

Сексуальные дисфункции у мужчин с депрессивными расстройствами

М.А. МИХАЛЕВ^{1*}, М.И. ЯГУБОВ², Н.Д. КИБРИК²

¹Филиал №1 психиатрической клинической больницы №3 им. В.А. Гиляровского, Москва; ²Московский научно-исследовательский институт психиатрии, Москва

Sexual dysfunction in men with depressive disorders

M.A. MIHALEV, M.A. YAGUBOV, N.D. KIBRIK

Gilyarovskiy Psychiatric clinical Hospital №3, Moscow; Moscow Research Institute of Psychiatry, Moscow

В статье обобщены данные литературы, касающиеся сексуальных дисфункций при депрессивных расстройствах у мужчин. Приведены данные о распространенности, особенностях клинических проявлений и патогенезе сексуальных нарушений у больных с аффективной патологией. Установлено, что заболеваемость депрессией неуклонно растет и усложняется структура депрессивных расстройств. Сопровождающие их сексуальные нарушения остаются одними из наименее разработанных аспектов депрессивных расстройств.

Ключевые слова: депрессия, сексуальные дисфункции у мужчин, снижение либидо, импотенция.

In this article, the authors summarize literature data about sexual dysfunction in depression in men. Prevalence, clinical issues and pathogenesis of sexual dysfunction in patients with affective disorders are described. The incidence of depression is steadily growing, and the structure of depressive disorders is becoming more complicated. Comorbid sexual disturbances continued to be one of not enough developed aspects of depressive disorders.

Key words: depression, sexual male's dysfunction, lowering of libido, impotence.

Депрессии — наиболее распространенные психические нарушения, рост показателя их распространенности в последние десятилетия стремительный [1]. Заболеваемость депрессиями приближается к 3%, а риск заболеть в течение жизни — к 20% [2]. Распространенность депрессивных расстройств среди мужчин составляет 4—10%.

Связь депрессивных состояний с патологией в сексуальной сфере являлась предметом внимания многих поколений отечественных и зарубежных исследователей. R. Krafft-Ebing [3, 4] писал, что больной в депрессивном состоянии перестает испытывать желания, так как любая цель представляется ему недостижимой и что «сознание и настроение меланхоликов неблагоприятны для пробуждения полового влечения». S. Freud [5] отмечал: «Особенно мощным астенизирующим фактором при аффективных нарушениях с сексуальными расстройствами становится переключение всего психического регистра индивида на область крайних тревог по поводу снижения или утраты своего мужского начала». Говоря о связи депрессии и сексуальной дисфункции, необходимо отметить, что на заре сексологических исследований большее значение придавалось самим сексуальным нарушениям, а расстройства настроения считались их следствием. И только к концу XIX века нарушения в сексуальной сфере стали рассматривать не как причину, а как следствие душевных болезней [6—8]. Это стало касаться в первую очередь работ, по-

священных психосоматическим аспектам депрессивных расстройств, маскированным депрессиям и соматическим эквивалентам депрессий, в рамках которых сексуальные нарушения описывались как проявления нарушений функции автономной нервной системы.

Распространенность сексуальных дисфункций при депрессивных расстройствах

Данные о распространенности сексуальных расстройств в популяции очень разнятся от 2 до 50% при различных формах в зависимости от пола и возраста [9]. В связи с этим следует заметить, что эпидемиологические исследования в области сексопатологии встречаются определенные трудности. Дело в том, что сведения, как получаемые при непосредственном обследовании пациентов, так и поступающие из различных медицинских учреждений, недостаточно надежны. Это связано с тем, что, во-первых, больные нередко скрывают имеющиеся у них сексуальные нарушения, во-вторых, получаемые данные зависят от клинической квалификации и ориентации исследователя, в-третьих, существуют серьезные расхождения в вопросах диагностики среди принадлежащих к разным школам сексопатологов, а также имеют место существенные различия в методах исследований [10].

В целом частота сексуальных проблем у больных с депрессией примерно в 2—3 раза выше, чем в общей попу-

ляции — 50% по сравнению с 24% [11]. По данным ряда авторов [12—14], 5% мужчин с депрессией испытывают трудности в связи со сниженным сексуальным влечением, 21—38% страдают преждевременной эякуляцией и 4—10% — оргазмическими расстройствами. Данные, представленные в исследовании Н.Ш. Татлаева [15], свидетельствуют о значительной распространенности нарушений либидо, эрекции, эякуляции, оргазма и уровня сексуальной активности в целом у депрессивных больных. По данным литературы, либидо в той или иной степени снижается в 100% случаев, уровень половой активности — в 99%, эрекция — в 98%, а оргазм — в 82%. Однако, как уже говорилось выше, имеется достаточно большой разброс показателей, что объясняется неуточненностью обращаемости больных за сексологической помощью, не отражающей истинную распространенность расстройств в популяции [16]. Довести до сведения врача подробности своей интимной жизни могут лишь очень деградированные больные с «полным отсутствием стыдливости» [7]. Для большинства же общение с врачом на эту тему представляет большие трудности. Об этом свидетельствует тот факт, что среди 6000 западных немцев, пытавшихся покончить жизнь самоубийством, больше $\frac{1}{2}$ имели какие-то сексуальные проблемы, причем у 21% — они были главным мотивом, а у 32% — одним из важных. J. Nempel и соавт. [17] сообщали, что импотенция занимает второе место среди мотивов самоубийств. К сказанному можно добавить, что сексуальные проблемы пациента оказываются очень неприятной темой и для врачей, особенно женщин.

Современное представление о связи сексуальных и депрессивных расстройств

Известно, что для депрессии характерен ряд соматических нарушений, биохимических сдвигов, гормональных изменений. Не составляют исключения и нарушения в сексуальной сфере. По данным некоторых зарубежных авторов [18—20], у страдающих депрессией заметно снижается половое влечение, возникают нарушения эрекции и эякуляции и утрачивается способность получать удовольствие от сексуальных фантазий. В.Д. Тополянский [21] подчеркивает, что функциональные половые расстройства — один из почти обязательных компонентов депрессии. Заметное снижение потенции не случайно рассматривают как чуть ли не важнейший ее признак («симптом симптомов»), который выявляется при целенаправленном исследовании практически у любого эмоционально нестабильного больного. Не случайно именно «импотенция» как таковая иногда оказывается одним из наиболее частых ошибочных диагнозов [21]. Г.С. Васильченко [22] также отмечал, что чаще всего стойкий страх импотенции — симптом депрессивного круга. По данным О.П. Вертоградовой и соавт. [23], «снижение влечений (пищевое, сексуальное и пр.), характерное для депрессивного синдрома, наиболее выражено при тоскливой и апатической депрессиях, однако при тревожной депрессии, напротив, может иметь место повышение влечений (повышенная жажда, аппетит, сексуальное влечение)». Исследования Н.Ш. Татлаева [15] показали, что клиническая картина сексуальных расстройств определяется глубиной и психопатологической структурой депрессивного состояния. Либидо, уровень половой активности, качество эрекции и оргазма снижались параллельно углублению депрессивного аффекта, причем данное снижение

было в большей степени выражено при тоскливом и апатическом, нежели тревожном вариантах депрессивного расстройства. При тревожно-депрессивных состояниях в отличие от тоскливых и апатических наблюдаются кратковременные эпизоды повышения полового влечения.

Большинство современных авторов [11, 22—29] подтверждают, что классической (витальной) депрессии свойственны выраженные соматовегетативные проявления, в том числе сексуальные дисфункции. Однако сексуальные расстройства выступают на передний план и при мягких формах депрессий (маскированные, стертые, ларвированные) [30—32].

Известно, что соматовегетативные расстройства могут быть основными жалобами больного при аффективной патологии [23, 24, 29, 33, 34]. Поэтому при маскированных соматовегетативными расстройствами депрессиях от $\frac{1}{3}$ до $\frac{2}{3}$ пациентов наблюдаются у врачей широкого, а также узких специалистов непсихиатрического профиля [9]. Некоторые авторы [35] указывают, что скрытая депрессия может проявляться не только снижением половых функций, но и гиперсексуальностью, промискуитетом и гомосексуальными тенденциями больных. Так, D. Renshaw [13] к проявлениям «латентной» депрессии относил мастурбацию. В.С. Ротенберг и В.В. Андрианов [36] как признак скрытой депрессии расценивали также перемежающийся ночной приапизм.

Депрессия — многозвеньевое расстройство, стадии развития которого клинически проявляются не только углублением основных симптомов, но и видоизменением самоощущения и самооценки больных [25]. Важнейшим критерием диагноза сексуальной дисфункции (по МКБ-10 рубрика F52) является субъективное чувство неудовлетворенности, подавленности, тревоги, вины, возникающее у индивидуума в ситуации половых контактов [37]. При этом пациент может предъявлять жалобы, которые реально не подтверждаются. В случае, когда депрессия маскирована сексологическими жалобами, они часто воспринимаются как чисто оценочные нарушения по типу мнимых сексуальных. Другой типичный вариант — сексологические жалобы могут доминировать, маскируя аффективные проявления. Следовательно, само аффективное расстройство может манифестировать сексологическими дисфункциями. Такая маскированная сексологическими жалобами депрессия может быть не распознана, при этом половые нарушения могут расцениваться как самостоятельное расстройство или симптом другого заболевания [38].

Важно, что любое возникшее сексуальное нарушение само по себе отрицательно влияет на пациента, поскольку неспособность к полноценной половой жизни является одной из самых сильных эмоциональных травм для мужчины любого возраста. Возникают болезненные личностные реакции в виде депрессивного аффекта, усугубляющего имеющиеся аффективные расстройства и усложняющего поведение терапевтических мероприятий [39].

Сказанное выше является убедительным доказательством того, что при депрессивных расстройствах существует биологическая двусторонняя связь между депрессией и сексуальными нарушениями, и обусловленные психосексуальной сферой проблемы могут являться психогенным фактором как в развитии, так и в поддержании уже существующей депрессии.

Патогенез сексуальных дисфункций при депрессивных расстройствах

Недостаточность знаний врачей общего профиля о диагностике и течении аффективных нарушений ведет к длительной неэффективной терапии, вследствие чего депрессия переходит в хроническое течение с заметным снижением уровня социально-психического функционирования и качества жизни пациента и его семьи. Другой не менее значимой стороной этой проблемы [22, 29, 40] является недостаточное внимание психиатров к соматовегетативным симптомам депрессии, особенно на этапе ее обратного развития и становления медикаментозной ремиссии, что повышает вероятность рецидива. В свете сказанного представляется важным анализ связи соматовегетативных (в нашем случае сексуальные) и депрессивных расстройств в патогенетическом аспекте.

Если обратиться к патогенезу самой депрессии, то она в настоящее время рассматривается с системных позиций, включающих морфофункциональный (нейроанатомический, нейрофизиологический, нейрохимический) и патопсихологический компоненты. В рамках первого большое внимание уделяется патологическому функционированию мозговых структур, в частности лимбико-таламической и гипоталамо-гипофизарной областей. В настоящее время установлено, что при депрессивных расстройствах выявляются нарушения в продукции нейропептидов — гипоталамус-релизинг-факторов. Через посредство гипофиза они влияют на различные гормональные функции организма, обуславливая, в частности, выявленное при депрессиях явление гиперкортицизма. Если в норме соотношение секреции глюкокортикостероидов и функции моноаминовой нейротрансмиттерной системы определяется характером обратной связи (избыток кортизола в крови тормозит выделение кортикотропин-релизинг-фактора гипоталамуса и соответственно аденокортикотропного гормона гипофиза), то при депрессии их взаимоотношения существенно меняются. При этом непосредственное регулирующее влияние на секрецию кортикотропин-релизинг-фактора оказывают норадреналин и серотонин. Дефицит адренергических нейротрансмиттеров и связанный с этим гиперкортицизм способствуют возникновению депрессивных расстройств путем формирования «патологического круга» в гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системе с положительной обратной связью. При этом лимбическая система является основным координатором, образующим интегративную цепь, через которую корковые центры регуляции эмоций посылают импульсы к гипоталамусу, а гипоталамические импульсы передаются гиппокампу. Дисфункция ретикулярной формации как активирующей системы мозга вызывает «энергетический дефект», снижение «биотонуса» мозговых механизмов, что влияет на энергетическую составляющую либидо, вызывая его снижение, и, как следствие, оказывает влияние на весь копулятивный цикл.

Конституциональные или приобретенные нарушения в гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системе находят отражение в клинике депрессий, что подтверждается феноменом нейроэндокринного растормаживания. Истощение центральных медиаторных норадренергических структур реципрочно вызывает повышение периферической гормональной адреномедуллярной активности [28]. Таким образом, формируется соматический симпатико-тонический синдром, что вызывает тормозное влия-

ние высших центров на спинальный центр эректильного рефлекса, блокируя парасимпатические импульсы, необходимые для расширения сосудов полового члена, а также повышенный симпатический тонус, ведет к возрастанию тонуса гладкой мускулатуры полового члена, вызывая затруднение притока крови и, как следствие, — нарушение эрекции. Это сказывается на нейрогуморальной составляющей и копулятивного цикла. Все вместе вызывает нарушения эрекции различной тяжести, а также ведет к расстройствам семяизвержения (ускорение или замедление, вплоть до отсутствия).

В патогенезе депрессии определенную роль играют нарушения деятельности и эпифиза, которые приводят к так называемому синдрому пониженного мелатонина [41]. Дефицит вырабатываемого эпифизом мелатонина нарушает циркадный ритм секреции кортизола, объясняя циркадианную динамику психического состояния при депрессивных расстройствах (ухудшение психического состояния по утрам и его улучшение к вечеру, а это соответствует и сексологическим жалобам пациентов: повышение сексуальной активности в вечерние часы и понижение или отсутствие — в утренние).

Нормальную половую активность определяют в настоящее время как чрезвычайно сложную психофизиологическую функцию, локализованную вдоль оси гипоталамус—гипофиз—половые железы, с одной стороны, и имеющую представительство в высших корковых центрах — с другой, не говоря уже об участии лимбической системы. Сексуальные дисфункции при расстройствах психической сферы имеют сложный патогенез, поскольку связаны не только с рассмотренными выше нейродинамическими сдвигами, но и сформировавшимися ранее поведенческими условно-рефлекторными стереотипами сексуального поведения, касающимися всех его проявлений — влечения, возбуждения, оргазма, эякуляции [42].

Под нервной регуляцией половой функции понимают динамическую функциональную систему, объединяющую клеточные структуры разных уровней нервной системы в единый регуляторный механизм [21]. Сочетание в нем мозговых и гуморальных компонентов в функциональной структуре либидо обуславливает необычайную лабильность последнего под влиянием не только общего жизненного тонуса и чисто ситуационных факторов, но и прежде всего эмоционального состояния индивида. Эрекция наряду с эякуляцией — характерные феномены мужской сексуальности, регулируются в основном вегетативной нервной системой. При аффективных нарушениях независимо от ритма половой активности всегда присутствуют вегетативный дисбаланс регуляции: либо преобладание симпатикотонии (тахикардия, мидриаз, запоры и др.), сопровождающейся, как правило, ускорением семяизвержения вплоть до *ejaculation ante portas*; или же парасимпатикотонии (брадикардия, пониженное артериальное давление, потливость, слезотечение, гиперсаливация и др.), сопровождающейся замедлением семяизвержения вплоть до анэякуляции.

Системная сексология объясняет оргазм как результат сложного взаимодействия ряда структурных образований, расположенных на различных уровнях (тазовый, спинальный, диэнцефальный и корковый). Для удобства анализа системная концепция допускает условное выделение из рассмотренного функционального единства двух уровней — церебрального и сегментарного. Церебраль-

ный — объединяет все корковые условно-рефлекторные комплексы половой сферы. К нему относятся кора головного и связанные с половой сферой отделы промежуточного мозга, в том числе зрительный бугор. К сегментарному уровню относят поясничный и крестцовый отделы спинальных центров эякуляции с их экстраспинальным, в том числе приорганым обеспечением. В формировании полового влечения мужчины принимают участие те же уровни, что и оргазма, однако степень участия каждого из них различна. Если в оргазме супраспинальные (церебральные) механизмы играют роль инстанций, осуществляющих главным образом сенсорное восприятие заключительных фаз оргазма и их оценку, то в формировании либидо именно церебральные образования выполняют все основные задачи на протяжении всего жизненного цикла [43].

Важным аспектом рассматриваемых нарушений является то, что на их физиологическую основу накладываются образующиеся в ходе патологического процесса сверхпрочные условно-рефлекторные комплексы. Естественные сексуальные раздражители превращаются в условный тормоз, например при измененном физиологическом состоянии предпринятая в неблагоприятных условиях попытка порождает страх повторения неудачи и приводит к тому, что каждая последующая попытка при неуклонно нарастающей тревожности сначала делается все менее вероятной, а затем полностью исключает благоприятное завершение интимной близости. Это само по себе на заключительных стадиях усиливает существующие аффективные расстройства и формирует уже новые и стойкие реактивные депрессии.

Таким образом, патогенез сексуальных нарушений при депрессии, рассматриваемый с системных позиций,

включает в себя как морфофункциональный (нейроанатомический, нейрофизиологический, нейрохимический), так и патопсихологический компоненты. Механизмы подавления сексуальности при сниженном аффекте обусловлены нарушением психической и нейроэндокринной составляющих копулятивного цикла. Также в основе патологического генеза сексуальных дисфункций лежат изменения в первую очередь на уровне нейромедиаторных систем, и впоследствии — вегетативных, сосудистых и эндокринных уровней.

Подводя итог изложенному выше, можно сказать, что патогенез аффективных нарушений и сексуальных дисфункций представляет собой единый и многоуровневый процесс. Накопленные данные свидетельствуют о том, что существует биологическая двусторонняя связь между депрессией и многими сексуальными расстройствами, и обусловленные психосексуальной сферой проблемы могут быть психогенным фактором в развитии и поддержании уже существующего депрессивного расстройства. Это говорит о важности понимания патогенеза сексуальных нарушений, что имеет ключевое значение для их адекватной и высокоэффективной терапии. Сам подход к терапии данных состояний должен быть комплексным, учитывающим все компоненты заболевания и направленным не только на стержневой, но и сопутствующие синдромы, без воздействия на которые нельзя добиться нормализации нарушенных функций. Также при составлении плана лечебных воздействий следует прежде всего проанализировать совокупность причинных факторов и добиться устранения всех продолжающих свое действие болезнетворных влияний. Только обеспечив патогенетический подход к терапии, можно добиться ее эффективности при сексуальных нарушениях, обусловленных депрессией.

ЛИТЕРАТУРА

- Hagnell O, Lanke J, Rorsman B, Ojesjo L. Depressive illnesses in a prospective epidemiological study over 25 years. The Lundby Study. *Sweden Psychol Med.* 1982;21:26.
- Costa e Silva JA. Facing depression. *WPA Teaching Bulletin on Depression.* 1993;1(1):1-4.
- Krafft-Ebing R. *Судебная психопатология.* Пер. с нем. СПб. 1895.
- Krafft-Ebing R. *Lehrbuch der Psychiatrie.* Wien. 1903.
- Freud S. Some neurotic mechanisms in jealousy, paranoia and homosexuality 1922;18:221-232.
- Корсаков С.С. *Курс психиатрии.* М.: Товарищество; 1893.
- Kraepelin E. *Lehrbuch der Psychiatrie.* VIII Aufl. A. Barth. 1910.
- Porosz M. Ueber die Atonie der Prostata. *Monatsberichte fur Urologie,* 1912.
- Кибрик Н.Д., Ягубов М.И. *Психиатрия:* Справочник практического врача. Под ред. Гофмана А.Г. М.: МЕДпресс-информ; 2006.
- Woods SM. Sexuality and mental disorders. Lief H.L. (e.d.), *Sexual problems in Medical Practice.* Chicago, *American Medical Association.* 1981;199-209.
- Аведисова А.С. *Депрессия и тревога. Диагностика и лечение.* М.: Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии. 2003.
- Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *JAMA.* 1999;281:537-544.
- Renshaw DC. Sexual Dysfunctions. In: *Somatic manifestations of depressive disorders.*
- Rosen R, Leiblum S, Spector I. Psychologically based treatment for male erectile disorder. A cognitive-interpersonal model. *J of sex and Marital Therapy.* 1994;20(1):11-17.
- Татлаев Н.Ш. *Клиника сексуальных расстройств у мужчин, страдающих маниакально-депрессивным психозом.* Автореф. дис. ... канд. мед. наук. Куйбышев; 1984.
- Васильченко Г.С., Овсянников С.А. Синдром расстройств психической составляющей в структуре половых нарушений у мужчин. В кн.: *Диагностика, лечение и профилактика половых расстройств.* М.; 1978; 17-21.
- Hempel J, Bergler S., Globits et al. Eur Heart J der Spannungsanderungen des rechten Vorhofes. *Tiitso M. Pflugers Arch.* 1937;239:265-273.
- Tamburello A, Seppecher MF. *The effects of depression on sexual Behavior. Preliminary results of Research.* New York; 1977;12-24.
- Spencer RF. *Depression and diminished sexual desire.* Medical Aspects of Human Sexuality. 1977;11(8):51-65.
- Masters WH, Johnson V, Kolodny R. *Textbook of Sexual Medicine* (2nd edition). Boston, Mass., *Little Brown.* 1984.
- Тополянский В.Д., Струковская М.В. *Психосоматические расстройства (руководство для врачей).* М.: Медицина. 1986.
- Васильченко Г.С. *Сексопатология.* Справочник. М.: Медицина. 1990.
- Вертоградова О.П., Волошин В.М. Анализ структуры депрессивной триады как диагностического и прогностического признака. *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.* 1983;1189-1194.
- Пападопулос Т.Ф. *Острые эндогенные психозы, психопатология и систематика.* М.: Медицина. 1975.
- Снежневский А.В. *Клиническое обследование.* В кн.: *Руководство по психиатрии.* Т. 1. М.: Медицина. 1983;187-193.
- Мосолов С.Н. *Тревожные и депрессивные расстройства: коморбидность и терапия.* М.: Аргинфо Паблишинг. 2007;58-69.
- Смулевич А.Б. *Депрессии при соматических и психических заболеваниях.* М.: Медицинское информационное агентство. 2003.

28. Нуллер Ю.Л., Михаленко И.Н. *Аффективные психозы*. М.: Медицина. 1988.
29. Madhukar H, Trivedi MD. The Link Between Depression and Physical Symptoms. *Prim Care Companion. J Clin Psychiatry*. 2004;(6 suppl 1):12-16.
30. Lemke R. Vegetative Depression *Psychiat. Neurol Med Psychol Leipzig*. 1949.
31. Silbert MB. Masked depression and the general practitioner. *S Afr med J*. 1968;42:132-136.
32. Десятников В.Ф. Маскированная депрессия. *Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова*. 1975;(5).
33. Краснов В.Н. *Расстройства аффективного спектра*. М.: Практическая медицина. 2011.
34. Ветроградова О.П. К соотношению психосоматических и аффективных расстройств. 5-й Всероссийский съезд невропатологов и психиатров. Тезисы докладов. М. 1985;3:26-27.
35. Киров К. *Депрессия. Актуальные проблемы невропатологии и психиатрии*. М.: Медицина. 1974;222-233.
36. Ротенберг В.С., Андрианов В.В. О перемежающемся ночном припадке. *Урол и нефр.* 1976;6:31-35.
37. Жариков Н.М. *Актуальные проблемы соматопсихиатрии*. М., Элиста: АПП «Джангар»; 2002.
38. Егоров Б.Е. Психотерапия и психоанализ сексуальных нарушений. Материалы международной конференции «Социальные и клинические проблемы сексологии и сексопатологии». М.; 2002;89-91.
39. Ягубов М.И. *Клинико-динамические особенности и комплексная патогенетическая терапия сексуальных дисфункций у мужчин с психическими расстройствами непсихотического уровня*: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М.; 2006.
40. Paykel ES, Weissman MM. Marital and sexual dysfunction in depressed women. *Medical Aspects OF Human Sexuality*. 1972;6(6):73-101.
41. Rosental NE, Carpebter CJ, James SP. Seasonal affective disorders in children and adolescents. *Amer J Psychiat*. 1986;143:3:356.
42. Кибрик Н.Д., Ягубов М.И., Решетняк Ю.А., Кан И.Ю., Айриянц И.Р., Панюкова И.А. *Терапия сексуальных расстройств при различных формах психической патологии*. Пособие для врачей. МЗ РФ, МНИИП МЗ РФ. М. 2000.
43. Васильченко Г.С., Дейнега Г.Ф., Решетняк Ю.А. Принципы диагностики расстройств психической составляющей. В кн.: *Частная сексопатология*. Т. 2. Под ред. Васильченко Г.С. М.: Медицина. 1983;9-12.