

Гіпоактивний статевий потяг, обумовлений психічними і неврологічними розладами

Г. С. Кочарян

Харківська медична академія післядипломної освіти

У статті наводяться дані щодо гіпоактивного статевого потягу при невротичних і пов'язаних зі стресом розладах (неврастенії, тривожно-фобічних та обсесивно-компульсивних розладах, включаючи синдром тривожного очікування сексуальної невдачі, дисоціативних розладах, розладах адаптації [пролонгованій депресивній реакції, тривожно-депресивній реакції]). Зокрема, характеризуючи сексуальні розлади у хворих на неврастенію, одна група авторів вважає, що ці розлади відрізняються залежно від форми цього захворювання (гіперстенічної, гіпостенічної). На їхню думку, при гіперстенічній формі спостерігають підвищену збудливість статевої сфери, що може призводити до появи різних сексуальних розладів, включаючи підвищення лібідо. При гіпостенічній формі неврастенії, на думку цієї групи авторів, можуть відзначатися різноманітні гіпоактивні сексуальні прояви, включаючи зниження лібідо, а крім цього, передчасну еякуляцію. Інша група дослідників фіксували у хворих на неврастенію, незалежно від її форми, лише гіпофункціональні сексологічні прояви, а також передчасну еякуляцію (тобто ті симптоми, які були названі першою групою авторів як характерні для гіпостенічної форми неврастенії).

Також у статті наведені дані щодо гіпоактивного статевого потягу, який може спостерігатися при розладах особистості та акцентуація характеру (шизоїдному розладі особистості та шизоїдній акцентуації характеру, акцентуація циклоїдного, астеноневротичного, істероїдного, нестійкого, психастенічного, сенситивного та інфантильно-залежного типів); розладах настрою [афективних розладах] (дистимії [депресивному неврозу], біполярному розладі); шизофренії; розумовій відсталості (олігофреніях); деменції, обумовленій органічними ураженнями головного мозку; епілепсії; органічними ураженнями головного мозку; розсіяному склерозі.

Наведено клінічні спостереження, де йдеться про гіпоактивний статевий потяг у хворих на шизофренію та органічне ураження головного мозку.

Ключові слова: гіпоактивний статевий потяг, психічні розлади, неврологічна патологія.

Hypoactive sexual desire due to mental and neurological disorders

G. S. Kocharyan

The article presents data on hypoactive sexual desire which occurs in neurotic and stress-related disorders (neurasthenia, anxiety-phobic and obsessive-compulsive disorders, including the syndrome of anxious expectation of sexual failure, dissociative disorders, adaptation disorders [prolonged depressive reaction, anxiety-depressive reaction]). In particular, characterizing sexual disorders in patients with neurasthenia, one group of authors believes that these disorders differ depending on the form of this disease (hypersthenic, hyposthenic). In their opinion, in the hypersthenic form increased excitability of the sexual sphere is observed which can lead to the appearance of various sexual disorders, including increased libido. In the hyposthenic form of neurasthenia, according to this group of authors, various hypoactive sexual manifestations can be noted, including a decrease in libido, and in addition, premature ejaculation. Another group of researchers found in patients with neurasthenia, regardless of its form, only hypofunctional sexological manifestations, as well as premature ejaculation (that is, those symptoms that were named by the first group of authors as characteristic of the hyposthenic form of neurasthenia).

The article also presents data on hypoactive sexual desire which can be observed in personality disorders and character accentuations (schizoid personality disorder and character schizoid accentuation, accentuations of the cycloid, asthenoneurotic, hysteroid, unstable, psychasthenic, sensitive and infantile-dependent types); mood disorders [affective disorders] (dysthymia [depressive neurosis], bipolar disorder); schizophrenia; mental retardations; dementia due to organic brain damages; epilepsy; organic brain damages; multiple sclerosis. Clinical observations are given; these concern hypoactive sexual desire in patients with schizophrenia and organic brain damage.

Keywords: hypoactive sexual desire, mental disorders, neurological pathology.

Ослаблення/відсутність статевого потягу може бути зумовлено психічною та неврологічною патологією, що буде представлено нижче.

Невротичні розлади і розлади адаптації

Хотілося б спеціально наголосити на тому факті, що за останні десятиліття відбулися значні зміни в термінології

неврозів. Так, в СРСР, а потім у СНД було прийнято виділяти три або чотири форми неврозу. У першому випадку це неврастенія, істеричний невроз і невроз нав'язливих станів (Ленінград, Харків та ін.), а в другому – до цих форм додавали ще депресивний невроз (Москва та ін.).

Відповідно до МКХ-9, яка була адаптована в СНД, слід розрізняти 10 форм різних неврозів. Правомір-

ність виділення частини з них оспорується багатьма вітчизняними авторами. Сьогодні на пострадянському просторі активно використовується МКХ-10, що характеризується відходом від нозологічного принципу. У ній відсутня загальна класифікаційна рубрика «Неврози», яка замінена рубрикою «Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади» (F40-48). З колишніх назв неврозів у ній можна знайти лише неврастенію (F48.1), якій «пощастило» бути включеною лише до групи «Інші невротичні розлади» (F48). І якщо в загальній рубриці «Невротичні, пов'язані зі стресом та соматоформні розлади» знайшлося місце неврозу нав'язливих станів та істеричному неврозу (звісно під іншими найменуваннями), то депресивний невроз під назвою «дистимія» (F34) «знайшов свій притулок» у загальній рубриці «Хронічні афективні розлади настрою» (F34), яка як складова увійшла до збірної рубрики «Афективні розлади настрою» (F3). Таким чином депресивний невроз опинився в одній групі з біполярним розладом.

Американці пішли ще далі. Класифікація DSM-IV взагалі не містить назви жодного неврозу. Вони фігурують у ній під іншими назвами. В американській енциклопедії психічного здоров'я [39] наголошується, що термін «невротичний розлад» не має формального клінічного значення в США і не зустрічається як базова категорія в класифікації психічних розладів американської психіатричної асоціації. Правильно говорити про невротичний процес, що характеризує неусвідомлювані психічні та емоційні конфлікти, здатні до продукування виражених симптомів та проблем. Слід розуміти, що «невротичний процес» – це не діагноз. Сьогодні американськими професіоналами вважається прийнятним використання терміна «невротик». Визнається, що невроз – патологічний психічний та емоційний процес, але невроз відкидається як специфічне захворювання чи розлад.

Називають такі причини, через які не слід використовувати невроз як клінічний діагноз. Одна з них полягає в тому, що розлади, які стоять за ним, є далеко неоднорідними. Цей діагноз охоплює дуже широкий спектр порушень, а тому надто загальний. Інша причина полягає в тому, що термін «невроз» передбачає специфічний теоретичний, переважно психоаналітичний підхід. Поведінкова терапія та когнітивна терапія мають інший теоретичний фундамент. Наголошується, що у зв'язку з цим у США було багато суперечок щодо того, як правильно використовувати слово «невроз». У результаті дійшли того, що виключили його як діагностичну категорію. Разом з тим зберегли за ним право використання як прикметника для опису важких емоційних процесів. В якості прикладів можна навести такі терміни, як «невротичний стиль» і «невротичний парадокс» (тенденція деяких людей з емоційними труднощами поводитися саморуйнівно).

Невротичні розлади можуть спричинити сексуальні дисфункції. За даними різних авторів, останні виявляють у 12–61% хворих із цією патологією. Сексуальні розлади стають додатковим психотравмуючим фактором, що порушує стан здоров'я та спричинює затяжний перебіг хвороби. У деяких випадках статеві розлади,

зумовлені іншими причинами, призводять до виникнення неврозу, що зі свого боку посилює порушення в сексуальній сфері [12].

Слід зазначити, що при невротичних розладах спостерігаються різні ступені зниження лібідо. Цей симптом виникає як наслідок астенії, депресії, а також внаслідок розвитку тривожного побоювання сексуальної невдачі (страху сексуальної невдачі). При таких розладах із вторинним залученням сексуальної сфери в картину неврозу внаслідок занепокоєння станом свого здоров'я може розвинути дезактуалізація сексуальних контактів (зокрема і виражена), що також гальмує лібідо і сексуальну підприємливість.

Слід уявити існуючі погляди на можливість ослаблення чи активізації різних сексуальних проявів у пацієнтів з невротичними розладами (неврозами), включаючи лібідо [12]. Характеризуючи сексуальні розлади при *неврастенії*, одна група авторів вважає, що ці розлади відрізняються залежно від форми цього захворювання (гіперстенічної, гіпостенічної). На їхню думку, при *гіперстенічній формі*, головними проявами якої є дратівливість і запальність, спостерігають підвищену збудливість статевої сфери, що проявляється посиленням лібідо і високою сексуальною підприємливістю, частими спонтанними ерекціями, які можуть виникати з будь-якого найменшого приводу, передчасною еякуляцією, сновидіннями з полюціями. Якщо ж у пацієнтів і відзначається недостатність адекватних ерекцій, то це є наслідком того, що загострений статевий потяг спонукає їх до інтимної близькості раніше появи достатньої напруги статевого члена.

Виникнення названої сексологічної симптоматики при *гіперстенічній формі* неврастенії пояснюють ослабленням процесу активного гальмування і появою дратівливої слабкості в корі головного мозку, що супроводжується збуджуючим впливом на статеві центри. Також наголошується, що підвищена збудливість, властива цій формі, призводить до розгальмовування (посилення) статевого потягу та полегшує виникнення ерекцій. А.М. Свядоц [30] у зв'язку з цим відзначає, що на початковому періоді неврастенії при ослабленні внутрішнього гальмування іноді відзначається період розгальмовування статевого потягу, деякого його посилення, що проявляється прискоренням ерекцій.

При *гіпостенічній формі* неврастенії, головними характеристиками якої є загальна слабкість і підвищена стомлюваність, на думку цієї групи авторів, може відзначатися зниження лібідо, гіпоерекція і повна відсутність адекватних ерекцій, ослаблення спонтанних ерекцій, передчасна еякуляція. Розвиток перелічених симптомів пояснюють поза межним гальмуванням на фоні виснаження збудливого та гальмівного процесу в корі головного мозку, а також функціональним виснаженням спинальних статевих центрів. А. М. Свядоц [30] повідомляє, що при наростанні астенії знижується і статева активність, що обумовлюється втратою інтересу до протилежної статі.

У зазначених випадках є спроби пояснити існуючу при неврастенії сексологічну симптоматику, спираючись на нейродинамічну концепцію.

Інша група дослідників знаходила у хворих на неврастенію, незалежно від її форми, лише гіпофункціональні сексологічні прояви, а також передчасну еякуляцію (тобто ті симптоми, які були названі першою групою авторів як характерні для гіпостенічної форми неврастенії). Однак до цих симптомів додають зменшення насиченості оргастичних відчуттів, що спостерігається в низці випадків. Крім цього наголошується, що спонтанні ерекції можуть не тільки ослабнути, а й повністю зникнути, так само як еротичні сновидіння та нічні полюції.

Пояснюючи неможливість активізації сексуальних функцій у хворих на неврастенію, друга група авторів апелює до концептуальних підходів П. К. Анохіна [1]. Відзначається, що у хворого на невроз відбувається «гальмування» статевої діяльності, мабуть обумовлене тим, що при його розвитку організм самостійно включає механізми, які викликають гальмування статевої діяльності. Зазначене гальмування в цьому випадку можна вважати біологічно доцільним захисним пристосуванням організму до екстремальних умов. Дослідники, які дотримуються цих поглядів, відзначають, що слід переглянути поширену в сексології думку, згідно з якою у початковий період неврастенії (у так званій гіперстенічній її стадії) відзначаються етап розгальмування статевого потягу та підвищена статева збудливість. На їхню думку, важко припустити, що саме при розвитку неврастенії (що відрізняється від інших форм неврозів швидким виникненням на самому початку хвороби масової астеничної симптоматики) спостерігалось посилення сексуальності хворих. Сказане вони підтверджують і тим, що саме в цей період відзначається дезактуалізація сексуальних відносин [20].

На доказ неспроможності точки зору авторів, що орієнтуються тільки на нейродинамічну концепцію, їх опоненти підкреслюють, що при гіпостенічній формі неврастенії на відміну від гіперстенічної слід було б очікувати не передчасну еякуляцію, а навпаки, її уповільнене, утруднене настання, оскільки при першій з указаних форм превалює «активне гальмування» в корі головного мозку. Водночас за обох названих форм відзначалася лише передчасна еякуляція [20].

У жінок, які страждають на неврастенію, крім інших сексуальних розладів, також фіксують зниження лібідо та сексуальної активності.

При *істеричному неврозі* (дисоціативні/конверсійні розлади у МКХ-10) ключова симптоматика має умовно приємний (умовно бажаний) характер. Завжди можна відзначити раціональний вибір симптомів, що дозволяють їм бути вигідними для пацієнта в конкретній ситуації. Клінічна симптоматика у хворих на істеричний невроз відповідає їхнім уявленням про ту соматичну або психічну недугу, яка нібито у них є. Розлади при цій патології можуть імітувати різні психічні чи соматичні захворювання. Хворіють на зазначену форму неврозу переважно люди з істероїдними рисами характеру, проте для його виникнення це зовсім необов'язково.

В описі клініки статевих розладів у чоловіків при істеричному неврозі простежуються розбіжності. Так, одні автори вважають, що можливі як активізація,

так і пригнічення сексуальної сфери, інші стверджують, що можливе лише друге. Як гіперфункціональні сексологічні прояви називають підвищене лібідо, неконтрольовану гіперсексуальність, які пояснюють порушенням підкорення підкорки впливам кори, схильної у цих хворих до гальмування та перебування в гіпнотичному стані. Зниження лібідо пов'язують із гальмуванням у системі коркового представництва безумовних статевих рефлексів. Ослаблення лібідо також пояснюють переважанням підкорки над ослабленою корою, внаслідок чого адекватні сексуальні подразники стають надсильними та викликають поза межне гальмування рефлексів. Висловлюється і прямо протилежна думка, згідно з якою у чоловіків при істеричному неврозі посилюється коркова першосигнальна компонента (ерос) та пригнічується підкіркова та спинальна регуляція [20].

У жінок сексуальні розлади, що розвиваються за істеричним механізмом умовної приємності, діагностують частіше, ніж у чоловіків. Їх проявами, поряд з іншими, можуть бути різні ступені зниження сексуального лібідо, аж до його функціональної редукції. Наприклад, це може бути пов'язане з конфліктами в подружній парі, коли ослаблення лібідо може спонукати чоловіка до «правильної» поведінки.

При *неврозі нав'язливих станів* (тривожно-фобічні та обсесивно-компульсивні розлади в МКХ-10) смислове поле (семантика) нав'язливостей в інтелектуальній сфері (обсесії) та фобій (нав'язливих страхів) може безпосередньо стосуватися сексуальної сфери. У цих випадках йдеться про синдром тривожного очікування сексуальної невдачі. В інших випадках фіксують нав'язливі страхи несексуального змісту. При неврозі нав'язливих станів з фабулою несексуального змісту і особливо при нозофобіях може спостерігатися дезактуалізація статевої сфери (зокрема й виражена). Це є наслідком занепокоєння станом свого здоров'я і супроводжуватись ослабленням лібідо та зниженням сексуальної підприємливості, аж до відмови від статевих контактів.

Деякими авторами висловлювалася думка, що у хворих при неврозі нав'язливих станів з фабулою несексуального змісту може спостерігатися активізація сексуальної сфери (іншими авторами така можливість заперечується), що супроводжується значним підвищенням статевого потягу, нав'язливими сексуальними бажаннями, еротоманією, фізичним та психічним онанізмом нав'язливого характеру, частими сновидіннями з полюціями. Виникнення вказаних явищ пояснюють інертністю збудливого процесу. У таких схемах вбачається архаїчність, коли всі розлади, часом суто умоглядно, намагаються пояснити лише з точки зору нейродинамічної концепції.

Новіші дані про сексуальні розлади при невротичних і пов'язаних зі стресом розладах представив М. І. Ягубов [36]. Було обстежено 69 пацієнтів чоловічої статі віком від 20 до 52 років (середній вік – $38,0 \pm 9,6$ року). Оцінку клінічних проявів проводили за МКХ-10. У 22 пацієнтів психічний стан відповідав критеріям F43.2 (Розлади адаптації), а саме: в 11 з них фіксували пролонговану депресивну реакцію (F43.21),

а ще в 11 – тривожно-депресивну реакцію (F43.22). У 7 хворих було встановлено дисоціативний розлад відчуттів (F44.6), що проявляється втратою чуттєвого сприйняття в ділянці статевих органів, і у 40 – неврастенію (F48.0).

У 48 пацієнтів сексуальні дисфункції проявлялися розладом лібідо (відсутність або втрата статевого потягу), у 14 – розладом ерекції (її ослабленням чи відсутністю), а у 7 – розладом еякуляції (передчасна еякуляція).

Під час оцінювання сексуальних порушень у хворих із **розладами адаптації** виявлено:

- У всіх пацієнтів з *продовженою депресивною реакцією* фіксували пригнічений статевий потяг, обумовлений депресивною та астеничною симптоматикою, що супроводжувався повним зникненням спонтанних ерекцій.
- У 9 (81,8%) хворих із *тривожно-депресивною* реакцією спостерігалось зниження сексуального потягу, а у решти 2 (18,2%) – розлад ерекції.

У 7 чоловіків, у яких сексуальні дисфункції були обумовлені *дисоціативним розладом відчуттів*, окрім відчуттів «втрати чутливості» в ділянці статевих органів, з якими пацієнти пов'язували виникнення сексуальних порушень, були відзначені неглибокі депресивні порушення. Вони пов'язували втрату чутливості у статевих органах із сексуальними дисфункціями. Втраті цієї чутливості передували періоди конфліктних взаємин у сім'ї. Якщо в 4 випадках міжособистісні конфлікти виникали на тлі суто побутових проблем, то в 3 були закиди щодо нерегулярних інтимних відносин. Цитований автор відзначає, що лише двоє пацієнтів на момент звернення пов'язували втрату чутливості та виникнення сексуального розладу з перенесеними застудними та інфекційними захворюваннями. Інші ж, хоч і вказували на чітку дату початку захворювання, не могли назвати причину розладу. Існуючі міжперсональні конфлікти не згадувалися як причинні фактори. У 4 хворих із цієї групи сексуальні дисфункції проявлялися зниженням сексуального потягу, а у 3 – розладом ерекції.

Серед 40 хворих на **неврастенію** переважаючою сексуальною патологією ($p < 0,001$) був розлад сексуального потягу (65%). У рівній кількості випадків (по 17%) як стрижневий розлад у них було відзначено порушення ерекції та еякуляції. На тлі невротичної симптоматики дезактуалізувалися, аж до їхнього припинення, сексуальні відносини. Однак усвідомлення факту сексуальної неспроможності призвело до реактуалізації сексуальної сфери та фіксації на сексуальних проявах.

Аналіз наведених даних дозволяє констатувати дуже високу частоту розладів лібідо у вивченого контингенту хворих, яка перевищує частоту всіх інших сексуальних дисфункцій.

На особливу увагу заслуговує синдром тривожного очікування сексуальної невдачі (СТОСН), який є найбільш універсальним сексопатологічним синдромом у чоловіків. Цей синдром найчастіше фіксували при невротичних розладах і насамперед при так званому невроті очікування невдачі (в МКХ-10 відноситься до рубрик F40.1 і F42). Він став предметом всебічного і

поглибленого вивчення [14, 16]. Спеціальні сексологічні дослідження, проведені нами серед 245 чоловіків із зазначеною патологією, виявили ослаблення лібідо у 26,5% обстежених. З метою характеристики сексуальних дисфункцій, що спостерігаються при відносно чистих формах СТОСН, зі згаданих 245 випадків було відібрано 113 (очищена група). У зазначеній групі СТОСН відігравав основну роль в організації сексуальних розладів і, крім ураження психічної складової копулятивного циклу, могли визначатися лише фонові синдроми, що свідчать про дефіцитарність нейрогуморальної складової (затримка або дисгармонія пубертату). У низці спостережень діагностували хронічний простатит, який за результатами клінічного аналізу в цих випадках не брав участь у розвитку сексуальних порушень. Серед цих 113 хворих зниження лібідо виявлялося у 19,5% спостережень, тобто практично у кожного п'ятого чоловіка.

Таку значну для пацієнтів без органічно обумовленої сексуальної патології частоту розладів лібідо ми переважно пояснюємо їх емоційними реакціями на сексуальну проблематику, що виражається зниженням настрою аж до невротичної субдепресії і навіть депресії, розвитком астеничного синдрому, а також стурбованістю, настороженістю та гіперконтролем сексуальних реакцій, пов'язаних з побоюванням сексуальної невдачі, які за механізмом реципрокної інгібіції (взаємного гальмування) справляють пригнічувальну дію на сексуальний потяг.

Крім цього, слід відзначити і поведінковий механізм ослаблення лібідо. Він полягає у тому, що кожен статевий акт чи спроба провести його є для хворого емоційно важкою психотравмуючою ситуацією. Замість «нагороди», яку отримують після статевого акту здорові в сексуальному відношенні люди, чоловіки з патологією відчують після неякісного або невдалого статевого акту розчарування і досаду, що може посилюватися докорами, які пред'являються дружиною (партнеркою). Отже, замість «нагороди» пацієнт отримує «покарання», тобто мова йде про аверсивне (те, що відвертає від цього поведінкового акта) підкріплення. Зниження лібідо, що виникає внаслідок цього, виконує адаптаційно-захисну функцію, оскільки внаслідок зменшення сексуальної підприємливості оберігає хворого від чергової психотравми.

На зниження лібідо у хворих зі страхом сексуальної невдачі впливають і пов'язані з цим страхом вегетативні пароксизми та субпароксизмальні стани симптоматико-адреналового і змішаного характеру, які нерідко виникають у чоловіків при інтимній близькості та є наслідком дисфункції вегетативного відділу нервової системи. У низці випадків ми спостерігали неспецифічне для СТОСН зниження статевого потягу, обумовлене порушенням міжособистісних відносин у подружній (партнерській) парі. Скарги на зниження лібідо пред'являлися хворими самостійно чи виявлялися при активному опитуванні. Ступені зниження сексуального лібідо були різними: від мінімальних до значно виражених [14, 16].

Слід відзначити, що в діагностиці розладів лібідо та інших сексуальних дисфункцій у хворих з невротич-

ними розладами має значення вивчення гормонального статусу. Такі дослідження було проведено нами у чоловіків із СТОСН [14–16]. Радіоімунологічні дослідження вмісту в плазмі широкого спектра гормонів, включаючи статеві, доповнювалися радіоферментними (визначення активності 5 α -редуктази, що перетворює тестостерон [Тс] на дигідростерон у гомогенаті шкіри лобка) та радіорецепторними (визначення інтенсивності поглинання ним ³H-тестостерону) дослідженнями. Було зроблено висновок про те, що на розвиток сексуальних дисфункцій у хворих із СТОСН може впливати зниження секреції тестостерону, послаблення його перетворення на дигідротестостерон та гіперпролактинемія.

У результаті аналізу та узагальнення даних, отриманих при радіоімунологічних, радіоферментних та радіорецепторних дослідженнях, нами було запропоновано концепцію, що пояснює виникнення ендокринних порушень у хворих зі СТОСН невротичного генезу та неврозом очікування (невдачі) [14–16].

Розлади особистості та акцентуації характеру

Розлади особистості (конституційні психопатії) також впливають на статевий потяг, що може позначатися на інтенсивності, термінах становлення його окремих компонентів, структурі статевого потягу (пропорція платонічного, еротичного і сексуального його компонентів), особливостях його прояву, які залежать від форми специфічного розладу особистості. А. Нохуров [22] відзначає, що в порушеннях сексуальної поведінки у «психопатичних особистостей» поряд із загальною психічною дисгармонією, значне місце посідають розлади статевого потягу. Слід відзначити, що здебільшого розглядається роль розладів особистості в формуванні парафілій (розладів сексуального переваги).

Перш ніж характеризувати інтенсивність лібідо і перешкоди у його реалізації при деяких розладах особистості, необхідно звернутися до акцентуацій, які хоча і не належать до психічної патології, проте характеризуються посиленням виразності окремих рис характеру. При їх описі деякі автори звертають увагу на силу статевого потягу та перешкоди у його реалізації. Б. В. Шостакович та В. Ф. Матвеев [35], характеризуючи проблему відмінностей між акцентуаціями та розладами особистості (психопатіями), підкреслюють, що К. Леонгард, який запровадив поняття «акцентуїтована особистість», не дав чіткого визначення акцентуїтованих осіб. Він вважав, що, не будучи психопатично-патологічними, вони «через особливу структуру особистості постійно входять у конфлікт зі своїм оточенням» [19]. За словами Б. В. Шостакович і В. Ф. Матвеев, наведені ним клінічні приклади скоріше можуть бути діагностовані як розлади особистості. Завершуючи аналіз цієї проблеми, названі автори висловлюють припущення, що поняття акцентуації характеру в прагматичному діагностичному аспекті тотожно уявленням про наявність окремих психопатичних проявів.

А. Е. Личко [21], характеризуючи особливості сексуальних проявів при окремих типах акцентуацій, повідомляє:

- Сексуальна активність осіб **циклоїдного типу** зазвичай обмежується фліртом та залицанням; для них характерна мала диференційованість статевого потягу, що уможлиблює їхнє відхилення на шлях транзитного гомосексуалізму.

- Сексуальна активність підлітків **астеноневротичного типу** зазвичай обмежується короткими спахами, які швидко виснажуються.

- Реакції **шизоїдів**, пов'язані зі статевим потягом, що формується, можуть, на перший погляд, не проявлятися. Проте їх зовнішня «асексуальність» або демонстративна зневага до статевого життя нерідко поєднуються з наполегливим онанізмом і багатими еротичними фантазіями, які легко включають перверзні компоненти. Труднощі у спілкуванні та встановленні контактів проявляються в їхній нездатності фліртувати та залицатися, а також домагатися сексуальної близькості у ситуації, де вона можлива. Це може різко контрастувати з несподіваною сексуальною активністю в грубих і неприродних формах. Вони можуть «... годинами сторожити, щоб підглянути чийсь оголені геніталії, експлібіонувати перед малюками, онанувати під чужими вікнами, звідки на них дивляться, вступати у зв'язок із випадковими людьми, призначати побачення по телефону незнайомим людям «на один раз» [21]. Своє статеве життя та сексуальні фантазії вони приховують від інших, а якщо про їхні вчинки, що мають сексуальну мотивацію, стає відомо, то не відкривають свої мотиви та переживання.

- При **істероїдному типі** сексуальний потяг не відрізняється ні силою, ні напругою, а в сексуальній поведінці багато театральної гри. Підлітки чоловічої статі приховують свої сексуальні переживання і ухиляються від розмов на цю тему, адже відчувають, що можуть виявитися «не на висоті» і їм нема чим вразити своїх співрозмовників. Дівчатка ж, навпаки, афішують свої дійсні зв'язки і навіть розповідають про вигадані. Вони здатні на осуд і самоосуд. Можуть грати роль розпусниць, насолоджуючись триголомшлливим враженням, яке вони справляють на співрозмовника.

Наші клінічні спостереження свідчать про те, що і представники чоловічої статі, які належать до цього типу акцентуації, можуть розповідати про свої «великі» сексуальні можливості навіть у випадках порушення статевих функцій. З цією метою у колі друзів і знайомих вони створюють образ високопотентного чоловіка, який має успіх у жінок, розповідаючи про свої сексуальні перемоги та описуючи свої чоловічі достоїнства (захисне фантазування) [13, 16].

- Серед осіб, які належать до **нестійкого типу**, нерідко зустрічається інфантилізм. Незважаючи на те, що їх сексуальний потяг не відрізняється силою, через раннє залучення до антисоціальних груп вони швидко набувають сексуального досвіду, «включаючи знайомство з розпущеною та збоченнями». Статево життя для них є таким же джерелом насолоди, як і постійні випивки та пригоди. Романтичне кохання обходить їх стороною, тому що вони просто нездатні закохуватися (редукований платонічний компонент лібідо). Вони не можуть бути і вірними друзями [21].

Г. С. Васильченко [4], даючи узагальнену оцінку проявів сексуального почуття осіб із **психастенічною та сенситивною акцентуацією**, відзначає, що їхня боязкість і сором'язливість посилюються при першому коханні. Молоді люди або очікують, що їхня кохана «все сама зрозуміє» (насправді вона може навіть не здогадуватися про їхнє почуття), або проявляють себе настільки імперативними та несподіваними діями, що лякають свою партнерку і відштовхують її. Це пояснюється дією феномена психологічної гіперкомпенсації.

Г. С. Васильченко [4] повідомляє, що сексопатологами також виділяється так звана **інфантильно-залежна акцентуація**. Кардинальні прояви цієї акцентуації – виборча соціопобутова залежність від матері та повна сексуальна безініціативність. «У сексологічному плані в інфантильно-залежних, на противагу нестійкому типу, найбільш редуковані сексуальна та еротична складові лібідо при відносно кращій збереженості платонічної. Усі вікові прояви сексуальності запізнюються, а їх набір виявляється обмеженим. Перша еякуляція зазвичай відбувається при коїтусі. Мастурбація та ексцеси, як правило, відсутні. Перший статевий акт у них часто є результатом пасивної спокуси старшою за них жінкою, яка вже має сексуальний досвід. У нових зв'язках такі особи тяжіють до старших жінок протягом усього життя. Однак неясно, чого тут більше – влади імпринтингу або інфантилізму, що забезпечує чоловікам з типом затримки психосексуального розвитку, що розглядається, більш комфортне самопочуття з більш життєво і сексуально досвідченою жінкою, а символом цієї досвідченості стає вік» [4].

Характеризуючи осіб із **шизоїдним розладом особистості**, Г. И. Каплан, Б. Дж. Седок [9] відзначають, що для цих осіб характерно те, що їхнє сексуальне життя довгий час може існувати тільки в їхній уяві, оскільки зріле сексуальне життя вони іноді відкладають на невизначений час. Чоловіки часто не одружуються через неможливість підтримувати інтимні стосунки.

У списку діагностичних критеріїв Діагностичного та статистичного посібника з психічних розладів четвертого перегляду (Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition; DSM-IV) (США) [37] привертає увагу два, які мають безпосереднє відношення до розглянутої проблеми. Згідно з одним з них, у цих осіб відзначається небажання мати близькі стосунки з оточуючими та відсутність радості від таких відносин, включаючи стосунки із членами сім'ї. Інший критерій характеризує їх як людей зі зниженим інтересом або його відсутністю до сексуальних відносин.

Слід наголосити, що у наведеному матеріалі нами не були розглянуті відомості про ті характерологічні особливості, які, як вважається, пов'язані з посиленням статевого потягу, його розгальмованістю та можливим розвитком різних парафілій.

Розлади настрою (афективні розлади)

Розлади настрою (афективні розлади) є групою, що кодується як F30-F39. У ній під рубрикою «дистимія» (F34.1) записано депресивний невроз, а під низкою інших сучасних рубрик (F30.2x, F31.2x, F31.5x, F32.3x, F33.3x) – маніакально-депресивний психоз [17].

R. L. Jr. Phillips, J. R. Slaughter [44] повідомляють, що втрата лібідо є поширеною проблемою у Сполучених Штатах. У національному опитуванні, проведеному у 1994 році, 33 відсотки жінок та 17 відсотків чоловіків повідомили про сексуальну незацікавленість [43]. В іншому опитуванні третина жінок віком від 18 до 59 років повідомили про відсутність сексуального потягу протягом попереднього року [42]. В одному дослідженні було виявлено, що понад 70 % пацієнтів з депресією втрачали сексуальний інтерес, якщо не застосовували ліки, і вони повідомили, що тяжкість цієї втрати була більшою, ніж від інших симптомів депресії [40]. У цьому самому дослідженні, за словами автора, лібідо знижувалося із збільшенням тяжкості захворювання. Складний взаємозв'язок між депресією та зниженим лібідо додатково проілюстрований у дослідженні, в якому серед пацієнтів з пригніченим сексуальним бажанням було виявлено підвищений рівень поширеності афективних розладів протягом життя [45].

Розлади лібідо при невротичних розладах ми вже розглядали раніше. Було зазначено, що у деяких випадках його зниження є наслідком депресії. Тому цілком природно, що при **дистимії (депресивному неврозі)** йдеться про ослаблення лібідо, що може досягати виражених ступенів.

При **біполярному розладі (маніакально-депресивному психозі)** також спостерігаються розлади лібідо, проте може йтися про його різноспрямовані зміни. Н. Ш. Татлаев [32] повідомляє, що у чоловіків у маніакальній стадії (гіпоманія, манія) цього захворювання лібідо порушується у 92,8%, а статевая активність – у 95,6%. При цьому відзначається, що статевий потяг посилюється пропорційно до наростання маніакального афекту. Водночас рівень статевої активності дещо підвищується при гіпоманії, проте за наявності власної манії дещо знижується. При атиповій манії рівень статевої активності був нижчим від початкового, а при типовій манії – вище, але нижче, ніж при гіпоманії. При типових маніакальних станах посилене лібідо реалізувалося зазвичай частішими статевими актами, при атипових – переважно некоїтальними формами сексуальних проявів (полюції, мастурбація тощо). Той самий автор відзначає, що сексуальна активність чоловіків в аналізованій фазі зростає в 2–3 рази і більше, статеві ексцеси частішають, зменшується тривалість рефрактерного періоду копулятивного циклу [33].

У депресивній фазі біполярного розладу у чоловіків лібідо знижувалося у 100% випадків, а статевая активність – у 98,9%. Водночас при тривожних депресіях (переважно при субдепресіях), на відміну від тужливих та апатичних, нерідко спостерігали короткочасні епізоди підвищеного статевого потягу. Автор описує різні варіанти минутих та стійких сексуальних розладів в інтермісії біполярного розладу у чоловіків. Серед останніх так званий псевдоінволюційний варіант. Він може розвиватися у хворих із слабкою статевою конституцією після частих абстиненцій, обумовлених депресивними та вираженими маніакальними станами. Цей варіант характеризується прогресуючим зниженням статевого потягу, ослабленням ерекції та передчасним (тобто невідповідним конституційним мож-

ливостям) припиненням статевої активності. Обробка одержаних Н. Ш. Татлаєвим даних продемонструвала, що найбільш патогенну дію на стан статевої функції в інтермісії МДП мали попередні депресії, дещо менше – субдепресії та ще менше – манії. Попередні гіпоманії, навпаки, чинили сануючий вплив на функціонування статевої системи хворих в інтермісії.

Для всіх варіантів маскованих (ларвованих) депресій, як вважає Ю. С. Савенко [28], загальним радикалом є синдром сексуальних розладів, які проявляються зокрема і зниженням лібідо.

Слід відзначити, що ослаблення статевого потягу відзначається при різних розладах, представлених у МКХ-10 у рубриці «Розлади настрою (афективні розлади)», де йдеться про депресію.

А. М. Свядош [29] повідомляє, що дуже рідко різке посилення статевого потягу може спостерігатися під час депресивної фази маніакально-депресивного психозу, можливо, як елемент змішаного стану. При цьому він посиляється на В. П. Осипова, який на своїй лекції розповів про хвору, у якої під час депресивної фази виник такий сильний статевий потяг, що вночі, вбігши в будку, де перебував молодий вартовий, вона, стоячи на колінах, благала його, щоб він здійснив із нею статевий акт, що й сталося.

Це не єдине повідомлення, де відзначається, що депресія може поєднуватися з посиленням статевого потягу. Так, J. Vancroft та співавт. [38] виявили, що депресивний ефект був пов'язаний зі збільшенням сексуального потягу у 9% групи гетеросексуальних чоловіків. На можливість підвищення лібідо при тривожних депресіях (переважно субдепресіях) вказував і Н. Ш. Татлаєв [32].

Шизофренія

У хворих на шизофренію лібідо може зазнавати різних змін. Мова може йти як про різні ступені його ослаблення аж до повної відсутності, так і про його посилення. Також при повністю збереженому у своїй силі лібідо, його реалізація може блокуватися шизофренічним процесом або дефектом і навіть зазнавати різних якісних трансформацій (гомосексуалізм та ін.).

У хворих з цією патологією спостерігаються як істинні, так і уявні сексуальні розлади (вони вважають себе сексуально хворими, але насправді такими не є), а також спотворення сексуальної поведінки за маревними мотивами. Одні хворі активно шукають сексологічну допомогу, а інші потрапляють у поле зору сексопатолога лише тому, що їхні родичі стурбовані тим, що їх не цікавлять предстванники протилежної статі, і вони не намагаються встановлювати з ними еротичні/сексуальні відносини.

Простежується зв'язок статевого потягу з психопатологічними синдромами, що спостерігаються у хворих на шизофренію. У низці випадків вони пред'являють скарги на зниження/підвищення статевого потягу та інші сексуальні дисфункції (порушення ерекції та еякуляції, ослаблений оргазм). Акцент на відсутності інтересу та байдужості до статевої активності може бути проявом апатико-абулчного синдрому, який є вираженням негативної (дефіцитарної) симптомати-

ки та не має тенденції до зворотного розвитку. Зміна інтенсивності лібідо спостерігається при різних формах/варіантах шизофренії.

Часто виражене зниження статевого потягу може спостерігатися у хворих з простою формою шизофренії. П. Б. Посвянский [27] наводить такий приклад.

Хвора М., 26 років. До 7-го класу навчалася задовільно, а потім відбувся «якийсь зсув у характері та поведінці». Стала наростати млявість, відчуженість, скаржилася на головний біль, «сітку в голові», насилу справлялася з навчальним матеріалом, різко знизилася інтереси, годинами байдуже сиділа вдома, відчувала «порожнечу в голові». Млява, малорухлива, монотонні скарги на «гальмо в голові», «відчуття каменю», який не тільки лежить у голові, але й «на всьому моєму житті», різке зниження інтересів. Амбівалентна, розсіяна, темп психічного життя сповільнений.

Основні скарги хворої на те, що вона ніколи не відчувала жодного статевого потягу, абсолютно байдужа до молодих людей, не знає, що таке «статевий інтерес, хвилювання чи почуття цього роду». Тричі проходила стаціонарне лікування в психіатричній лікарні. Пацієнтка лікувалася дуже вперто, лікарі застосовували різні комбінації нейролептиків, а в 1967 році в клініці провела лікування голодом (до 30 днів). Позаяк проживає в гуртожитку з дівчатами, які поводяться, як «будь-які молоді люди» («захоплюються, заводять романи, ходять на танці тощо»), вона особливо гостро відчуває свою відчуженість, глибокий дефект, відсутність симпатії до людей, втрату контакту. Критично оцінює свій стан і прагне лікування, хоча робить це «механічно».

Аналізуючи цей випадок і залучаючи деякі додаткові відомості щодо сексуальної сфери, автор відзначає, що хвора страждає простою формою шизофренії з млявим типом течії без помітної прогресивності. Частково соціально компенсована. Ніколи не відчувала сексуального потягу, не мастурбувала, ніколи не відчувала оргастичних відчуттів, заперечує еротичні сновидіння.

П. Б. Посвянский [27] також наводить фрагмент історії хвороби пацієнтки, яка понад 15 років хворіє на просту форму шизофренії. У цієї хворої поступово наростає спустошення особистості, наявні виражені порушення мислення: «голова порожня, думок немає, не знаю про що говорити з людьми, іноді навіть не розумію, про що вони говорять, ніби іноземною, невідомою мені мовою». Також в неї спостерігають глибоке ураження емоційно-вольової сфери, втрату інтересів. Особливо докладно хвора у скаргах зупиняється на своїй статевій байдужості і, незважаючи на досить низький рівень освіти (закінчила всього 3 класи школи), дуже образно описує свій стан, виявляючи до нього критичне ставлення: «я не жінка, перестала бути жінкою, хоча і одружена і народжувала дітей. Я порожня, колода, не знаю, як мене терпить чоловік. Все це у пам'яті, адже колись це було. До близькості з чоловіком ставлюся абсолютно байдуже, без огиди, як нежива».

Зміни лібідо можуть залежати від типу перебігу шизофренії, для якого характерне чергування манії та депресії (так званий шизоафективний тип). Очевидно, що під час депресії має місце його зниження, а за гіпоманії – посилення.

Якщо емоційні та вольові порушення безпосередньо можуть призводити до виникнення сексуальних розладів, то сенестопатичний синдром із локалізацією відчуттів у генітальній ділянці опосередковано впливає на сексуальні функції, зокрема і на статевий потяг, «гальмуючи» його. Хворі можуть скаржитися на те, що у них «одне яєчко важче за інше», «печіння і ниючий біль в тестикулах», «розпирання статевого члена», на зміну забарвлення статевих органів («почорніли яєчка»), «переливання всередині статевих органів», «тиск у паху», «припливи крові до статевих органів», почуття «бульбашок, що лопаються в піхву», «злипання і розлипання стінок піхви», «роздування матки» [25, 29]. Ці відчуття можуть бути часом настільки вигадливі, що хворі іноді навіть неспроможні приблизно описати їхній характер. Іноді вони вважають, що ці неприємні відчуття їм зробили (прояви синдрому Кандинського–Клерамбо). До ослаблення лібідо внаслідок його «гальмування» можуть вести дисморфобії, які спостерігаються у хворих на шизофренію («ліва статева губа стала тоншою», «одне яєчко менше іншого» тощо).

Повністю або частково блокувати реалізацію лібідо зі статевим партнером у хворих на шизофренію може стійка і непохитна онаніфобія, що призводить до виникнення синдрому тривожного очікування сексуальної невдачі.

Результати спеціальних досліджень [24] з використанням шкали СФЧ («Сексуальна формула чоловіча») засвідчили, що у хворих з малопродергентною шизофренією вже в молодому віці можна було відзначити тенденцію до рівномірного зниження всіх її показників (зокрема тих, які характеризують потребу у статевих стосунках, статево-підприємливість, частоту здійснення статевого акту), що корелює з тими випадками шизофренії, де відзначається загальне зниження енергетичного потенціалу.

Вивчення особливостей розвитку лібідо та його структури у хворих на шизофренію продемонстрували, що ранній початок шизофренії (у допубертатному або пубертатному періоді) іноді призводить до затримки появи сексуального компонента лібідо, а іноді й до повної його відсутності. Водночас привертає увагу той факт, що платонічне лібідо виражене надмірно (гіпертрофовано). Аналізуючи ці дані, автор приходив до висновку, що зазначені особливості зумовлені не тільки різними за структурою субдепресивними станами, а й характерними для шизофренії особливостями емоційності – вразливістю, крихкістю і водночас тупістю та «дерев'яністю».

Крім цього, відзначається, що при пізнішому початку шизофренії надзвичайно рано прокидається лібідо (у 5–7 років) і також швидко (до 25–30 років) зникає. Це є відображенням наростаючого процесуального дефекту емоційної сфери, що розвивається на той час. Автор також повідомляє, що при шизофренічному процесі, що повільно розвивається, відзначається різке і невмотивоване зниження статевої активності, аж до її повної редукції і виникнення соціосексуальної ізоляції. Співвідношення Ка/Кг (мова йде про показники статевої конституції) у цих випадках майже вдвічі менше одиниці.

У своїй публікації про особливості сексуальності підлітків чоловічої статі, хворих на шизофренію, в клінічній картині якої значне місце посідали сексуальні переживання, Д. Д. Исаєв [8] на підставі обстеження 77 підлітків віком від 15 до 17 років дійшов висновку, що хвороба надає спотворювальну, а в низці випадків – «блокуючу» дію на сексуальну сферу, що надалі посилюється поступовим згасанням статевого потягу.

При цьому у 30 осіб гетеросексуальна активність блокувалася онаніфобічними чи дисморфоманічними переживаннями, що призводили до появи думок про сексуальну неповноцінність. При ранньому початку захворювання (препубертатний період) та значній його прогресивності відзначалися виражене зниження потягу та втрата інтересу до протилежної статі. Для цих підлітків були властиві незрілі форми девіантної сексуальної поведінки (ексгібіціонізм, візіонізм, інфантильна сексуальна агресія).

Зазначено, що дисоціація лібідо проявляється вираженим акцентом на платонічному компоненті потягу. Це виражалось у стійкості платонічної закоханості підлітків, яка не вимагала підкріплення та могла зберігатися роками. Водночас сексуальний компонент лібідо був редукований, що могло обумовлювати негативне, зневажливо-гидливе ставлення до статевого життя, а в деяких випадках призводити до формування огиди до жінок взагалі та активного уникнення будь-яких контактів з ними.

А. А. Пицак [26] обстежив 90 хворих віком від 20 до 50 років, які страждають на мляву шизофренію та пред'являють сексологічні скарги неперверзного характеру. Резюмуючи отримані дані, автор відзначає, що загалом в обстежених ним хворих відзначалося раннє пробудження платонічного компонента лібідо, що поєднувалося із затримкою його реалізації, інтенсивне становлення еротичного лібідо, найчастіше з його ранньою реалізацією, затримка пробудження сексуального компонента статевого потягу, розтягнутість, а також незавершеність становлення сексуального лібідо.

Порівняльний аналіз ступеня зрілості лібідо продемонстрував, що найменш зрілим і найслабшим воно було у пацієнтів з депресивними розладами, тоді як при іпохондричних розладах воно було найбільш зрілим. Ступінь цієї зрілості при неврозоподібних розладах займала проміжне положення.

Цитований автор підкреслює, що при ранньому початку млявої шизофренії відзначалося своєрідне «подразнення» сексуальної сфери (передчасне пробудження лібідо і раннє пробудження здатності до еякуляції). Водночас за пізнішого початку шизофренії переважно фіксувалося «придушення» цієї сфери.

Л. И. Голубцова [5] обстежила 119 жінок з малопродергентною шизофренією із сексуальними порушеннями віком 20–55 років. У 37 хворих провідним психопатологічним синдромом був депресивний, у 23 – переважали істероформні розлади, у 18 – сенесто-іпохондричні, а у 13 – іпохондрично-фобічні. Аналіз розладів статевого потягу свідчить про те, що для групи осіб з провідним депресивним синдромом (хворі із субдепресивними порушеннями, включаючи масковані депресії) характерно зниження «емоційного компонента» лібідо та гіполібідемія, при іпохондрично-фобічному синдромі – перева-

жання розумового компонента» лібідо та амбівалентне ставлення до статевого акту, при сенесто-іпохондрично-му синдромі та істеріоформних розладах – переважання відсутності статевого потягу та огиди до статевого акту.

Слід відзначити, що частіше сексуальні дисфункції спостерігають у хворих на шизофренію, які отримують лікування, ніж у тих, які його не отримують [41].

У хворих на шизофренію відомі різні варіанти порушень реалізації статевого потягу, які можуть обумовлюватися утрудненням контакту з особами протилежної статі, впевненістю в наявності статевих розладів або дефектів статевих органів. Це частково чи повністю блокує сексуальну реалізацію. Крім того, при загостренні шизофренічного процесу можуть виникати спотворення психосексуальної орієнтації.

Розумова відсталість (олігофренія)

Розлади статевого потягу наявні і за розумової відсталості (олігофренія). Це може виявлятися в різних ступенях зниження лібідо, його підвищенні, а також в порушеннях психосексуальної орієнтації. В основі цих порушень лібідо можуть лежати психічні розлади, органічні ураження головного мозку, ендокринна патологія, зумовлені органічними факторами порушення статевого розвитку (соматостатевого та психосексуального).

У поле зору сексопатологів потрапляють лише особи з легкою розумовою відсталістю, які можуть активно звертатися по сексологічну допомогу. Пацієнти з більш вираженими формами розумової відсталості потрапляють у поле зору психіатрів.

Виділяють недиференційовані та диференційовані форми розумової відсталості. Останні, зокрема, реєструють при аномаліях статевих хромосом (синдром Шерешевського-Тернера, Кляйнфельтера, синдром ХУУ), спадкових порушеннях метаболізму (наприклад, синдром Лоренса-Муна-Барде-Бідля). До диференційованих форм розумової відсталості також належить гіпотиреоз (кретинізм).

Інтенсивність статевого потягу при розумовій відсталості має досить широкий розмах (від край низької до значно посиленої). Так, наприклад, при синдромі Лоренса-Муна-Барде-Бідля спостерігають вкрай низький статевий потяг. Зниження статевого потягу відзначається і в осіб, в яких розумова відсталість зумовлена гіпотиреозом.

Для зручності систематизації статевих розладів при розумовій відсталості незалежно від її форми виділяють три її психопатологічні синдромальні варіанти: ейфоричний, апатико-абулічний та імпульсивної гіперсексуальності [23]. Гіпосексуальність властива саме апатико-абулічному синдрому, який зокрема характеризується низьким лібідо, сексуальною пасивністю, недостатнім сексуальним диференціюванням психічного складу. Сексуальна пасивність, недостатнє сексуальне диференціювання психічного складу і навіть підвищена навіюваність пацієнтів у несприятливих мікросоціальних умовах можуть призводити до того, що гомосексуали роблять їх пасивними партнерами. Якщо ж йдеться про місця ув'язнення, то в цьому випадку особи з цим синдромом можуть використовуватися як пасивні партнери кількома гомосексуалами. При зміні мікросоціаль-

ного оточення припиняється і гомосексуальна практика, проте при тривалому гомосексуальному стажі (2–3 роки і більше) та малому сексуальному диференційованні психічного складу цього не трапляється [22, 23].

Деменція, обумовлена органічними ураженнями головного мозку

Описано порушення статевого потягу при деменції (набутому недоумстві), обумовленої черепно-мозковими травмами, судинною патологією головного мозку, а також тій, що виникає внаслідок атрофічних процесів головного мозку. В останньому випадку йдеться про пресенільну (переважно виникає у віці 40–60 років) та сенільну (старечу) деменцію. При цьому зазвичай фіксують увагу на посиленні статевого потягу та його неадекватних, часом виражених до ступеня парафілії проявах.

На цій підставі може скластися помилкова думка, що зниження статевого потягу в осіб із деменцією практично не буває. Це пов'язано з тим, що мова йде про осіб похилого віку, коли це зниження сприймається як норма, а несприятливі соціальні наслідки, зумовлені посиленням лібідо, що сприяє появі парафільних проявів, відсутні. Крім цього, зниження статевого потягу при даній патології також не може здивувати.

Повідомляється, що у пацієнтів із деменцією сексуальна функція може навіть повністю згаснути. «Зазвичай це супроводжується втратою інтересу до навколишньої дійсності та людей загалом. ... Сексуальна функція у деяких пацієнтів починає згасати вже на ранній стадії захворювання. Хворий може впізнавати свою дружину і навіть позитивно реагувати на її ласки, але сам ініціативи не виказувати. На більш пізніх стадіях у людини, яка страждає на недоумство, може розвинути різко негативне ставлення до сексу. На ласки партнера, якого він більше не впізнає, починає реагувати як на агресію та насильство» [31].

Епілепсія

Питання існування епілепсії як самостійного захворювання давно дискутується. Багато авторів ставлять таку можливість під сумнів. Інші фахівці, які визнають таку можливість, використовують для позначення цієї патології такі терміни, як «епілептична хвороба», «ідіопатична», «генуїнна», «криптогенна» або «есенціальна» епілепсія. Можливість існування цього захворювання вони пояснюють її спадковим характером, характерною клінічною картиною і відсутністю обумовленості захворювання якою-небудь іншою патологією, при якій уражається головний мозок. Окрім цього, друга група авторів виділяє і «симптоматичну епілепсію», яка є проявом органічної патології головного мозку.

Проте результати досліджень низки авторів продемонстрували, що здебільшого при так званій генуїнній епілепсії при ретельному обстеженні вдається виявити той чи інший екзогенний етіологічний фактор та наявність локальних змін у головному мозку [10]. Крім цього, патоморфологічні дані свідчать про те, що у міру перебігу симптоматичної епілепсії морфологічні зміни в головному мозку, властиві постінфекційним та посттравматичним ураженням, поступово замінюються гіс-

топатологічною картиною, характерною для генуїнної епілепсії.

Серед хворих на генуїнну епілепсію, які звертаються по лікувальну сексологічну допомогу, превалюють чоловіки, а серед скарг на статевий потяг – вказівки на його зниження. У жінок, як і у чоловіків, може спостерігатися як ослаблення, так і посилення потягу, яке проявляється статевою розгальмованістю, гіперсексуальністю. Крім цього, у них може бути сексуальна аверсія.

У літературі наводяться дані, які свідчать, що епілепсія призводить до розвитку сексуальних дисфункцій тільки при локалізації вогнища збудження у скроневій частці (Gastaunt, Collumb, 1954; Hierons і Saunders, 1966; Saunders і Rawson, 1970) [3]. Крім цього, епілепсія, яка має злоякісний перебіг з дитячого віку, може стати причиною затримки статевого розвитку, що саме по собі може бути причиною виникнення сексуальних порушень.

Загалом у хворих на епілепсію набагато частіше фіксують ретардацію статевого розвитку, ослаблення лібідо, а також низьку статево активність, які корелюють зі злоякісністю епілепсії та можуть бути відсутніми при рідкісних нападах та незначних змінах особистості.

Органічні ураження головного мозку

Головний мозок людини відіграє надзвичайно велику роль як у регуляції сексуальної поведінки загалом, так і в регуляції окремих сексуальних функцій, зокрема лібідо. Ця роль може бути і координуючою, і початково детермінуючою сексуальні прояви, і нарешті такою, що забезпечує передачу сигналів до виконавчих структур, які беруть участь у забезпеченні сексуальності (спинного мозку, статевим залозам).

К. Имелинский [7] відзначає, що у хворих з органічними ураженнями головного мозку відзначаються різні розлади статевого потягу: ослаблення лібідо аж до його відсутності, його посилення, а також порушення його спрямованості. Клінічні дані свідчать про несприятливий вплив uszkodжень вищих відділів мозку на сексуальну сферу. Так, при пухлинах лобових часток мозку відзначаються явища, які називають лобовим синдромом. Один із його проявів – зміна сексуальної активності. Найчастіше йдеться про зниження сексуальної активності, проте описані й випадки гіперсексуальності. Зниження сексуальної активності також виникає при видаленні лобових часток, а також після різних психохірургічних операцій у випадках, коли порушуються зв'язки лобових часток з іншими частинами мозку. Після таких операцій відзначалося навіть зникнення поведінки, зумовленої парафіліями, а також поведінки, що проявляється зміною сексуальної орієнтації за статтю об'єкта потягу.

При пухлинах скроневих часток мозку виникає так звана скронева епілепсія, а також різні кількісні та якісні зміни сексуальності. Кількісні її порушення проявляються посиленням чи ослабленням сексуальної активності, а якісні – девіантними формами сексуальної поведінки. Передбачається, що у скроневих відділах кори знаходяться ділянки, що гальмують певні форми сексуальної поведінки. Їхнє пошкодження призводить у деяких чоловіків до появи фетишизму чи трансвес-

тизму. Пояснюють появу цих феноменів тим, що у цих чоловіків, мабуть, вже раніше існувала тенденція до названих форм сексуальної поведінки, яка стримувалася нормальним функціонуванням скроневих відділів кори. Випадіння ж її гальмівної функції призвело до прояву патологічних тенденцій, що існували раніше.

К. Имелинский [7] також відзначає, що пухлини інших часток мозку зазвичай не супроводжуються сексуальними порушеннями, проте ураження нижньої частини тім'яних відділів поряд з іншими розладами може проявитися зниженням сексуальної активності або її зникненням.

Слід відзначити, що розлади статевого потягу можуть бути обумовлені не тільки ураженням кори головного мозку, але й інших відділів, зокрема, гіпоталамуса. Підсумовуючи дані про вплив уражень головного мозку на сексуальну сферу, К. Имелинский [7] відзначає, що «органічне, структурне ураження мозку може супроводжуватися також розладами у сфері сексуальності у вигляді ослаблення або зникнення сексуальної активності, іноді – у вигляді гіперсексуальності, девіантних форм сексуальної поведінки (фетишизм, трансвестизм, гомосексуалізм), а також порушеннями статевого дозрівання або нападоподібними сексуальними відчуттями (Т. Dom al, 1974). Ці порушення зазвичай з'являються при двосторонньому ураженні мозку, особливо скроневих відділів. При односторонньому ураженні цих розладів або зовсім немає, або вони бувають короткочасними».

Наведемо приклад із нашої клінічної практики, де йшлося про відсутність статевого потягу, обумовленого ураженням головного мозку.

Хворий Ш., 30 років, електрик, одружений, батько двох дітей (дівчата 6 та 9 років). Діагноз: стан після тяжкої закритої черепно-мозкової травми з лівостороннім геміпарезом та лікворною гіпертензією. Пред'являє скарги на головний біль тупого характеру в тім'яній ділянці або такі, що починаються з очних яблук і поширюються до потилиці та шиї. При цьому відзначає нечіткість зору. Також спостерігають нудоту, шум у вухах при фізичній напрузі, потемніння перед очима після розгинання тулуба, судом в лівих кінцівках, поганий сон (або взагалі не спить або спить не більше 5 год). Проте при активному опитуванні скарги на підвищену дратівливість, запальність, а також загальну слабкість та підвищену стомлюваність відсутні. Також виявлено відсутність іпохондризації та переважно гарний фон настрою.

При спеціальному сексологічному опитуванні виявлено повну відсутність сексуального компонента статевого потягу. Через цю відсутність після перенесеної травми черепа статевим життям взагалі не живе. Нічні полюції також відсутні. Також заперечує наявність у себе еротичних сновидінь та спонтанних ерекцій. До травми жодних сексуальних дисфункцій не було. Жив статевим життям щоденно по 1-2 рази.

Хворіє протягом 5 міс. Все почалося з того, що їхав на таксі з аеропорту та заснув (сидів поряд із водієм). Прокинувся вже в лікарні приблизно через 8 год після того, що сталося. З'ясувалося, що коли він спав у машині, таксі зазнало аварії. Таксист прожив лише кілька годин і помер. Відзначає, що була пошкоджена вся голова за винятком потиличної ділянки (м'які тканини були

пошкоджені, але не роздверті). Крім цього, були рани на ногах (кістки не були пошкоджені, а сухожилля були), один із середніх зубів був вибитий. Також виявили тріщину проксимальної фаланги одного з пальців правої руки. Коли прийшов до тями, було сильне запаморочення (голову не міг підняти з подушки). Нікого не впізнавав: всі зовнішні предмети та обличчя «зливались» один з одним. Замість людей бачив лише тіні. Була нудота та блювання. Візуальне сприйняття «відновилося» через 3 дні, але й досі погано бачить лівим оком.

Понад місяць перебував у хірургічному відділенні лікарні, де 5 разів робили спинномозкову пункцію, а потім протягом місяця – у неврологічному. Перебуваючи в хірургічному відділенні, 3-4 рази втрачав свідомість, коли намагався встати з ліжка і пройтися протягом декількох хвилин. Тоді при втраті свідомості судомних явищ та прикусів язика не було. Після 2-3 пункцій перестав втрачати свідомість.

Після проведеного лікування стан здоров'я покращився, але відзначалися хиткість при ходьбі, слабкість у лівій руці (не міг утримати предмет), а також слабкість у лівій нозі. Крім того, скаржився на «посмикування» в ділянці лівої руки та лівої ноги. Після терапії, проведеної в хірургічному та неврологічному відділеннях, більше не лікувався, хоча йому і пропонували пройти курс лікування амбулаторно. Інвалідність не оформлював. Продовжував працювати електриком. Через слабкість лівої руки на роботі двічі отримував удари електричним струмом. Розповідає, що 08.10.1984 року ніс важкий предмет, зачепився, впав на коліна. Тоді потемніло в очах, а потім почервоніли очні яблука. Після цього був госпіталізований у стаціонар неврологічного відділення.

Сьогодні відзначається слабкість у лівих кінцівках, більше у руці. Також вказує, що «трясється» ліва нога. Крім цього, болять усі зуби, особливо верхні. Майже щодня у вечірній час виникає головний біль пульсуючого характеру та тупий біль у лівому вусі, що супроводжується шумом. Зрідка при ходьбі заносить вліво. Після травми схуд на 15 кг (з 74 до 59 кг). Різко знизився апетит (взагалі байдуже ставиться до їжі: «що вона є, що її немає»).

У зв'язку із сексуальним розладом по допомогу не звертався. Думав, що може все нормалізується. Дружина жодних нарікань у зв'язку з його сексуальним розладом не висловлювала. Вона повністю відповідає індивідуальним сексуальним уподобанням пацієнта. Також вона подобається йому як господаря, друг та мати його дітей. У них із дружиною дуже добрі міжособистісні стосунки.

У 1968 р. переніс апендектомію. Курить. Алкогольними напоями не зловживав. Інфекційний гепатит, туберкульоз, венеричні захворювання заперечує. Одружений протягом 10 років. Одружився з дівчиною. Дружині зараз 27 років. Вона працює старшим лаборантом та має середньотехнічну освіту. Перший у своєму житті статевий акт пацієнт здійснив зі своєю нинішньою дружиною у 20-річному віці, але ще до весілля.

Об'єктивно: загальний стан хворого задовільний. Зріст 173,2 см. Маса тіла 59 кг. Шкіра чиста, сліди хімічних опіків на ногах. Харчування знижене. Тони серця трохи приглушені. Дихання везикулярне. Живіт безбо-

лісний при пальпації. АТ = 120/80 мм рт.ст. У неврологічному статусі: різко позитивний симптом Манна, ністагма немає. Слабкість м'язів язика зліва з окремими посмикуваннями. Девіація язика вліво, симптом Марінеску зліва позитивний. М'язовий тонус чітко підвищений у лівій нозі. Рефлекси вищі зліва. Зниження сили у лівих кінцівках до трьох балів. Лівостороння гемігіпалгезія. Порушено суглобово-м'язове почуття у пальцях лівої кисті та стопи. Помірно виражений симптом Керніга з двох сторін. Помірна хиткість у позі Ромберга. Мимоподання при координаторних пробах у лівих кінцівках. Червні рефлекси живі. Нечіткий симптом Пуссена.

Статевий член: довжина – 9 см, головка постійно відкрита. Яєчка нормальної величини та консистенції. З боку придатків яєчок патології не виявлено. Передміхурова залоза: контури чіткі, поверхня рівна, еластична консистенція, хворобливості при її пальпації не відзначається. Секрет передміхурової залози при масажі одержати не вдалося.

Огляд окуліста: VOD = 1,0; VOS = 0,6; sph -0,5 D = 1,0. Симптоматика хронічного кон'юнктивіту. Поле зору, зіниці, зорові реакції, очне дно обох очей у межах норми.

Огляд отоларинголога. Скарги на періодичний «тріск» у лівому вусі. Об'єктивно: носові ходи вузькі, зів чистий. Шепітна мова 6 м. Діагноз: евстахіїт зліва.

Краніограма оглядова та контактні (правий та лівий профіль). Порушення цілісності кісток не виявлено. Турецьке сідло в нормі.

Пневмоцефалографія. Заповнена газом шлуночкова система розташована серединно. Шлуночки гідроцефально розширені з переважанням гідроцефалії лівого бокового шлуночка. Праворуч по склепінню легкі листоподібні просвітлення субарахноїдальних просторів у лобовому відділі. У паратемених відділах заповнення окремими відблисками. Висновок: асиметрична шлуночкова гідроцефалія. Постравматичний кістозний арахноїдит.

Електроенцефалографія. Фонова ЕЕГ без суттєвих змін. Збочена кіркова реактивність при застосуванні проби відкривання-заплющування очей (зростання амплітуди α -ритму) вказує на порушення кірково-стовбурових зв'язків. Ознаки дисфункції стовбура мозку.

Ехоенцефалографія. Зміщення М-відлуння не виявлено.

Реоенцефалографія. Зниження мозкового кровотоку, дифузна венозна недостатність мозку. Артеріальний тонус нестійко підвищений.

Слід зазначити, що проводилися спеціальні дослідження для вивчення сексуальних розладів у хворих із патологією гіпоталамуса. Аналізуючи дані літератури, які передували проведеному Н. З. Хаїт [34] дослідженню, автор відзначає, що в ній вказується наступне. У хворих на цю патологію серед сексуальних дисфункцій насамперед спостерігається зниження статевого потягу. Н. З. Хаїт [34] обстежив 105 чоловіків з цією патологією. За етіологічним фактором вони розподілилися таким чином: черепно-мозкова травма (закрита та відкрита) – 44 (41,90%) особи, вторинна чи первинна нейроінфекція – 23 (26,66%) чоловіки, інтоксикації (зокрема, хронічний алкоголізм) та психогенія – по 3 (2,86%) чоловіки відповідно.

Слід відзначити, що під гіпоталамічним синдромом розуміють симптомокомплекс, зумовлений лише переважно первинним органічним ураженням гіпоталамуса (черепномозкова травма, пухлина, енцефаліт тощо) та конституційною гіпоталамічною неповноцінністю.

Підсумовуючи дані спеціальної літератури, А. П. Журавель [6] відзначає: «Первинне ураження гіпоталамуса може виникнути в результаті черепномозкових травм, гострих та хронічних інфекцій (грип, ангіна, малярія, ревматизм, токсоплазмоз, бруцельоз, тиф та ін.), різних інтоксикацій (алкоголізм, отруєння деякими органічними барвниками, тривале вживання великих доз нейролептиків), порушення мозкового кровообігу, дії електромагнітного поля, радіочастот, іонізуючого випромінювання та ін.

Г. Г. Корик [11] відзначає, що до розвитку сексуальних розладів гіпоталамічного генезу може призводити тривале приймання деяких ліків (граміцидин, аміназин, стелазин, дексфенметразин, френолон).

Серед хворих із сексуальними розладами гіпоталамічного генезу найчастішою причиною ураження гіпоталамуса є черепно-мозкова травма. Це пояснюють тим, що ядра підгір'я близько розташовані до лікворних шляхів, що робить гіпоталамічну ділянку підвищено вразливою по відношенню до травм черепа.

При ураженні гіпоталамуса механізми власне сексуальних порушень пов'язані з ушкодженням як його аденогіпофізотропного відділу (розвиток вторинного гіпогонадізму та інших ендокриннообмінних порушень), так і нервових структур, чутливих до специфічної дії андрогенів та деяких інших біологічно активних речовин, що беруть участь у формуванні статевого потягу та у вегетативному забезпеченні статевих функцій.

Відзначається, що у пацієнтів на початку захворювання спостерігається не ослаблення лібідо, а, навпаки, його посилення [2]. Проте через деякий час підвищення статевого потягу закономірно змінюється його зниженням.

Спільним для хворих зі зниженням лібідо є те, що адекватні та спонтанні ерекції зберігаються протягом більш менш тривалого проміжку часу (від кількох місяців до 1–6 років), але при цьому виникають рідко (1–2 рази на місяць). Також відзначається поступове зниження статевої активності та рідкісні полюції без оргастичних розрядок [34]. Проте А. И. Белкин [2], який у 1965 р. описав цю патологію під назвою «дiencephalна імпотенція», відзначав, що коли в одних випадках зниження лібідо відразу супроводжується ослабленням адекватних і спонтанних ерекцій, то в інших тривалий час (іноді протягом ряду років) ерекції залишаються збереженими, але для їх виникнення хворі використовують різні збуджуючі засоби (механічне подразнення, еротичні уявлення, спогади та інше).

А. П. Журавель [6] на підставі проведених ним клінічних досліджень відзначає, що зниження лібідо він виявив у 78% обстежених хворих із цієї патологією. Ступінь цього зниження був різним – від повного зникнення сексуального компонента лібідо до його ослаблення, що виявлялося тільки при активному опитуванні, і на яке пацієнти самостійно не звертали уваги. Переважали відносно нерізкі ступені зниження статевого потягу. Виявлено, що лібідо втрачає свою інтенсивність, стає

більш вибірковою, починає переважати його еротичний та естетичний компонент. У низці випадків бажання здійснити статевий акт виникає у хворих тільки тоді, коли вони знаходяться в інтимній обстановці поряд із жінкою, та дещо посилюється при ласках. Активувала лібідо й поява ерекції. Поза ситуації інтимної близькості лібідо могло взагалі з'являтися чи виникати рідко й в ослабленому вигляді. Ці пацієнти добре переносили тривале статеве утримання. Короткочасне посилення статевого потягу навпаки фіксувалося лише у поодиноких випадках.

Після статевих актів чоловіки з цією патологією зазвичай протягом тривалого періоду (від кількох годин до доби і більше) відчувають слабкість, розбитість, важкість у голові. У деяких з них виникає почуття туги, занепокоєння та незадоволеності, що веде до уникнення ними статевої активності [2]. Г. Г. Корик [11], описуючи самопочуття цих хворих після статевих актів, відзначає, що в цей період вони не відчувають заспокоєності та задоволеності. Навпаки, виникає слабкість, невдоволення, розлади сну та тривале (до кількох діб) почуття розбитості. Характеризуючи посткоїтальний період, Н. З. Хаит [34] відзначає, що після статевих зносин у цих хворих може виникати дисфорія, почуття невмотивованого страху, тривоги та інші емоційні розлади, що він вважає патогномонічним для сексуальних розладів, зумовлених патологією гіпоталамуса.

Проте А. П. Журавель [6] повідомляє, що такі порушення, як виникнення фізичного та емоційного дискомфорту після еякуляції, які описувалися в літературі як типові симптоми при гіпоталамічній патології, були виявлені лише у 12% випадків. При цьому провідними у клінічній картині статевого розладу вони були тільки в одного хворого. Інші пацієнти надавали цьому феномену лише другорядне значення. Характеризуючи пост-еякуляторні порушення, автор відзначає, що вони проявлялися млявістю, розбитістю, підвищеною дратівливістю, пригніченістю та тривали в середньому 2–4 дні. Пристосовуючись до цього розладу, хворі намагалися проводити статевий акт лише увечері, оскільки після нічного сну описані порушення помітно згладжувалися.

Слід відзначити, що сила статевого потягу у хворих з гіпоталамічною патологією знижується не тільки у зв'язку з тим, що уражається область головного мозку, яка бере участь безпосередньо у формуванні статевого потягу, а також через порушення секреції нейрогормонів гіпоталамуса, що стимулюють вироблення статевих гормонів гіпофіза. Крім цього, при даній патології слід відзначити наявність поведінкових механізмів, які можуть брати участь у формуванні ослабленого статевого потягу (відсутність позитивного підкріплення та наявність негативного, що обумовлено іншими сексуальними дисфункціями, а також соматичними порушеннями, які можуть відбуватися після статевих актів). У зв'язку з цим можливе формування синдрому тривожного очікування сексуальної невдачі.

Розсіяний склероз

Послаблення сексуального потягу може відбуватися при розсіяному склерозі (РС) – захворюванні головного та спинного мозку, при якому ушкоджуються мієлі-

нові оболонки, що покривають нервові волокна. РС відбивається на сексуальному функціонуванні більшості пацієнтів, які страждають на цю хворобу [18]. Це може виражатися в ослабленні чи повній втраті сексуального інтересу та чутливості геніталій, а також збудження чи оргазму. Можливе виникнення дискомфортної гіпер-

сприйнятливості до генітальної стимуляції. Навпаки, через втрату чутливості, яка також може мати місце, виникнення сексуального збудження за допомогою стимуляції статевих органів буває зовсім неможливим (Smeltzer & Kelley, 1997). У жінок може спостерігатися вагінальна сухість (відсутність лубрику) [18].

Відомості про автора

Кочарян Гарнік Суменович – д-р мед. наук, проф., Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків; тел.: (095) 259-65-23, (098) 521-61-46. E-mail: kocharyangs@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-3797-5007>

Information about the author

Kocharyan Garnik S. – MD, PhD, DSc, Professor, Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv; tel.: (095) 259-65-23, (098) 521-61-46. E-mail: kocharyangs@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-3797-5007>

ПОСИЛАННЯ

- Anokhin PK. Essays on the physiology of functional systems. Moscow: Medicine; 1975. 448 p.
- Belkin AI. Clinic and treatment of dienecephalic form of impotence. Actual issues of sexopathology. Moscow; 1967, p. 211-30.
- Wagner G, Green R. Impotence (physiology, psychology, surgery, diagnosis, treatment). Translation from English to Russian. Moscow: Medicine; 1985. 240 p.
- Vasilchenko GS. Accentuations of character. Special sexopathology: Guide for doctors. Moscow: Medicine; 1983, p. 118-26.
- Golubtsova LI. Low progression schizophrenia with sexual disorders in women: author. [avtoreferat]. Moscow: Moscow scientific research Institute of Psychiatry; 1988. 15 p.
- Zhuravel AP. Sexual disorders in men with pathology of the hypothalamus. Special sexopathology. Moscow: Medicine; 1983, p. 179-83.
- Imelinsky K. Sexology and sexopathology. Translation from Polish to Russian. Moscow: Medicine; 1986. 423 p.
- Isaev DD. On the peculiarities of sexuality of male adolescents with schizophrenia. Actual issues of sexopathology. Moscow: Medicine; 1986, p. 104-6.
- Kaplan GI, Sadok BJ. Clinical psychiatry. Translated from English. Moscow: Medicine; 1994. 672 p.
- Kovalev W, Belov VP, Ventsovsky E. Epilepsy. Manual to Psychiatry: in 2 volumes. Moscow: Medicine; 1988, p. 532-6.
- Korik GG. Sexual disorders in men. Moscow: Medicine; 1973. 230 p.
- Kocharyan GS. Neurosis and sexual disorders. Clinical sexology and andrology (Textbook). NAS and AMS of Ukraine. Kyiv: Health; 1996, p. 114-21.
- Kocharyan GS. Sexual dysfunctions and behavioral transformations. Kharkiv: Academy of Sexological Research; 2000. 81 p.
- Kocharyan GS. Syndrome of anxious expectation of sexual failure in men (formation, pathogenetic mechanisms, clinical manifestations, psychotherapy) [avtoreferat]. Moscow; 1992. 46 p.
- Kocharyan GS. Syndrome of anxious expectation of failure in men and endocrine mechanisms of sexual dysfunctions. Soc Clin Psychiatry. 1997;4:57-62.
- Kocharyan GS. Syndrome of anxious expectation of sexual failure in men and its treatment. Kharkiv: Osnova; 1995. 279 p.
- Churkin AA, Martyushov AN. A brief guide to the use of ICD-10 in psychiatry and narcology. Moscow: Triada-X; 2000. 232 p.
- Crooks R, Baur K. Sexuality. Translation from English to Russian. St. Petersburg: Prime-EUROZNAK; 2005. 480 p.
- Leonhard K. Accentuated personalities: translation from German into Russian. 2nd ed. stereotypical. Kyiv: Vishcha school. Main publishing house; 1989. 375 p.
- Lipgart NK, Goloburda AV. Clinical features of sexual disorders in neuroses in men. Neuroses and sexual disorders. Voronezh: Voronezh Publishing House; 1985, p. 83-108.
- Lichko AE. Psychopathies and character accentuations in adolescents. 2nd ed., add. and reworked. Lviv: Medicine; 1983. 255 p.
- Nokhurov A. Violation of sexual behavior: forensic psychiatric aspect. Moscow: Medicine; 1988. 224 p.
- Nokhurov A. Sexual disorders in oligophrenia. Special sexopathology. Manual for Physicians. Moscow: Medicine; 1983, p. 172-80.
- Ovsyannikov SA. Changes in some sexological indicators of the SFM scale and their clinical features in schizophrenia. Diagnosis, treatment and prevention of sexual disorders. Moscow: Medicine; 1978, p. 37-41.
- Ovsyannikov SA. Mental status and its features in sexological patients. Methodical recommendations. Moscow: Medicine; 1976. 21 p.
- Pitsak AA. Features of sexual disorders in men suffering from sluggish schizophrenia [avtoreferat]. Moscow: Moscow scientific research Institute of Psychiatry; 1986. 22 p.
- Posvyansky PB. Sexual disorders in the clinic, differential diagnosis and psychopathology of schizophrenia. Problems of modern sexopathology (collection of works). Moscow: Moscow Research Institute of Psychiatry; 1972, p. 296-322.
- Savenko YuS. Hidden depressions and their diagnosis: Guidelines. Moscow: Medicine; 1978. 15 p.
- Svyadoshch AM. Women's sexual pathology. Fifth edition, revised. and add. Chisinau: Shtiintsa; 1991. 184 p.
- Svyadoshch AM. Neurosis and their treatment. Ed. second, revised and add. Moscow: Medicine; 1971. 451 p.
- Srinivasan S, Glover J, Tampi RR, Tampi DJ, Sewell DD. Sexuality and the Older Adult. Curr Psychiatry Rep 2019 Sep 14;21(10):97. doi: 10.1007/s11920-019-1090-4.
- Tatlaev NSh. Clinic of sexual disorders in men suffering from manic-depressive psychosis [avtoreferat]. Moscow; 1984. 24 p.
- Tatlaev NSh. Sexual disorders in men suffering from manic-depressive psychosis. Special sexopathology: a manual for doctors. Moscow: Medicine; 1983, p. 160-72.
- Khait NZ. Sexual disorders in the defeat of the hypothalamus [avtoreferat]. Moscow; 1971. 19 p.
- Shostakovich BV, Matveev VF. Psychopathies and pathocharacterological developments. Manual to Psychiatry. Moscow; 1988, p. 301-49.
- Yagubov MI. Clinical features and therapy of sexual dysfunctions in patients with neurotic disorders. Soc Clin Psychiatry. 2006;16(3):46-53. doi: 10.1055/s-2007-979596.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition: DSM-IV-TR. United States: American Psychiatric Association; 2000. 943 p.
- Bancroft J, Janssen E, Strong D, Carnes L, Vukadinovic Z, Long JS. The relation between mood and sexuality in heterosexual men. Arch Sex Behav. 2003;32(3):17-30. doi: 10.1023/a:1023409516739.
- Bruno FJ. The Family Mental Health Encyclopedia. New York, Chichester, Brisbane, Toronto, Singapore: JOHN WILEY & SONS; 1989. 422 p.
- Casper RC, Redmond DE, Katz MM, Schaffer CB, Davis JM, Koslow SH. Somatic symptoms in primary affective disorder. Presence and relationship to the classification of depression. Arch Gen Psychiatry. 1985;42(11):1098-04. doi: 10.1001/archpsyc.1985.01790340082012.
- Kockott G, Pfeiffer W. Sexual disorders in nonacute psychiatric outpatients. Compr Psychiatry. 1996;37(1):56-61. doi: 10.1016/s0010-440x(96)90052-8.
- Laumann EO. The social organization of sexuality: sexual practices in the United States. Chicago: University of Chicago Press; 1994. 32 p.
- Michael RT. Sex in America: a definitive survey. Boston: Little, Brown; 2000. 121 p.
- Phillips RL Jr, Slaughter JR. Depression and sexual desire. Am Fam Physician. 2000;62(4):782-6.
- Schreiner-Engel P, Schiavi RC. Lifetime psychopathology in individuals with low sexual desire. J Nerv Ment Dis. 1986;174(11):646-51. doi: 10.1097/00005-053-198611000-00002.
- Segraves RT. Psychiatric illness and sexual function. Int J Impot Res. 1998;10(suppl 2):131-3.

Стаття надійшла до редакції 28.07.2022. – Дата першого рішення 02.08.2022. – Стаття подана до друку 20.09.2022