

Расстройства полового влечения у мужчин при пограничных психических расстройствах

И. Ю. Кан, М. И. Ягубов

Многофакторность формирования сексуальной патологии, полиморфность ее клинической картины требуют комплексного подхода в диагностике. Пациенты далеко не всегда обращаются к сексологу и в первую очередь посещают урологов, гинекологов, эндокринологов, терапевтов и даже ищут помощи у представителей нетрадиционной медицины. Расстройства полового влечения требуют диагностического анализа и распознавания, поскольку часто не осознаются, не предъявляются пациентами и не фиксируются врачами, не имеющими специальной сексологической подготовки.

В более современных классификациях (МКБ-10, DSM-IV, DSM-V) [1–3] при описании расстройств либидо используются в основном определения, характеризующие степень снижения или повышения полового влечения. Вариабельность и детали в характеристиках данной группы нарушений практически отсутствуют, что может быть объяснено, наряду с другими причинами, недостаточным учетом взаимного влияния расстройств либидо и психической патологии. Между тем наличие тесной взаимосвязи нарушений сексуального влечения с психическими расстройствами отмечается многими специалистами [4–10]. Ранее часто применялась диагностическая категория «подавленное сексуальное влечение» или «подавленное сексуальное возбуждение» (DSM-III) [10, 11]. При этом предполагалось теоретическое допущение, что некая гипотетическая ингибирующая сила (психодинамическая, условно-рефлекторная или какая-либо другая) блокирует проявление «нормального» либидо. Еще более неопределенными, включающими широкий диапазон мужских и женских сексуальных нарушений, являлись термины «импотенция» и «фригидность». К «импотенции» и «фригидности» относили половые расстройства у мужчин и женщин, включая «отсутствие полового влечения». Постепенно специалисты практически полностью отказались от употребления этих терминов.

Сведения о распространенности расстройств полового влечения, содержащиеся в научной литературе, отрывочны и не совпадают в разных источниках. По данным некоторых авторов отсутствие сексуального желания является одной из наиболее частых жалоб среди женатых пар. По их наблюдениям [12], 15% мужчин высказывают жалобы на отсутствие желания сексуальной активности. По данным литературы [10, 13] 8% пар имеют сношения реже одного раза в месяц, а в 22% случаев имеют место жалобы на ослабление сексуального влечения.

По нашим данным [14], несмотря на то, что среди жалоб, предъявляемых пациентами при обращении за сексологической помощью, преобладает расстройство эрекции и эякуляции, более детальное обследование выявляет расстройства полового влечения не менее чем в 25–30% случаев. Врачи соматической практики, к которым обращаются пациенты за помощью, нередко не уделяют внимания или не распознают те психические нарушения, которые чаще всего оказываются причиной расстройств полового влечения и проявляются субдепрессивными и астеническими нарушениями. На фоне подобной клинической картины пациентам часто назначают различные гормональные средства, противовоспалительные препараты, биологически активные добавки, витамины, которые оказываются неэффективными. Анализ работ отечественных авторов в области сексopatологии и психиатрии позволяет обнаружить в основном упоминания о данной проблеме. В современной зарубежной научной литературе [15–17] удается найти больше информации, прямо либо косвенно затрагивающей эту тематику. Следует отметить, что подобные работы немногочисленны и теряются в потоке исследований [18–20], посвященных другим сексуальным расстройствам.

В настоящей статье особое внимание уделено дифференциальной диагностике и клиническим особенностям расстройств полового влечения, а также представлены лечебно-реабилитационные мероприятия.

Особенности клинической картины

У описываемых больных нарушения полового влечения обусловлены пограничными психическими расстройствами.

Расстройства сексуального влечения в клинике биполярного аффективного расстройства выявляются на фоне замедления или подавления практически всех компонентов психической сферы: эмоциональной, интеллектуальной и поведенческой. Нарушение либидо, ангедония (неспособность получать удовольствие, в том числе и от сексуальных отношений), наряду с угнетением других влечений, например пищевого инстинкта, являются клиническим проявлением депрессии в сочетании с замедлением процессов мышления и речи, снижением общей двигательной активности и энергичности, подавлением или утратой инстинкта самосохранения. Дефицит витальных побуждений, в том числе полового влечения, проявляется множеством симптомов, препятствующих нормализации сексуальных взаимоотношений, — от простой вялости и сниженного жизненного тонуса до состояния разбитости, потери энергии, окаменелости и полного бессилия. Нарушение либидо при биполярной депрессии носит тотальный характер, имеющий суточную и сезонную ритмику с формированием стойкой и полной алибидемии, не зависящий от внешних факторов.

При тревожно-депрессивных состояниях (в основном при субдепрессиях), в отличие от тоскливых и апатических, нередко имеют место кратковременные эпизоды повышения полового влечения.

Определенная зависимость прослеживается между изменением либидо и психопатологическими особенностями маниакального состояния. При типичных вариантах гипомании и мании повышение полового влечения больных выражено значительно сильнее, чем при атипичных. В наибольшей степени либидо повышается при типичной мании, далее в порядке убывания интенсивности полового влечения следуют типичная гипомания, атипичная мания и атипичная гипомания. При умеренном повышении полового влечения поведение больных остается относительно упорядоченным. В случаях выраженной гиперсексуальности последовательность и целенаправленность сексуального поведения утрачиваются. Половые расстройства при маниакальных состояниях, в отличие от депрессивных, никогда не становятся предметом ипохондрических переживаний больных и не приобретают характер психогении.

Сексуальные нарушения со снижением или повышением полового влечения нередко встречаются в межфазном промежутке, что становится для больных особенно актуальным, поскольку в значительной степени затрудняет восстановление их личного и социального статуса.

У пациентов с невротической депрессией расстройства полового влечения могут возникать на фоне умеренных (функциональных) поведенческих и соматовегетативных расстройств. Невротические депрессии обычно начинаются после очевидной психотравмирующей ситуации или после череды неприятных событий. Выраженность жалоб на сексуальные нарушения, особенно на расстройства либидо, колеблется в зависимости от выраженности депрессивной симптоматики, когда «светлые» дни перемежаются с периодами мрачного настроения, плаксивости, повышенной тревожности или раздражительности. При этом снижение либидо носит транзиторный характер, интенсивность которого может меняться в зависимости от различных обстоятельств.

Нередко нарушения полового влечения наблюдались в рамках неврастения. В клинической картине расстройства помимо сексуальных дисфункций преобладают астенические нарушения. Больные бывают раздражительными, невнимательными, тревожными, создают вокруг себя напряженную обстановку. При этом общение в семье сводится до минимума. Раздражительность, несдержанность затрудняют общение и понимание между супругами. На этом фоне возникают конфликты, ссоры, которые еще больше снижают сексуальную предприимчивость и активность, возникшую в рамках астенической симптоматики. Вовлечение сексуальной сферы в клиническую картину невроза, вызванного несексуальными факторами, становится дополнительной травмой, отягощает состояние пациента и способствует его затяжному течению. Помимо астенической симптоматики наблюдаются и нерезко выраженные тревожные и депрессивные проявления. Урежаются попытки интимной близости, вплоть до их прекращения. Осознание факта сексуальной несостоятельности приводит к реактуализации сексуальной сферы. В клинической картине происходит смещение акцента с невротических симптомов на сексуальные расстройства. На фоне сниженного сексуального влечения пациенты предпринимают редкие половые контакты из-за чувства долга по отношению к жене, чтобы избежать обид и упреков с ее стороны. Нарастающее ухудшение межличностных отношений, вызванное сексуальной дезадаптацией супругов, являясь усугубляющим фактором, приводит к еще большему утяжелению состояния и тем самым создает новые препятствия в нормализации половой жизни. На этом фоне пациенты отмечают также нарушение эрекции, эякуляции и бледность оргастических ощущений. По мере своего развития сексуальное расстройство занимает у всех больных ведущее место в структуре невроза и усугубляет его течение вследствие дополнительной психотравматизации личности больного.

Характерными для всех пациентов с шизотипическим расстройством являются: аутохтонная манифестация заболевания; возраст начала заболевания не старше 30 лет; характерологический сдвиг в виде нарастающей шизоидизации (аутизм, трудности контакта с окружающими, грубый эгоизм, парадоксальность эмоций и поведения), происходящий медленно в течение десятилетий. Обращает на себя внимание контраст между сохраняющейся психической активностью, подчас достаточно высокой работоспособностью и вычурностью, необычностью внешнего облика и всего образа жизни. Психогенные реакции, наблюдающиеся у данных пациентов, характеризуются депрессивными, истеродепрессивными и депрессивно-ипохондрическими проявлениями. Эти реакции протекают по закономерностям нажитой реактивной лабильности, сформированной в результате эндогенного процесса. Обычно психогенные реакции возникают по объективно малозначительным событиям повседневной жизни.

Аффективные расстройства выступают в виде стертых невротических или соматизированных депрессий. Стертые аффективные фазы имеют вид сезонных колебаний настроения, и нередко собственно депрессивный аффект маскируется множеством жалоб на тягостные ощущения и сексуальные нарушения и сопровождается усилением раздражительности, сензитивности, угнетенностью, ангедонией, обостренной склонностью к самоанализу. Расстройства либидо у больных с шизотипическими расстройствами обусловлены аффективными и астеническими расстройствами. Пациенты с преобладанием в клинической картине явлений сенестоипохондрии неоднократно обращаются к врачам общей практики с жалобами на слабость, утомляемость, гипергидроз, тошноту, одышку, болевые ощущения в различных органах, подозревая у себя различные заболевания. Неоднократно они обращаются также к урологам с жалобами на сексуальные расстройства, болевые ощущения в половых органах и неприятные ощущения после сексуальных контактов. Жалобы больных носят странный характер. Пациенты рисуют

сложные схемы сосудистого и нервного обеспечения половых органов и дают нелепое объяснение их нарушений, которое невозможно выявить тем диагностическим оборудованием, которое имеется в медицинских учреждениях, где они проходят обследование. Частой причиной возникновения сексуальных расстройств они называют «инфекцию», которую не могут выявить, мастурбацию, которая нанесла вред, возможную травму, нанесенную женщиной при «неосторожной и грубой манипуляции с его половыми органами», перенесенное в детстве простудное заболевание и т. п. Причину характерных для этих больных затяжных депрессивных нарушений они ищут в соматическом недомогании.

Пациенты с преобладанием явлений деперсонализации предъявляют жалобы на ощущения «собственной» измененности, снижение интереса ко всему, в том числе к противоположному полу. Они отказываются от сексуальных контактов не потому, что они неудачны, а потому что они не доставляют никакого удовольствия, даже неприятны. Состояние пациентов можно охарактеризовать как «соматопсихическую деперсонализацию» на фоне хронической депрессии.

В клинической картине бедного симптомами шизотипического расстройства преобладают аффективные нарушения в виде тоскливой депрессии с ипохондрическими идеями и рудиментарными сенестопатиями. Со временем формируется стойкий астенический дефект с интеллектуальной и эмоциональной бедностью. На этом этапе обращение их к врачу вызвано не столько сексуальной проблемой, сколько тяжестью психического состояния.

Ведущей сексуальной патологией у пациентов с шизотипическим расстройством является расстройство сексуального влечения. Особенностью их либидо является то, что оно основано на далеких от реальности эротических фантазиях, быстро ослабевает и дезактуализируется. Свойственное больным аутистическое фантазирование с течением времени становится все более абстрактным, оторванным от реальности. Возникшее расстройство эрекции, эякуляции является результатом несоответствия эротических фантазий при мастурбации и ощущений при половом акте. Больные предпочитают мастурбировать, а не вступать в интимные отношения с реальными партнерами. У данной группы пациентов расстройства либидо проявляются аутохтонной астенией, отличающейся от астенических состояний, также имеющих место при экзогенно-органической патологии. Нарушения либидо и половой активности, не преходящие и не зависящие от внешних влияний, отмечаются на фоне замедления психических процессов, тесно связанных с расстройствами мышления. Больным тяжело сосредоточиться на сексуальном контакте.

Для нарушений полового влечения при органических психических расстройствах характерна определенная динамика в виде стойкого снижения либидо. Пациенты не находят в себе сил и желания вступать в интимные контакты. Важным дифференциально-диагностическим критерием, отличающим расстройства сексуального влечения при астенических расстройствах от проявлений аутохтонной астении, является сочетание нарушений либидо с быстро появляющимися признаками утомления, которые возникают в связи с повышенной чувствительностью к различным астенизирующим факторам. Выраженная эмоциональная лабильность, часто сочетающаяся с повышенной утомляемостью, беспокоит пациентов с раннего детства и, по-видимому, является результатом воздействия патогенных факторов в раннем периоде. С помощью клинко-психопатологического анализа имеющихся данных выделены два психопатологических варианта органического астенического расстройства резидуального генеза: гиперстенический и гипостенический. При гипостеническом варианте преобладают признаки повышенной психической и физической истощаемости, аффективной лабильности со сниженным настроением. Ухудшение общего состояния в сочетании с нарастанием жалоб с сексуально-тематическим оформлением достаточно отчетливо просматривается при декомпенсации резидуально-органического церебрастенического синдрома. На фоне астении отмечаются нарушения эмоционального реагирования со снижением аффективной реактивности с соматизацией, монотонностью, торпидностью. Сексуальные расстройства у этих пациентов проявлялись снижением полового влечения и нередко ускоренным семяизвержением. У больных со слабой половой конституцией наблюдаются ослабление эрекции и нарушение оргазма. У пациентов с гиперстеническим вариантом на первый план выступают расстройства преимущественно возбудимого радикала с выраженной расторможенностью, недостаточностью активного внимания, неустойчивостью поведения и настроения. Больные проявляют непоседливость, неугомонность, шумны и беспечны. Можно характеризовать их как чрезмерно подвижных, безудержных. Двигательная расторможенность, неорганизованность, импульсивность сочетаются с повышенной утомляемостью, раздражительной слабостью. Новые жизненные этапы, связанные с изменением привычной обстановки, в том числе начало половой жизни, смена сексуальной партнерши, сопровождаются, в первую очередь, декомпенсацией церебрастенической симптоматики, что существенно снижает адаптивные механизмы. Прежде всего, в дезадаптивных реакциях обостряется присущая этим пациентам гиперактивность. Дезадаптация проявляется расстройством поведения с коморбидным гиперкинетическим синдромом.

Лечебно-реабилитационные мероприятия

Лечебно-реабилитационные мероприятия носят комплексный и поэтапный характер. Терапевтическая тактика строится с учетом определяющей роли психической патологии и выявленных в ходе исследования факторов, участвующих в ее формировании. В связи с этим на первом этапе терапии основной акцент делается на

психофармакотерапии и психотерапии. Последовательность и объем этих мероприятий зависят от характера психической патологии. Для предупреждения отрицательного их действия на половую функцию препараты назначаются в малых и средних терапевтических дозах и по возможности выбираются те, которые не имеют или оказывают минимальное побочное действие на сексуальную активность.

При нарушениях либидо в рамках аффективного расстройства основной терапии остается комплекс мероприятий, направленный на ликвидацию и профилактику собственно аффективных нарушений с учетом клинко-динамической ситуации. В комплексе психотерапевтических мероприятий особая роль должна быть отведена специальным беседам с партнершами больных. Их целью является коррекция межличностных отношений супругов, разъяснение преходящего характера половых расстройств у мужа.

Лечение у пациентов со снижением либидо на фоне невротической депрессии начинается с психотерапии от момента первого посещения и продолжается на всех этапах лечебно-реабилитационных мероприятий, основываясь на различных методах (рациональной с элементами когнитивной и поведенческой терапии, релаксационной и суггестивной). Антидепрессанты применяются малыми курсами (2–4 недели). Назначается один из антидепрессантов сбалансированного или стимулирующего действия, а пациентам с тревожно-депрессивной реакцией — один из антидепрессантов седативного действия или транквилизаторов.

Больным с шизотипическим расстройством назначаются антидепрессанты в сочетании с нейролептиками. Нейролептики назначаются в малых и средних дозах. При их выборе учитывается как их активизирующее действие, так и эффективность. В некоторых случаях применяются и транквилизаторы.

При неврастении терапевтические мероприятия включают комбинацию психотерапии и антиастенической терапии с применением средств, повышающих выносливость. Нормализуется режим труда и отдыха, физическая активность.

Больным с нарушениями полового влечения при органических психических расстройствах назначают препараты нейрометаболического действия (ноотропы и средства, улучшающие мозговое кровообращение).

Психотерапевтическая работа с больными начинается с момента первого посещения, продолжается на всех этапах лечебно-реабилитационных мероприятий и основывается на различных методах психотерапевтического воздействия (рациональной с элементами когнитивной и поведенческой терапии, релаксационной и суггестивной). На первом этапе пациента постепенно подводят к мысли о целесообразности приема психотропных средств как необходимого звена в комплексе лечебно-реабилитационных мероприятий. Факт неэффективного лечения ранее у врачей других специальностей используется для убеждения пациента в наличии психической патологии и необходимости ее коррекции. Так как межличностные конфликты между супругами предшествуют в некоторых случаях развитию сексуальных дисфункций или развиваются вслед за возникшими сексуальными проблемами, то точкой приложения психотерапевтических мероприятий являются и семейно-сексуальные отношения. Любые нарушения партнерских отношений могут негативно влиять на сексуальное функционирование индивида. Для решения проблем межличностного взаимодействия с партнером применяются приемы и техники семейной психотерапии. Применение данных психотехник направлено на улучшение взаимной адаптации супружеской пары. Для выполнения этой задачи определяются основные поведенческие паттерны, приводящие к усилению негативных тенденций во взаимоотношениях супругов. Их определение помогает выработать и закрепить на практике более продуктивные формы общения друг с другом; повысить уровень коммуникации между партнерами, 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. Работа с парой, проводимая параллельно с индивидуальной психотерапией, создает очевидные предпосылки для более гармоничного сексуального взаимодействия партнеров.

К концу первого этапа на фоне улучшения настроения, сна, повышения активности, редукции тревожной и соматовегетативной симптоматики возобновляются и учащаются спонтанные эрекции. На этом фоне появляется интерес к сексуальным отношениям. Улучшение настроения и повышение активности пациентами расценивается как положительный результат терапии. Хуже поддаются терапии больные с шизотипическим расстройством, что объясняется природой их синдромологической структуры.

На втором этапе терапии, по мере редукции психопатологической симптоматики у больных с положительной динамикой как психопатологической, так и сексопатологической симптоматики, дозировки препаратов постепенно снижаются. При значительном ослаблении психопатологической симптоматики в схему лечения добавляются средства, повышающие адаптивные возможности пациентов, с целью более полной редукции астенической симптоматики и усиления сексуальной активности. Для этого в течение 3–4 недель назначается адаптогены в сочетании с витаминными препаратами и метаболическими средствами.

Пациенты с положительной динамикой в психической и сексуальной сфере на первом этапе к концу второго этапа терапии, на фоне месячного курса приема стимулирующих и тонизирующих средств и продолжающегося психотропного лечения, отмечают дальнейшее улучшение состояния, проявляющееся в значительной редукции психопатологической симптоматики и повышении сексуального влечения. На этом фоне учащается и улучшается

качество как спонтанных, так и адекватных эрекций.

Третий этап лечебно-реабилитационных мероприятий направлен на сексуальную реадaptацию. С этой целью применяются методы рациональной терапии, включающие секстерапевтические рекомендации с учетом индивидуальных особенностей пары.

Анализ динамики клинической картины расстройств сексуального влечения показывает, что в первую очередь редуцируется аффективная симптоматика. Уже на этом фоне появляется интерес к сексуальной активности с учащением спонтанных эрекций. Сексуальная предприимчивость повышается на втором этапе терапии и сопровождается дальнейшим улучшением психического состояния с нивелированием выраженности патологических ощущений. На начальных этапах психофармакотерапии у части больных может наблюдаться некоторое усугубление сексологической симптоматики в виде урежения и ухудшения эрекции и затруднения семяизвержения с последующим улучшением, начиная со 2–3 недели лечения. После 1-й и 2-й недели терапии больные отмечают улучшение сна, повышение настроения, активности и успокоение. Они начинают оптимистичнее оценивать возможность начала или возобновления половой жизни. На последующих этапах психофармакотерапии и терапии, активирующей сексуальную активность в сочетании с психотерапией, наряду с улучшением психического состояния улучшаются и показатели сексуальной активности. Возобновляются спонтанные эрекции, они возникают чаще и сильнее, даже у тех больных, у которых отмечалось их исчезновение в начале психофармакотерапии. Порой улучшение спонтанных эрекций сопровождается появлением ранее присущего либидозного сопровождения.

Заключение

Таким образом, изучение расстройств полового влечения у мужчин с пограничными психическими расстройствами с определением их клинических особенностей является важным диагностическим критерием для квалификации психической патологии и выработки адекватной терапевтической и реабилитационной программы. Разработанные лечебно-реабилитационные мероприятия, включающие психотерапевтические методы и дифференцированное применение фармакологических средств, эффективны, поскольку они направлены не только на нормализацию сексуальной функции, но и на редукцию психопатологической симптоматики и коррекцию партнерских отношений.

Литература

1. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. СПб: АДИС, 1994. 304 с.
2. Diagnostic and statistical manual of mental disorders — DSM—IV, Forth edition. American Psychiatric Association, Washington, D. C., 1994. 886 p.
3. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. United States: American Psychiatric Association, 2013. 947 p.
4. Васильченко Г. С. и др. Сексopatология: Справочник. М.: Медицина, 1990. 576 с.
5. Агарков С. Т. Сексуальные расстройства как причина развития супружеской дезадаптации (обзор) // Сексология и сексopatология. 2005; 1: 2–9.
6. Мосолов С. Н. Клиническое применение антидепрессантов. СПб, 1995, с. 437.
7. Доморацкий В. А. Сексуальные нарушения и их коррекция: краткое диагностическое пособие по диагностике и лечению психогенных сексуальных дисфункций. Ростов-на-Дону: Феникс, 2003, 288 с.
8. Пушкарь Д. Ю. и др. Урология: учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования, обучающихся по специальности 060101.65 «Лечеб. дело» по дисциплине «Урология». М.: ГЭОАР-Медиа, 2013. 384.
9. Кибрик Н. Д., Ягубов М. И., Кан И. Ю. Нарушения полового влечения у мужчин в клинике психических расстройств непсихотического уровня: Методические рекомендации. М., 2017. 23 с.
10. Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия. В 2 т. Т. 1. Пер. с англ. М.: Медицина, 1994. 672 с.
11. Mezzich J. E. International experience with DSM—III // J. Nervous Mental Disorders. 1985, 173: 12.
12. Masters W. H., Johnson V. Human sexual inadequacy. London, Churchill, 1970.
13. Abdallah R. T., Simon J. A. Testosterone therapy in women: its role in the management of hypoactive sexual desire disorder // Int. J. Impotence Research. 2007. Vol. 19. P. 458–463.
14. Ягубов М. И., Кибрик Н. Д., Кан И. Ю. Расстройства либидо у мужчин: вопросы клиники // Андрология и генитальная хирургия. 2016, № 4, т. 17, с. 10–16.
15. Management of Sexual Dysfunction in Men and Women: An Interdisciplinary Approach / Edit. Lipshultz L. I., Alexander W. Pastuszak, Goldstein A. T., Giraldo A., Perelman M. A. Springer Science + Business Media New York, 2016. P. 169.
16. Beutel M. Psychosomatic aspects in the diagnosis and treatment of erectile dysfunction // J. Andrologia. 1999, 31, suppl. P. 37–44.
17. De Rose A. F., Gallo F., Bini P. M., Gattuccio I., Chiriaco V., Terrone C. Epidemiology of sexual disorders in general medical practice: An Italian survey // Urologia. 2019, Apr 14: 391560319842955. DOI: 10.1177/0391560319842955. Retrived from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30983516> (date of access 05.06.2019).
18. Nguyen H. M. T., Gabrielson A. T., Hellstrom W. J. G. Erectile Dysfunction in Young Men-A Review of the Prevalence and Risk Factors // Sex Med Rev. 2017, Oct; 5 (4): 508–520. DOI: 10.1016/j.sxmr.2017.05.004. Epub 2017 Jun 20.

Retrived from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28642047> (date of access 06.06.2019).

19. Krishnappa P., Fernandez-Pascual E., Carballido J., Martinez-Salamanca J. I. Sildenafil/Viagra in the treatment of premature ejaculation // Int J Impot Res. 2019, Mar; 31 (2): 65–70. DOI: 10.1038/s41443-018-0099-2. Epub 2019 Mar 5. Retrived from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30837718> (date of access 06.06.2019).
20. Yafi F. A., Jenkins L., Albersen M., Corona G., Isidori A. M., Goldfarb S., Maggi M., Nelson C. J., Parish S., Salonia A., Tan R., Mulhall J. P., Hellstrom W. J. Erectile dysfunction // Nat Rev Dis Primers. 2016, Feb 4; 2: 16003. DOI: 10.1038/nrdp.2016.3. Retrived from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27188339> (date of access 05.06.2019).

М. И. Ягубов¹, доктор медицинских наук

И. Ю. Кан, кандидат медицинских наук

ФГБУ НМИЦЛН им. В. П. Сербского Минздрава России, Москва

¹ Контактная информация: yaguobov@mail.ru

DOI: 10.26295/OS.2019.95.12.009

Расстройства полового влечения у мужчин при пограничных психических расстройствах/ М. И. Ягубов, И. Ю. Кан

Для цитирования: Лечащий врач № 10/2019; Номера страниц в выпуске: 47-51

Теги: мужчины, отсутствие сексуального желания, расстройство эрекции.

© «Открытые системы», 1992-2019. Все права
защищены.