над эякуляцией у мужчин и уменьшению lubricации и появлению физической фрустрации у женщин [35].

Сексуальные дисфункции, связанные с выраженным личностным дистрессом и снижением качества жизни, часто коморбидны с депрессивными и тревожными расстройствами, что вызывает хронификацию как сексуальных, так и психических расстройств и тем самым увеличивает их тяжесть, приводя к терапевтической резистентности [36–40]. При тревожных расстройствах наблюдается нарушение практически всех фаз цикла сексуальных реакций как у мужчин, так и у женщин. М. Kotler с соавт. сравнивали различные фазы цикла сексуальных реакций у трех групп мужчин: с посттравматическим стрессовым расстройством (ПТСР) без лечения ($n = 15$); с ПТСР, получающих селективные ингибиторы обратного захвата серотонина ($n = 27$) и группой контроля ($n = 49$). У пациентов с ПТСР на лечении и без него было снижено сексуальное желание, а в контрольной группе — нет. У пациентов с ПТСР снижение сексуального влечения встречается примерно в 74% случаев. В группе получавших селективные ингибиторы обратного захвата серотонина наблюдалось более выраженное снижение либидо и сексуальной предприимчивости по сравнению с пациентами, не принимающими препараты. Вместе с тем была выявлена высокая корреляция между сексуальной дисфункцией в группе с селективными ингибиторами обратного захвата серотонина и субшкалой «гнев — враждебность» (SCL-90) [41]. По данным Н. S. Kaplan, у пациентов с паническими расстройствами наблюдается высокая встречаемость сексуальной аверсии (25%) [42].

В контролируемом исследовании А. Van Minnen с соавт. представлены данные о сексуальном функционировании женщин с тревожными расстройствами (паническим и обсессивно-компульсивным — ОКР). Установлено, что как при первом, так и при втором встречалась сексуальная аверсия, а сексуальное влечение и частота сексуальных контактов были значительно ниже, чем в контрольной группе ($p = 0,05$). 57% исследуемых сообщили о негативном влиянии симптомов тревоги на их сексуальную функцию. Была выявлена выраженная обратная корреляция между сексуальным удовлетворением, депрессией и тревогой ($p = 0,001$) [43].

В исследовании I. Figueira с соавт. с помощью полуструктурированного интервью (SCID-I) были обследованы 30 пациентов с социофобией и 28 — с паническим расстройством. Пациенты с паническим расстройством чаще страдали снижением сексуального влечения по сравнению с участниками с социофобией: 75% и 33,3% соответственно ($p = 0,0034$), а сексуальная аверсия в этом исследовании являлась наиболее распространенной как у мужчин (35,7%), так и у женщин (50%) с паническим расстройством [44].

Аналогичные данные были получены и в другом исследовании, где сравнивали частоту различных сексуальных расстройств у пациентов с паническим расстройством и социофобией в зависимости от пола. Сексуальная аверсия была единственной сексуальной дисфункцией, которая представляла статистически значимую разницу как в мужской ($p = 0,0084$), так и в женской группах ($p = 0,0078$), причем она была выше у пациентов с паническим расстройством. Преждевременная эякуляция встречалась с несколько большей частотой у пациентов с социофобией (47,4%) по сравнению с больными с паническим расстройством (21,4%), однако этот показатель не достиг статистической значимости [45].

В исследованиях А. D. Lykins с соавт. и С. Bettoni с соавт. были выявлены парадоксальные связи между сексуальным влечением, тревогой и депрессией у женщин. Усиление сек-

суального желания чаще встречалось при тревоге (19,7–23%), чем при депрессии (9,5–11,7%) [46, 47].

В систематическом обзоре, основанном на десяти исследованиях, были представлены данные о распространенности ЭД при тревожных расстройствах [48], что подтверждается и другими работами [49, 50]. Распространенность ЭД варьировала в диапазоне от 0% до 85%. ЭД у пациентов с ПТСР наблюдалась в 3–85% [51–53], при паническом расстройстве — в 2–36,2% [54–56]. По другим данным [50, 55], у страдающих ПТСР не возникает ЭД, а при ОКР она достигает 20%.

В систематическом обзоре I. L. Bentsen с соавт. представлены результаты исследования сексуальной функции у ветеранов с ПТСР, у которых ЭД выявляется в 63–85% случаев [57]. К факторам риска, повышающим вероятность развития ЭД у данной категории пациентов, относятся коморбидность с другими психическими расстройствами и прием психотропных препаратов, таких как селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, которые могут вызывать сексуальную дисфункцию у 30–40% пациентов. Для оценки ЭД применялся опросник ПЕФ-5 как инструмент самооценки для оценки сексуального функционирования мужчин с тревожными расстройствами [58]. Положительная корреляция между тяжестью ОКР, ПТСР, социальной фобией и ЭД была выявлена в двух исследованиях [24, 59].

Связь между тревогой и ЭД наиболее выражена у пациентов в возрасте от 45 до 54 лет [60]. Распространенность расстройств сексуального возбуждения у женщин, страдающих тревожными расстройствами, в виде недостаточности lubricации варьирует от 9% до 38% с пиком после менопаузы, связанным со снижением уровня эстрогенов. После менопаузы недостаток эстрогенов является основным фактором уменьшения lubricации и сниженной трофики влагалища. Однако тревога и отсутствие гармонии в партнерских отношениях также относятся к числу факторов, которые отрицательно влияют на процесс возбуждения женщин [61].

S. Leiblum с соавт. описали 103 случая с непроизвольным возбуждением гениталий у женщин. У трети из них причиной этого были тревожные расстройства в виде беспокойства, панических атак, навязчивых мыслей или действий [62]. По данным U. M. Aksoy с соавт., чаще всего недостаточность генитальной реакции встречается у пациенток с ОКР или паническим расстройством по сравнению с контрольной группой психически здоровых людей ($p < 0,05$). Одним из провоцирующих факторов был страх перед возможным возникновением панической атаки во время полового акта [45].

Исследования, посвященные изучению взаимосвязи тревожных расстройств и оргазмических дисфункций, немногочисленны. По имеющимся данным, аноргазмия выявляется у 24,2% женщин, страдающих паническим расстройством [43]. К наиболее часто встречающимся предиспозиционным факторам, способствующим возникновению оргазмических дисфункций у женщин с тревожными расстройствами, относятся слабая половая конституция, задержка формирования либидо и личностные акцентуации [63]. У мужчин негативные эмоции, тревога или страх не оправдать ожидания партнера являются одними из наиболее распространенных причин преждевременной эякуляции [64, 65]. Преждевременная эякуляция чаще встречается у мужчин с социофобией (47,4%) [66]. Генерализованная тревога способствует не только преждевременной эякуляции [55], но и ее задержке в некоторых случаях [37, 64], хотя связь

между тревожной и эякуляторными расстройствами изучена не полностью.

Высокий уровень тревожности выявляется практически у всех женщин, страдающих диспареунией, что обусловлено высокой эмоциональной значимостью восприятия боли [67, 68]. Нейрофизиологи предполагают, что лимбические структуры головного мозга, включая кору гиппокампа, регулирующие ожидание, страх и эмоциональное воздействие боли, могут быть вовлечены в развитие сексуальной дисфункции, при которой боль является преобладающим симптомом [69, 70]. По данным систематического обзора, проведенного Всемирной организацией здравоохранения, распространенность диспареунии колеблется от 8% до 22%. В какой-то момент жизни это расстройство может развиться у пятой части женщин. Согласно исследованию, проведенному среди женщин из 29 разных стран, распространенность диспареунии в Азии была намного выше, чем на других континентах. На Ближнем Востоке она составила 21% [19].

Диспареуния чаще всего связана с такими эмоциями, как смущение, стыд, вина, низкая самооценка, чувство неполноценности, тревога, гнев и депрессия. Наличие болезненных ощущений приводит к снижению сексуальной удовлетворенности, урежению сексуальных контактов, что, нередко являясь значительным стрессом для женщин, приводит к конфликтам внутри пары и межличностным проблемам. В сравнительном исследовании Z. Mohammadzadeh с соавт. была выявлена значимая корреляция между наличием тревоги и диспареунии в отличие от группы контроля ($p < 0,001$) [70].

В анамнезе пациенток с хронической тазовой болью (ХТБ) часто выявляются сексуальные травмы или жестокое обращение. В работе B. W. Fenton приводятся данные о роли лимбических структур (особенно передней поясной извилины, гиппокампа и миндалевидного тела) в восприятии хронической и аффективной боли. Изменения в структуре лимбической системы в виде аллодинии и гиперальгезии были продемонстрированы как у пациенток с ХТБ, так и у переживших травму [71]. Это может свидетельствовать о том, что боль представляет собой не только симптом сексуальной дисфункции, но и симптом более специфического тревожного расстройства, например ПТСР.

Влияние тревожных расстройств в качестве фактора риска, способствующего развитию гениталгий, было подтверждено эпидемиологическими исследованиями [72]. При этом диспареуния не является специфичным расстройством для женщин, она может наблюдаться и у мужчин. Так, в статье R. Pereira с соавт. были представлены результаты изучения влияния тревоги на сексуальную функцию у 50 мужчин, страдающих хроническими болевыми ощущениями, локализованными в области таза и гениталий. Полученные данные свидетельствуют о том, что тревожные мысли, связанные с сексом, играют важную роль в субъективном восприятии интенсивности боли, оказывающей негативное влияние на сексуальное функционирование [73].

По данным T. Herder с соавт., тревожные расстройства влияют не только на возникновение сексуальных дисфункций, но и на партнерскую ситуацию [24]. В исследовании I. Figueira с соавт. была выявлена статистическая разница в партнерской ситуации пациентов с социофобией и паническим расстройством. Большинство пациентов с социофобией были одиноки в отличие от больных с паническим расстройством — 63,3% против 17,9% ($\chi^2 = 12,61$; $df = 2$; $p = 0,0018$). Сравнивая характеристики обеих групп (страдающих социофобией и паническим расстройством) по полу, можно отметить, что

только мужчины отличались в отношении семейного положения. Среди страдающих социофобией мужчин оказался значительно более высокий процент одиночек по сравнению с людьми с паническим расстройством: 63,1% против 0% ($p = 0,0004$). Сексуальными расстройствами значительно чаще страдали пациенты с паническим расстройством по сравнению с больными с социофобией — 75,0% против 33,3% ($\chi^2 = 8,5$; $p = 0,0034$) [44].

Метаанализ в 11 из 13 сравнительных исследований показал связь между увеличением сексуальной дисфункции и бесплодием у женщин (WMD = $-0,16$; 95% ДИ от $-0,254$ до $-0,084$, $p < 0,001$), отмечена высокая гетерогенность между исследованиями (ДИ 98,6%; $p < 0,000$). У бесплодных женщин были выявлены проблемы с lubricацией, оргазмом и удовлетворением [74]. Результаты исследований, посвященных изучению связи между сексуальными дисфункциями и тревожными расстройствами, представлены в таблице.

Учитывая, что нарушение психического здоровья является основным фактором риска сексуальной дисфункции, первый важный шаг в терапии — нормализация психического состояния. Это применимо ко всем пациентам с психическими заболеваниями, в том числе тревожной. Если для достижения ремиссии требуется фармакотерапия, по возможности следует назначать минимальные терапевтические дозы и рекомендовать препараты, в меньшей степени оказывающие влияние на сексуальную функцию.

В свою очередь, сексуальные дисфункции могут возникать как побочные эффекты при приеме психотропных препаратов, используемых в лечении тревожных расстройств. По данным исследования A. L. Montejo с соавт., при приеме селективных ингибиторов обратного захвата серотонина нарушение сексуальной функции возникает более чем у 60% сексуально активных пациентов, что приводит к прекращению лечения более чем 35% пациентов [75]. Однако негативное влияние терапии на сексуальную функцию редко учитывается при рутинных обследованиях, и только в 15–30% случаев о нем сообщается спонтанно.

Одной из стратегий в таких случаях является переход к препаратам с отсутствием или минимальным негативным влиянием на сексуальную функцию. Одним из препаратов выбора является вортиоксетин, оказывающий меньшее влияние на сексуальную функцию из-за его мультимодального механизма действия. По данным исследования A. L. Montejo с соавт., при переходе на вортиоксетин у 83,81% пациентов наблюдалось улучшение сексуальной функции, а 43,2% отметили значительное улучшение. Описана стратегия лечения сексуальных дисфункций, вызванных приемом антидепрессантов, с учетом их профилактики, начиная с выбора антидепрессантов с низкой частотой негативного влияния на сексуальную функцию и заканчивая фармакологической коррекцией сексуальной дисфункции.

Алгоритм мероприятий представлен следующим образом:

- 1) при низком уровне либидо — переход на несеротонинергический препарат, при неэффективности — снижение дозы антидепрессантов или сочетанное применение с бупропионом или арипипразолом;
- 2) при нарушениях оргазма в виде его труднодостижимости или отсутствия (аноргазмии) — снижение дозы антидепрессанта, «выходные дни», то есть дни без его приема или переход на несеротонинергический препарат либо флувоксамин;
- 3) при ЭД рекомендуется переход на несеротонинергический препарат или добавление антидота, такого как ингибитор фосфодиэстеразы 5-го типа (PD5-I);

Таблица. **Результаты исследований связи сексуальных дисфункций с тревожными расстройствами** [таблица составлена авторами] / The results of research on the relationship of sexual dysfunction with anxiety disorders [table compiled by the authors]

Исследование	Дизайн	Число исследуемых	Пол	Тревожные расстройства	Сексуальные дисфункции
E. Buczak-Stec, H. H. König, A. Hajek, 2019	Систематический Обзор	12 105	Ж 5778 М 6337	ТР	ОСУ; ОПВ; ОГР; ОД
R. E. Pyke, 2020	Систематический обзор	5042	Ж 2872 М 2170	ТР; СФ; ПР; ГТР	ОПВ; СО; ОГР; ОД; ПЭ; ДНП; ВНП
R. Velurajah, O. Brunckhorst, M. Waqar, I. McMullen, K. Ahmed, 2022	Систематический обзор	713 746	М 713 746	ТР; ПТСР; ОКР; СФ	ОГР
T. Herder, S. K. Spoelstra, A. W. M. Peters, H. Knegtering, 2023	Систематический обзор	1199		ТР; ОКР; ПТСР	ОПВ; ОД
A. D. Lykins, E. Janssen, C. A. Graham, 2006	Сравнительное исследование	1062	Ж 699 М 363	ТР	ОПВ; ОГР; ППВ
M. Kotler, H. Cohen, D. Aizenberg, M. Matar, U. Loewenthal, Z. Kaplan, H. Miodownik, Z. Zemishlany, 2000	Сравнительное исследование	91	М 91	ПТСР	ОПВ; ОД; ОСУ
Figueira I., E. Possidente, C. Marques, K. Hayes, 2001	Ретроспективное исследование	58	Ж 25 М 33	ПР; СФ	ОПВ; СО; ОГР; ОД; ПЭ; ДНП; ВНП
C. Bittoni, J. Kiesner, 2022	Сравнительное исследование	213	Ж 213	ТР	ОПВ; ППВ
I. L. Bentsen, A. G. Giralaldi, E. Kristensen, H. S. Andersen, 2015	Систематический обзор	4755	М 4755	ПТСР	ОПВ; ОГР
L. K. Richardson, B. C. Frueh, R. Acierno, 2010	Систематический обзор	103 788	М 103788	ПТСР	ОГР
Y. Xiao, T. Xie, J. Peng, X. Zhou, J. Long, M. Yang, H. Zhu, J. Yang, 2023	Систематический обзор	511	М 511	ТР	ОГР
F. Cour, C. Methorst, 2013	Систематический обзор	17611	Ж 17611	ТР	ОГР
S. Leiblum, C. Brown, J. Wan, L. Rawlinson, 2005	Описательное исследование	103	Ж 103	ТР	ППВ; ОСУ
M. Brauer, M. M. ter Kuile, E. Laan, B. Trimbos, 2009	Сравнительное исследование	142	Ж 142	ТР	ДНП
E. O. Laumann, A. Nicolosi, D. B. Glasser, A. Paik, C. Gingell, E. Moreira, T. Wang, 2005	Систематический обзор	27500	Ж 13 882 М 13 618	ТР	ОПВ; ОСУ; ОД; ДНП; ПЭ
Z. Mohammadzadeh, Z. Khakbazan, M. Rad, F. Farnam, 2023	Перекрестное исследование	398	Ж 398	ТР	ДНП
M. Khandker, S. S. Brady, A. F. Vitonis, R. F. Maclehose, E. G. Stewart, B. L. Harlow, 2011	Сравнительное исследование	480	Ж 480	ТР	ДНП
R. Pereira, C. M. Oliveira, P. J. Nobre, 2018	Описательное исследование	50	М 50	ТР	ДНП
C. R. Mendonça, J. T. Arruda, M. Noll, P. M. O. Campoli, Amaral, 2017	Метаанализ	6632	Ж 6632	ТР	ОГР; ОД; ОСУ
A. L. Montejo, F. Sánchez-Sánchez, De R. Alarcón, J. Matías, B. Cortés, C. Matos, T. Martín-Pinto, P. Ríos, N. González-García, J. M. Acosta, 2024	Проспективное исследование	74	Ж 34 М 40	ТР	ОПВ; ОД; ОГР
C. Şafak Öztürk, H. Arkar, 2017	Описательное исследование	26	Ж 26	ТР	ВНП; ОСУ

Примечание. Ж — женщины; М — мужчины; ТР — тревожное расстройство; СФ — социальная фобия; ПР — паническое расстройство; ГТР — генерализованное паническое расстройство; ПТСР — посттравматическое стрессовое расстройство; ОКР — обсессивно-компульсивное расстройство; ОСУ — отсутствие сексуального удовлетворения; ОПВ — отсутствие или потеря полового влечения; ОГР — отсутствие генитальной реакции; ОД — оргазмическая дисфункция; СО — сексуальное отвращение; ПЭ — преждевременная эякуляция; ДНП — диспареуния неорганической природы; ВНП — вагинизм неорганической природы; ППВ — повышенное половое влечение.

4) при проблемах с lubricацией также рекомендуется переход на несеротонинергические препараты, снижение их дозы или использование вагинальных смазок.

Авторы также отмечают важность психообразовательно-го и психотерапевтического методов терапии сексуальной дисфункции [76, 77]. Психотерапевтические мероприятия,

необходимые для эффективного лечения сексуальной дис-функции после оптимизации фармакотерапии, направлены на устранение волнения и страха перед сексуальной бли-зостью. Когнитивно-поведенческая терапия, в том числе секс-терапия, доказали свою эффективность при тревож-ных расстройствах и являются составной частью лечения

сексуальных дисфункций, связанных с тревогой [78, 79]. При диспареунии также может быть использована физиотерапия мышц тазового дна, которая помогает уменьшить болезненные ощущения во время сексуального контакта как за счет устранения сопутствующего гипертонуса мышц, который сам по себе может быть болезненным, так и как форма десенсибилизации [80].

Игнорирование сексуальной дисфункции у пациентов с тревожными расстройствами может привести к ухудшению психического состояния, а также снижению приверженности терапии и ее эффективности [81, 82].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ литературных источников свидетельствует о широкой распространенности различных сексуальных дисфункций у лиц с тревожными расстройствами. По имеющимся данным, тревога и сексуальная дисфункция взаимосвязаны, однако причинно-следственную связь не всегда удается установить из-за сложности выявления первичности и вторичности этих нарушений в каждом конкретном случае.

Теоретически взаимосвязь между тревогой и сексуальностью может быть описана следующим образом: тревога может привести к сексуальным дисфункциям и наоборот. Единая нейробиологическая основа как тревожных, так и сексуальных расстройств и хороший отклик на аналогичные методы лечения могут указывать на общий источник этих нарушений. Хотя существует много работ, посвященных тревожным расстройствам, лишь в малом числе исследований отражена взаимосвязь с сексуальными дисфункциями. Большинство рассмотренных исследований имело небольшую выборку и носило неоднородный характер, не во всех исследованиях были контрольные группы. Также было использовано множество различных шкал, измеряющих сексуальную функцию, что затрудняло сравнение результатов исследований. В исследованиях были использованы полуструктурированные интервью, анкеты для самооценки, которые не позволили объективно оценить различные фазы цикла сексуальной реакции. Эти методологические различия, а также вариации в диагностических инструментах и ограниченное количество исследований мешают сделать однозначные выводы, а также могут объяснить широкий диапазон данных о распространенности. Кроме того, часто встречающаяся коморбидность психических расстройств, например тревоги и депрессии, не позволяет в полной мере оценить влияние тревоги на сексуальную функцию. Остаются недостаточно изученными сексуальные нарушения у людей старше 50 лет, несмотря на то что тревожные нарушения достаточно распространены и в этой возрастной группе.

На основании проведенного исследования авторами рекомендован следующий алгоритм курации пациентов, страдающих тревожными расстройствами и сексуальными нарушениями. На этапе обращения за психиатрической помощью, наряду со стандартными методами диагностики для определения выраженности психической патологии, целесообразно использовать опросники СФМ (сексуальная формула мужская), СФЖ (сексуальная формула женская) [83] для оценки сексуальной функции. Кроме того, следует учитывать возможное негативное влияние фармакотерапии на сексуальную функцию и оценивать ее на всех этапах лечения для проведения своевременной коррекции.

При выявлении сексуальных нарушений у пациентов с тревожными расстройствами с учетом клинической ситуации по возможности назначаются психотропные препараты

без или с минимальным негативным влиянием на сексуальную функцию. При невозможности применения таких средств после коррекции тревожной симптоматики могут быть снижены дозы используемых психотропных препаратов, осуществляться перерывы в их приеме — в основном за 1-2 дня до предполагаемого сексуального контакта. При сохранении сексуальных нарушений в схему лечения в качестве антидота добавляется антидепрессант без влияния на сексуальную функцию или препараты для коррекции сексуальных нарушений — ингибиторы фосфодиэстеразы 5-го типа. Психотерапевтические мероприятия, включающие секс-терапию, являются неотъемлемой частью лечения сексуальных дисфункций у пациентов с тревожными расстройствами. **ЛВ**

Работа выполнена в рамках Государственного задания Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, № НИОКТР: 1240208000061-8 «Разработка диагностического модуля расстройств тревожно-депрессивного спектра у пациентов с хронической патологией».

The work was carried out within the framework of the State Assignment of Federal State Budgetary Institution V. P. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health of the Russian Federation, No. NIOCTR: 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., Добаева Н. В., Айриянц И. Р.

Сбор и обработка материала — Ягубов М. И., Кан И. Ю., Добаева Н. В., Айриянц И. Р.

Статистическая обработка данных — Ягубов М. И., Кан И. Ю., Добаева Н. В., Айриянц И. Р.

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

Редактирование — Ягубов М. И.

Утверждение окончательного варианта статьи — Ягубов М. И., Кан И. Ю., Добаева Н. В., Айриянц И. Р.

Contribution of authors:

Concept and design of the study — Yagubov M. I., Kan I. Yu, Dobaeva N. V., Ayriyants I. R.

Collection and processing of material — Yagubov M. I., Kan I. Yu, Dobaeva N. V., Ayriyants I. R.

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

Text development — Yagubov M. I., Kan I. Yu, Dobaeva N. V., Ayriyants I. R.

Editing — Yagubov M. I.

Approval of the final version of the article — Yagubov M. I., Kan I. Yu, Dobaeva N. V., Ayriyants I. R.

Литература/References

1. Mika T. Risiken für eine Erwerbsminderung bei unterschiedlichen Berufsgruppen [Disability retirement risk for different occupations in Germany. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2013; 56 (3): 391-398. German. DOI: 10.1007/s00103-012-1622-0. PMID: 23455556.
2. Anderson R. M. Positive sexuality and its impact on overall well-being. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz. 2013; 56 (2): 208-214. DOI: 10.1007/s00103-012-1607-z. PMID: 23361205.
3. Buczak-Stec E., König H. H., Hajek A. The link between sexual satisfaction and subjective well-being: a longitudinal perspective based on the German Ageing

- Survey. Qual Life Res. 2019; 28 (11): 3025-3035. DOI: 10.1007/s11136-019-02235-4. Epub 2019 Jun 29. PMID: 31264125.
4. Brown S. G., Calibuso M. J., Roedl A. L. Women's sexuality, well-being, and the menstrual cycle: methodological issues and their interrelationships. Arch Sex Behav. 2011; 40 (4): 755-765. DOI: 10.1007/s10508-010-9630-3. Epub 2010 May 13. PMID: 20464468.
5. Dehkordi J., Amiri M. Divorce. An international multi-dimensional challenge. Int J Epidemiol Res. 2018; 5. DOI: 10.15171/ijer.2018.14.
6. Gheshlaghi F., Dorvashi G., Aran F., Shafiei F., Najafabadi G. M. The study of sexual satisfaction in Iranian women applying for divorce. Int J Fertil Steril. 2014; 8: 281-288.
7. Maroofi B., Rahimi M., Fathi L., Afrasiabi F. Social and cultural factors affecting the tendency toward emotional divorce (Case Study: Couples referring to counseling centers in Tehran). Q J Women Soc. 2021; 12: 179-184.
8. Ghotbi M., Holakouei N. K., Jazayeri A., Rahimi A. Evaluation of divorce and its factors in divorced person lived in Doulat Abad (Tehran) Social Welfare Quarterly. 2004; 3: 271-286.
9. Zargar F., Neshatdoust H. T. Divorce incidence factors in Falavarjan Township. J Fam Stud. 2007; 3: 737-749.
10. Bolhari J., Ramezanzadeh F., Abedinia N., Naghizadeh M., Pahlavani H., Saberi S. To explore identifying the influencing factors of divorce in Tehran. Iran J Epidemiol. 2012; 8: 82-92.
11. Daneshfar F., Keramat A. Sexual dysfunction and divorce in Iran: A systematic review. J Family Med Prim Care. 2023; 12 (3): 430-439. DOI: 10.4103/jfmpc.jfmpc_991_22. Epub 2023 Mar 17. PMID: 37122645; PMCID: PMC10131958.
12. Abedinia N., Bolhari J., Ramezanzadeh F., Naghizadeh M. M. Comparison of predisposing and effective factors on divorce application between men and women. J Fam Reprod Health. 2012; 6: 65-72.
13. Mollaioli D., Ciocca G., Limoncin E., Di Sante S., Gravina G. L., Carosa E., Lenzi A., Jannini E. A. F. Lifestyles and sexuality in men and women: the gender perspective in sexual medicine. Reprod Biol Endocrinol. 2020; 18 (1): 10. DOI: 10.1186/s12958-019-0557-9. PMID: 32066450; PMCID: PMC7025405.
14. Lehrner A., Flory J. D., Bierer L. M., Makotkine I., Marmar C. R., Yehuda R. Sexual dysfunction and neuroendocrine correlates of posttraumatic stress disorder in combat veterans: Preliminary findings. Psychoneuroendocrinology. 2016; 63: 271-275. DOI: 10.1016/j.psyneuen.2015.10.015. Epub 2015 Oct 23. PMID: 26529050.
15. Pyke R. E. Sexual Performance Anxiety. Sex Med Rev. 2020; 8 (2): 183-190. DOI: 10.1016/j.sxmr.2019.07.001. Epub 2019 Aug 22. PMID: 31447414.
16. Atlantis E., Sullivan T. Bidirectional association between depression and sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. J Sex Med. 2012; 9 (6): 1497-1507. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2012.02709.x. Epub 2012 Mar 29. PMID: 22462756.
17. Буткова Т. В. Суицидальное поведение при семейно-сексуальных дисгармониях: диссертация: 14.00.18. М., 2011. 115 с. Butkova T. V. Suicidal behavior in family-sexual disharmonies: dissertation: 14.00.18. М., 2011. 115 P. (In Russ.)
18. Briken P., Matthiesen S., Pietras L., Wiessner C., Klein V., Reed G. M., Dekker A. Estimating the Prevalence of Sexual Dysfunction Using the New ICD-11 Guidelines. Dtsch Arztebl Int. 2020; 117 (39): 653-658. DOI: 10.3238/a.rztebl.2020.0653. PMID: 33357346; PMCID: PMC7829447.
19. Laumann E. O., Nicolosi A., Glasser D. B., Paik A., Gingell C., Moreira E., Wang T.; GSSAB Investigators' Group. Sexual problems among women and men aged 40-80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. Int J Impot Res. 2005; 17 (1): 39-57. DOI: 10.1038/sj.ijir.3901250. PMID: 15215881.
20. Kessler R. C., Chiu W. T., Demler O., Merikangas K. R., Walters E. E. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005; 62 (6): 617-627. DOI: 10.1001/archpsyc.62.6.617. Erratum in: Arch Gen Psychiatry. 2005; 62 (7): 709. Merikangas, Kathleen R. [added]. PMID: 15939839; PMCID: PMC2847357.
21. Kadri N., Agoub M., El Gnaoui S., Berrada S., Moussaoui D. Prevalence of anxiety disorders: a population-based epidemiological study in metropolitan area of Casablanca, Morocco. Ann Gen Psychiatry. 2007 6: 6. DOI: 10.1186/1744-859X-6-6. PMID: 17291353; PMCID: PMC1802076.
22. 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. 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. Terapevticheskii arkhiv. 2014; 86 (12): 53 60. (In Russ.) DOI: 10.17116/terarkh2014861253-60.
23. 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. Meditsinskii vestnik. 2010. 11 (516).
24. Herder T., Spoelstra S. K., Peters A. W. M., Knegtering H. Sexual dysfunction related to psychiatric disorders: a systematic review. J Sex Med. 2023; 20 (7): 965-976. DOI: 10.1093/jsxmed/qdad074. PMID: 37279603.
25. Mahmoud S. B., Zouari L., Dammak M., et al. Evaluation of sexuality in 61 subjects suffering from chronic psychosis. Sexologies. 2013; 22 (2): e59-e63.
26. Tharoor H., Kaliappan S. G. A. Sexual dysfunctions in schizophrenia: professionals and patients perspectives. Indian J Psychiatry. 2015; 57 (1): 85-87.
27. Serretti A., Chiesa A. A meta-analysis of sexual dysfunction in psychiatric patients taking antipsychotics. Int Clin Psy-chopharmacol. 2011; 26 (3): 130-114. https://doi.org/10.1097/YIC.0b013e328341e434.
28. Serretti A., Chiesa A. Treatment-emergent sexual dysfunction related to antidepressants: a meta-analysis. J Clin Psychopharmacol. 2009; 29 (3): 259-266. https://doi.org/10.1097/JCP.0b013e3181a5233f.
29. Moreira E. D. Jr., Brock G., Glasser D. B., Nicolosi A., Laumann E. O., Paik A., Wang T., Gingell C.; GSSAB Investigators' Group. Help-seeking behaviour for sexual problems: the global study of sexual attitudes and behaviors. Int J Clin Pract. 2005; 59 (1): 6-16. DOI: 10.1111/j.1742-1241.2005.00382.x. PMID: 15707457.
30. Barnhoorn P. C., Prins I. C., Zuurveen H. R., Oudsten B. L. D., Ouden M. E. M. D., Numans M. E., Elzevier H. W., van Ek G. F. Let's talk about sex: exploring factors influencing the discussion of sexual health among chronically ill patients in general practice. BMC Prim Care. 2022; 23 (1): 49. DOI: 10.1186/s12875-022-01660-8. PMID: 35305576; PMCID: PMC8934468.
31. Laurent S. M., Simons A. D. Sexual dysfunction in depression and anxiety: conceptualizing sexual dysfunction as part of an internalizing dimension. Clin Psychol Rev. 2009; 29 (7): 573-585. DOI: 10.1016/j.cpr.2009.06.007. Epub 2009 Jun 24. PMID: 19632022.
32. Corretti G., Baldi I. The relationship between anxiety disorders and sexual dysfunction. Psychiatric Times. 2007; 24 (9): 58-59.
33. Corretti G., Pierucci S., De Scisciolo M., Nisita C. Comorbidity between social phobia and premature ejaculation: study on 242 males affected by sexual disorders. J Sex Marital Ther. 2006; 32 (2): 183-187. DOI: 10.1080/00926230500442342. PMID: 16418108.
34. de Kruff M. E., ter Kuile M. M., Weijenborg P. T., van Lankveld J. J. Vaginismus and dyspareunia: is there a difference in clinical presentation? J Psychosom Obstet Gynaecol. 2000; 21 (3): 149-155. DOI: 10.3109/01674820009075622. PMID: 11076336.
35. Forbes M. K., Baillie A. J., Schniering C. A. A Structural Equation Modeling Analysis of the Relationships between Depression, Anxiety,

- and Sexual Problems over Time. *J Sex Res.* 2016; 53 (8): 942-954. DOI: 10.1080/00224499.2015.1063576. Epub 2015 Oct 21. PMID: 26488460.
36. *Rosen R. C., Althof S.* Impact of premature ejaculation: the psychological, quality of life, and sexual relationship consequences. *J Sex Med.* 2008; 5 (6): 1296-307. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2008.00825.x. Epub 2008 Apr 14. PMID: 18422496.
 37. *Althof S. E.* Quality of life and erectile dysfunction. *Urology.* 2002; 59, 803-810.
 38. *McCabe M. P.* The role of anxiety in the development and maintenance of sexual 14 dysfunction in men and women. *International Journal of Stress Management.* 2005; 12, 15: 379-388. DOI: 10.1037/1072-5245.12.4.379.
 39. *Shifren J. L., Monz B. U., Russo P. A., Segreti A., Johannes C. B.* Sexual 23 problems and distress in United States women: Prevalence and correlates. *Obstetrics 24 & Gynecology.* 2008; 112: 970-997.
 40. *Hoyer J., Uhlmann S., Rambow J., Jacobi F.* Reduction of sexual dysfunction: 1 By-product of cognitive-behavioral therapy for psychological disorders? Sexual and 2 Relationship Therapy. 2009; 24: 64-73. DOI: 10.1080/14681990802649938.
 41. *Kotler M., Cohen H., Aizenberg D., Matar M., Loewenthal U., Kaplan Z., Miodownik H., Zemishlany Z.* Sexual dysfunction in male posttraumatic stress disorder patients. *Psychother Psychosom.* 2000; 69 (6): 309-315. DOI: 10.1159/000012413. PMID: 11070443.
 42. *Kaplan H. S.* Anxiety and sexual dysfunction. *J Clin Psychiatry.* 1988; 49 Suppl: 21-25. PMID: 3170497.
 43. *Van minnen A., Kampman M.* The interaction between anxiety and sexual functioning: A controlled study of sexual functioning in women with anxiety disorders. *Sexual and Relationship Therapy* February 2000; 15 (1): 47-57. DOI: 10.1080/14681990050001556.
 44. *Figueira I., Possidente E., Marques C., Hayes K.* Sexual dysfunction: a neglected complication of panic disorder and social phobia. *Arch Sex Behav.* 2001; 30 (4): 369-377. DOI: 10.1023/a: 1010257214859. PMID: 11446198.
 45. *Aksoy U. M., Aksoy S. G., Maner F., Gokalp P., Yanik M.* Sexual dysfunction in obsessive compulsive disorder and panic disorder. *Psychiatr Danub.* 2012; 24 (4): 381-385. PMID: 23132189.
 46. *Lykins A. D., Janssen E., Graham C. A.* The relationship between negative mood and sexuality in heterosexual college woman and men. *J Sex Res.* 2006; 43 (2): 136-143. DOI: 10.1080/00224490609552308. PMID: 16817060.
 47. *Bittoni C., Kiesner J.* Sexual Desire in Women: Paradoxical and Nonlinear Associations with Anxiety and Depressed Mood. *Arch Sex Behav.* 2022; 51 (8): 3807-3822. DOI: 10.1007/s10508-022-02400-w. Epub 2022 Sep 19. PMID: 36123564; PMCID: PMC9663363.
 48. *Rajkumar R. P., Kumaran A. K.* Depression and anxiety in men with sexual dysfunction: a retrospective study. *Compr Psychiatry.* 2015; 60: 114-118. DOI: 10.1016/j.comppsy.2015.03.001. Epub 2015 Mar 19. PMID: 25818906.
 49. *Liu Q., Zhang Y., Wang J., Li S., Cheng Y., Guo J., Tang Y., Zeng H., Zhu Z.* Erectile Dysfunction and Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Sex Med.* 2018; 15 (8): 1073-1082. DOI: 10.1016/j.jsxm.2018.05.016. Epub 2018 Jun 28. PMID: 29960891.
 50. *Hedon F.* Anxiety and erectile dysfunction: a global approach to ED enhances results and quality of life. *Int J Impot Res.* 2003; 15 Suppl 2: S16-19. DOI: 10.1038/sj.ijir.3900994. PMID: 12825100.
 51. *Tignol J., Martin-Guehl C., Aouizerate B., et al.* Social phobia and premature ejaculation: a case-control study. *Depress Anxiety* 2006; 23: 153-157.
 52. *Blumentals W. A., Gomez-Camirero A., Brown R. R., et al.* A case-control study of erectile dysfunction among men diagnosed with panic disorder. *Int J Impot Res.* 2004; 16: 299-302.
 53. *Okulate G., Olayinka O., Dogunro A. S.* Erectile dysfunction: prevalence and relationship to depression, alcohol abuse and panic disorder. *Gen Hosp Psychiatry* 2003; 25: 209-213.
 54. *Rajkumar R. P., Kumaran A. K.* The association of anxiety with the subtypes of premature ejaculation: a chart review. *Prim Care Companion CNS Disorders.* 2014; 16 (4).
 55. *Corona C., Mannucci E., Petrone L., et al.* Psycho-biological correlates of free-floating anxiety symptoms in male patients with sexual dysfunctions. *J Androl.* 2006; 27: 86-93.
 56. *Waldinger M. D.* Towards evidence-based genetic research on lifelong premature ejaculation: a critical evaluation of methodology. *Korean J Urol.* 2011; 52: 1-8.
 57. *Bentsen I. L., Giraldi A. G., Kristensen E., Andersen H. S.* Systematic Review of Sexual Dysfunction Among Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder. *Sex Med Rev.* 2015; 3 (2): 78-87. DOI: 10.1002/smrj.47. Epub 2015 Dec 2. PMID: 27784548.
 58. *Richardson L. K., Frueh B. C., Acierno R.* Prevalence estimates of combat-related post-traumatic stress disorder: critical review. *Aust N Z J Psychiatry.* 2010; 44 (1): 4-19. DOI: 10.3109/00048670903393597. PMID: 20073563; PMCID: PMC2891773.
 59. *Velurajah R., Brunckhorst O., Waqar M., McMullen I., Ahmed K.* Erectile dysfunction in patients with anxiety disorders: a systematic review. *Int J Impot Res.* 2022; 34 (2): 177-186. DOI: 10.1038/s41443-020-00405-4. Epub 2021 Feb 18. PMID: 33603242; PMCID: PMC8964411.
 60. *Xiao Y., Xie T., Peng J., Zhou X., Long J., Yang M., Zhu H., Yang J.* Factors associated with anxiety and depression in patients with erectile dysfunction: a cross-sectional study. *BMC Psychol.* 2023; 11 (1): 36. DOI: 10.1186/s40359-023-01074-w. PMID: 36739441; PMCID: PMC9899110.
 61. *Cour F., Methorst C.* Troubles de l'excitation chez la femme [Women's arousal disorders]. *Prog Urol.* 2013; 23 (9): 575-85. French. DOI: 10.1016/j.purol.2012.11.002. Epub 2012 Dec 11. PMID: 23830251.
 62. *Leiblum S., Brown C., Wan J., Rawlinson L.* Persistent sexual arousal syndrome: a descriptive study. *J Sex Med.* 2005; 2 (3): 331-7. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2005.20357.x. PMID: 16422863.
 63. *Ягубов М. И., Кан И. Ю., Айрияныц И. П.* 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>.
 64. *Yagubov M. I., Kan I. Yu, Ayriyants I. R.* Clinical and diagnostic features and therapy of orgasmic dysfunction in anxiety-depressive spectrum disorders. *Lechaschi Vrach.* 2024; 7 (27): 54-62. (In Russ.) <https://doi.org/10.51793/OS.2024.27.7.008>.
 65. *Zilbergeld B.* The New Male Sexuality. New York: Bantam Books, 1993. 19 p.
 66. *Dunn K. M., Croft P. R., Hackett G. I.* Association of sexual problem with social, psychological, and physical problems in men and women: a cross sectional population survey. *J Epidemiol Community Health.* 1999; 53: 144-148.
 67. *Althof S. E., Lieblum S. R., Chevert-Measson M., et al.* Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. In: Lue T. F., Basson R., Rosen R., et al, eds. *Sexual Medicine: Sexual Dysfunctions in Men and Women.* Paris: Editions 21; 2004: 73-116.
 68. *Kathryn S. K. H., Cynthia G.* The role of cultural factors in the course and treatment of sexual problems, in *The Cultural Context of Sexual Pleasure and Problems: Psychotherapy with Diverse Clients.* Routledge. 2012; 308-329.
 69. *Pincus T., Esther R., DeWalt D. A., Callahan L. F.* Social conditions and selfmanagement are more powerful determinants of health than access to care. *Ann Intern Med.* 1998; 129 (5): 406-411. DOI: 10.7326/0003-4819-129-5-199809010-00011.
 70. *Brauer M., ter Kuile M. M., Laan E., Trimbos B.* Cognitive-affective correlates and predictors of superficial dyspareunia. *J Sex Marital Ther.* 2009; 35 (1): 1-24. DOI: 10.1080/00926230802525604.
 71. *Mohammadzadeh Z., Khakbazan Z., Rad M., Farnam F.* Comparison of pain catastrophizing and anxiety in patients with dyspareunia and healthy women: a cross-sectional study. *J Med Life.* 2023; 16 (2): 220-226. DOI: 10.25122/jml-2022-0234. PMID: 36937475; PMCID: PMC10015566.
 72. *Fenton B. W.* Limbic associated pelvic pain: a hypothesis to explain the diagnostic relationships and features of patients with chronic pelvic pain. *Med Hypotheses.* 2007; 69 (2): 282-286. DOI: 10.1016/j.mehy.2006.12.025. Epub 2007 Feb 9. PMID: 17292560.

72. Khandker M., Brady S. S., Vitonis A. F., Maclehose R. F., Stewart E. G., Harlow B. L. The influence of depression and anxiety on risk of adult onset vulvodynia. *J Womens Health (Larchmt)*. 2011; 20 (10): 1445-51. DOI: 10.1089/jwh.2010.2661. Epub 2011 Aug 8. PMID: 21823918; PMCID: PMC3186444.
73. Pereira R., Oliveira C. M., Nobre P. J. Pain Intensity and Sexual Functioning in Men with Genital Pain: The Mediation Role of Sexually Related Thoughts. *J Sex Marital Ther*. 2018; 44 (3): 238-248. DOI: 10.1080/0092623X.2017.1405298. Epub 2018 Feb 8. PMID: 29144855.
74. Mendonça C. R., Arruda J. T., Noll M., Campoli P. M. O., Amaral W. N. D. Sexual dysfunction in infertile women: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2017; 215: 153-163. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2017.06.013. Epub 2017 Jun 7. PMID: 28628848.
75. Montejó A. L., Sánchez-Sánchez F., De Alarcón R., Matías J., Cortés B., Matos C., Martín-Pinto T., Ríos P., González-García N., Acosta J. M. Switching to Vortioxetine in Patients with Poorly Tolerated Antidepressant-Related Sexual Dysfunction in Clinical Practice: A 3-Month Prospective Real-Life Study. *J Clin Med*. 2024; 13 (2): 546. DOI: 10.3390/jcm13020546. PMID: 38256680; PMCID: PMC10816261.
76. Montejó A. L., Prieto N., de Alarcón R., Casado-Espada N., de la Iglesia J., Montejó L. Management Strategies for Antidepressant-Related Sexual Dysfunction: A Clinical Approach. *J Clin Med*. 2019; 8 (10): 1640. DOI: 10.3390/jcm8101640. PMID: 31591339; PMCID: PMC6832699.
77. Салахова А. И., Ягубов М. И. Сексуальная дисфункция при применении антидепрессантов у пациентов с тревожными и депрессивными расстройствами (алгоритм ведения и коррекции). Современная терапия психических расстройств. 2024 (2), 56-67. <https://doi.org/10.21265/PSYPH.2024.31.31.006>.
Salakhova A. I., Yagubov M. I. Sexual dysfunction in the use of antidepressants in patients with anxiety and depressive disorders (algorithm of management and correction). *Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroistv*. 2024 (2), 56-67. (In Russ.) <https://doi.org/10.21265/PSYPH.2024.31.31.006>.
78. Pereira V. M., Arias-Carrión O., Machado S., Nardi A. E., Silva A. C. Sex therapy for female sexual dysfunction. *Int Arch Med*. 2013; 6 (1): 37. DOI: 10.1186/1755-7682-6-37. PMID: 24066697; PMCID: PMC3849542.
79. Şafak Öztürk C., Arkar H. Vajinismuslu Çiftlerde Bilişsel Davranışçı Terapinin Cinsel Doyum, Evlilik Uyumu, Depresyon ve Anksiyete Belirti Düzeyleri Üzerine Etkisi [Effect of Cognitive Behavioral Therapy on Sexual Satisfaction, Marital Adjustment, and Levels of Depression and Anxiety Symptoms in Couples with Vaginismus]. *Türk Psikiyatri Derg*. 2017; 28 (3): 172-180. Turkish. PMID: 28936816.
80. Rosenbaum T. Y., Owens A. The role of pelvic floor physical therapy in the treatment of pelvic and genital pain-related sexual dysfunction (CME). *J Sex Med*. 2008; 5 (3): 513-523; quiz 524-5. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2007.00761.x. PMID: 18304280.
81. Bossini L., Fortini V., Casolaro I., Caterini C., Koukouna D., Cecchini F., Benbow J., Fagioli A. Dysfunkcje seksualne, choroby psychiczne a jakość życia — praca przeglądowa [Sexual dysfunctions, psychiatric diseases and quality of life: a review]. *Psychiatr Pol*. 2014; 48 (4): 715-26. Polish. PMID: 25314799.
82. Basson R., Gilks T. Women's sexual dysfunction associated with psychiatric disorders and their treatment. *Womens Health (Lond)*. 2018; 14: 1745506518762664. DOI: 10.1177/1745506518762664. PMID: 29649948; PMCID: PMC5900810.
83. Васильченко Г. С. Сексopatология. Справочник. М.: Медицина, 1990. 576 с.
Vasilchenko G. S. Sexopathology. Reference book. Moscow: Medicina, 1990. 576 P. (In Russ.)

Сведения об авторах:

Ягубов Михаил Ибрагимович, д.м.н., руководитель отделения сексологии, Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Россия, 107076, Москва, ул. Потешная, 3, к. 10; yagubov@mail.ru

Кан Игорь Юльевич, к.м.н., старший научный сотрудник отделения сексологии, Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Россия, 107076, Москва, ул. Потешная, 3, к. 10; y.iuwanow@yandex.ru

Добаева Наида Владимировна, к.м.н. научный сотрудник отделения сексологии, Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Россия, 107076, Москва, ул. Потешная, 3, к. 10; dona19@mail.ru

Айрияны Ирина Рудольфовна, к.м.н., научный сотрудник отделения сексологии, Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Россия, 107076, Москва, ул. Потешная, 3, к. 10; nira69@mail.ru

Information about the authors:

Mikhail 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; y.iuwanow@yandex.ru

Naida V. Dobaeva, 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; dona19@mail.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 01.08.2024

Поступила после рецензирования/Revised 04.09.2024

Принята в печать/Accepted 08.09.2024