

О ПРОБЛЕМЕ РАССТРОЙСТВ ПОЛОВОГО ВЛЕЧЕНИЯ – ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

И. Ю. Кан, М. И. Ягубов

ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»

Литературный поиск, результаты которого приводятся в данном обзоре, был предпринят в связи с большим количеством вопросов, возникающих у специалистов, консультирующих пациентов, страдающих расстройством полового влечения. Изучение исторического аспекта данной проблемы проводилось в рамках исследования, выполняемого в настоящее время в отделении сексопатологии ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава», основной целью которого является выявление патогенетических механизмов, способствующих формированию расстройств либидо и разработка новых терапевтических подходов, позволяющих добиться лучших результатов в такой труднокурабельной группе сексологических больных. Анализ работ отечественных авторов в области сексопатологии и психиатрии позволяет обнаружить в основном упоминания о данной проблеме. Изучение зарубежной литературы, в том числе поиск в электронной базе данных Medline, оказалось более результативным. Удалось найти больше данных, прямо либо косвенно затрагивающих данную тематику. Однако следует отметить относительную немногочисленность подобных работ, контрастирующую с широким потоком исследований, посвященных другим сексуальным расстройствам. Таким образом, предпринятая в настоящем обзоре попытка систематизации имеющейся информации в историческом аспекте представляется оправданной и актуальной.

Распространенность расстройств полового влечения

Сведения о распространенности расстройств полового влечения, содержащиеся в научной литературе, к сожалению отрывочны и вариабельны. По данным W.Masters, V. Johnson [39], отсутствие сексуального желания является одной из наиболее частых жалоб среди женатых пар, причем это более характерно для женщин, чем для мужчин. По их наблюдениям 35% женщин и 15% мужчин высказывают жалобы на отсутствие желания сексуальной активности. Г.И.Каплан, Б.Дж.Сэдок [7] упоминают об исследовании в группе из 100 молодых женатых пар, в котором было обнаружено, что 8% имели

сношения реже одного раза в месяц. В другой группе пар одна треть сообщала об отсутствии сексуальных связей за период времени, составляющий в среднем 8 недель. По сведениям R.T.Abdallah, J.A.Simon [17] при анализе характера жалоб больных на сексуальные нарушения выяснилось, что в 22% случаев имели место жалобы на ослабление сексуального влечения. E.Laumann и соавт. [35] указывают, что 33% женщин сообщают о снижении интереса к сексуальным отношениям.

Этиология и патогенез расстройств полового влечения

Исследователи рассматривают различные (возможные) механизмы возникновения расстройств полового влечения, подчеркивая определенные факторы, влияющие на либидо.

Расстройства полового влечения привлекали к себе внимание врачей и исследователей с древнейших времен. Еще Гиппократ примерно в 400 году до н.э. [1] отмечал важность конституциональных элементов в отношении влияния на силу полового влечения мужчины и высказал предположение о том, что причинными факторами его снижения являются «чрезмерная озабоченность мужскими обязанностями» и «отсутствие женской привлекательности» [31]. Нарушения сексуального влечения были включены в древнюю индийскую классификацию расстройств половой функции, и в данном трактате приведено мнение об их связи с «чрезмерными половыми излишествами» [50]. K.Wong и L.Wu [52] цитировали китайского врача, жившего в «Золотом веке» (простиравшемся от 1000-го года до н.э. вплоть до первого тысячелетия нашей эры), который рекомендовал способствовать повышению полового влечения у мужчин, ограничивая частоту половых контактов и соблюдая в интимных отношениях с женщинами принцип «строгой умеренности». В книге, которая к 1730 году выдержала 18 переизданий [49], основной причиной расстройств полового влечения, а также безумия и слепоты объявлена мастурбация. По данным Г.Вагнер и Р.Грин [1] в медицинском словаре Copland, изданном в 1858 году, под заголовком «Нравственная или

психическая импотенция» в качестве факторов, предрасполагающих к снижению сексуального влечения, перечислены следующие: боязнь оказаться неспособным к совершению коитуса, опасение, что его не любит партнерша, робость, чувство стыда, отвращение, ненависть, ревность, нерешительность, озабоченность и страх.

«Боязнь коитуса» отмечалась и в более позднее время А.Соорер [22] в качестве фактора, имевшего значение при ослаблении полового влечения у ряда больных. По мнению автора этот синдром включает в себя страх неудачи при выполнении коитуса, страх показаться сексуально неполноценным в глазах партнерши и боязнь насмешки. L.Wolberg [51] и D.Hastings [29] связывали враждебность и чувство обиды с возникновением расстройств полового влечения. W.Stekel [46] предложил концепцию наличия двухполюсной компоненты ненависти, по его мнению играющей существенную роль в каждом любовном чувстве и влияющей на уровень сексуального влечения у партнеров. Это предположение было впоследствии углублено и расширено R.Stoller [47].

Среди факторов, способствующих возникновению нарушений полового влечения, рассматривались различные личностные особенности пациентов. el-Senoussi и соавт. [45] отмечали у них застенчивость, послушность, замкнутость, чрезмерную чувствительность к критике, особенно в отношении своего телосложения. Чувство собственной неполноценности и чрезмерную чувствительность к критике в свой адрес предполагал в качестве таких факторов E.Gutheil [27]. В исследовании А.Соорер [21] было установлено, что наиболее распространенным типом личности мужчины, страдающего расстройством сексуального влечения, был тип «с истерическими отклонениями личности», часто проявляющий себя незрелым, требующим внимания к себе, поведением которого легко управлять; сексуальные нарушения, в том числе снижение или отсутствие полового влечения, рассматривались как следствие «карательного» стиля поведения, принятого между супругами.

Существование угнетающих половое влечение факторов, вызванных религиозными запретами, было отмечено А.Kinsey и соавт. [34]. Этой же точки зрения впоследствии придерживались W.Masters и V.Johnson [40]. А.Kinsey и соавт. [34] также предположили, что незнание нормальной биологической вариабельности сексуального поведения было связано с ослаблением потенции и полового влечения в тех случаях, когда у мужчин, являющихся жертвами такого незнания, возникало ощущение, что они действуют с отклонениями от общепринятого сексуального стереотипа. Другие исследователи высказывали предположение, что та дезинформация, которую «вдалбливали» ребенку, чтобы отучить его от мастурбации, могла вызвать впоследствии расстройство сексуального влечения и угнетение половой функции [18]. Примером

такой дезинформации, приведенным в источнике [1], является изданное в 1945 году в США Руководство для молодежи, содержащее предостережение юношам относительно опасности «пустого расточительства семени – их жизненно важной жидкости».

Влияние гормональной насыщенности на уровень и структуру либидо по-разному освещается в различных работах. Например, по некоторым данным [4] концентрация тестостерона, эстрадиола, прогестерона, пролактина и лютотропина у женщин с пониженным половым влечением не отличается от таковой у здоровых женщин.

Многие работы посвящены возрастным факторам. G.Lunglmaуt [37], изучая механизмы старения, отмечает существенное ослабление полового влечения в исследуемой группе, в которую были включены 837 мужчин в возрасте от 50 до 87 лет. Однако вопрос о влиянии возрастного фактора на сохранность полового влечения является спорным. А.Kinsey и соавт. [34] документально подтвердили существование устойчивого процента мужчин, у которых потенция сохраняется до глубокой старости, и сделали вывод, что в ослаблении полового влечения у многих стареющих мужчин ведущую роль играют «психосоциальные факторы». Под этим они подразумевали, что мужчины пресыщаются своими постоянными сексуальными партнершами в течение нескольких десятилетий. В поддержку этой точки зрения приводится тот факт, что пожилые мужчины, у которых отмечалось нарушение половой функции во время интимных отношений с их женами, были в состоянии совершать полноценный половой акт с новыми, молодыми партнершами. Между тем А.Соорер [21] установил, что такие улучшения половой функции у этих мужчин были довольно кратковременными, их способность к половой жизни истощалась, уровень полового влечения возвращался к прежнему через несколько месяцев сексуальных отношений с новой партнершей. В исследовании W.Masters и V.Johnson [38] подчеркивается, что хотя с увеличением возраста физиологические изменения в ответной реакции мужчин на сексуальное раздражение действительно эволюционируют, снижение сексуального влечения и возникновение нарушения эрекции не является неизбежным и может быть приписано влиянию психосоциальных факторов. G.Lunglmaуt [37], отмечая существенное снижение полового влечения в группе мужчин в возрасте от 50 до 87 лет, пришел к выводу, что несмотря на это, большинство из них сохраняет заинтересованность в половых контактах. Одно из наиболее подробных исследований сексуальной жизни пожилых мужчин, проведенное в рамках Программы изучения старения мужчин (MMAS) в конце 80-х – начале 90-х, включавшее 1 709 обследуемых, показало, что около 85% мужчин в возрасте 70 лет сохраняют половую активность [24]. Подавляющее большинство мужчин (около 90%) в возрасте старше 60 лет продол-

жают половую жизнь [43]. В группе здоровых мужчин старше 80 лет около 60% респондентов отметили наличие регулярных половых сношений. При этом существование постоянной половой партнерши играет определяющую роль, а женатые мужчины сексуально более активны, чем одинокие.

Взаимосвязь расстройств полового влечения и психических нарушений

Тесная взаимосвязь расстройств сексуального влечения с психической патологией отмечается во многих работах. При описании расстройств либидо в современных классификациях психических расстройств МКБ-10, DSM-IV [23, 30] используются в основном определения, характеризующие степени снижения или увеличения полового влечения. Вариативность и детали в характеристиках данной группы нарушений практически отсутствуют, что может быть объяснено, наряду с другими причинами, недостаточным изучением взаимосвязи расстройств либидо и психической патологии.

В зарубежной научной литературе часто применялась диагностическая категория «подавленное сексуальное влечение» [32] или «подавленное сексуальное возбуждение» (DSM-III). При этом предполагалось теоретическое допущение, что некая гипотетическая ингибирующая сила (психодинамическая, условнорефлекторная или какая-либо другая) блокирует проявление «нормального» либидо. Еще более неопределенными, включающими широкий диапазон мужских и женских сексуальных нарушений, являлись термины «импотенция» и «фригидность». В ранних источниках [29] к «импотенции» относили половые расстройства у мужчин и женщин, включая «отсутствие полового влечения». Постепенно в научной литературе практически полностью отказались от употребления обоих терминов в связи с их неадекватностью и, по мнению многих, уничижительного, осудительного характера. В первом варианте DSM-I (1952) использовались оба термина, в DSM-II (1968) только «импотенция», в DSM-III (1980) и в современных классификациях отсутствуют и «импотенция», и «фригидность» [19, 41].

Понятие «либидо» (от латинского *libido* – влечение, желание, стремление) введено в психоаналитическую литературу З.Фрейдом и в его понимании обозначает сексуальное влечение, силу сексуального возбуждения, психическую энергию, инстинкт любви, являющиеся основным мотивом человеческого поведения [15]. По его мнению, либидо является бессознательной психической энергией, в виде которой сексуальное влечение проявляется в душевной жизни человека и, локализуясь в различных телесных зонах, определяет фазы психосексуального развития: оральную, анальную, фаллическую, латентную и генитальную. Используя теорию либидо [15], З.Фрейд объяснял неврозы, научное и художественное творчество сублимацией (переключение энергии либидо с целей сексуального удовле-

творения, социально неприемлемых, на цели социально приемлемые – науку, искусство, общественную деятельность, религию). В дальнейшем З.Фрейд приравнивает либидо к Эросу (жизнь) Платона и понимает под ним энергию таких влечений, которые имеют связь со всеми явлениями, охватываемыми словом «любовь» (половая любовь, себялюбие, любовь к детям и к родителям, к человечеству, к отечеству, всеобщее человеколюбие). Теорию либидо З.Фрейд в двадцатых годах XX века превращает в учение психоанализа о влечении к жизни (Эросу) и смерти (Танатосу).

В отечественной науке вопросам формирования, регуляции и патологии сексуального влечения посвящены работы Г.С.Васильченко с соавт., А.М.Свядоца, Н.Д.Кибрика с соавт., М.И.Ягубова и других авторов [2, 6, 8, 12, 16]. Были выделены три функциональных компонента либидо: энергетический, селективный, периодичность и несколько стадий его формирования: понятийная, романтическая (платоническая), эротическая, сексуальная, стадия зрелой сексуальности [2]. Отмечая общие характеристики полового влечения для мужчин и женщин, такие как тесная связь либидо с сознанием, способность к длительной индивидуальной эволюции с постепенным усложнением и совершенствованием, многие авторы указывают на существенные отличия в структуре полового влечения в зависимости от пола [2, 3]. Если активная мужская роль детерминирует наличие постоянной, хотя и не всегда осознаваемой, готовности к близости, то женский сексуальный стереотип определяет известную индифферентность вне ситуации интимного сближения. В работах отечественных специалистов [14] предлагается не рассматривать половое влечение женщины в чисто физиологическом аспекте и указывается на решающее значение межличностных эмоциональных связей, общественных и культурных взаимоотношений. При этом по сведениям А.М.Свядоца [13] расстройства полового влечения в виде его отсутствия или снижения встречаются у 20% женщин. М.И.Ягубовым [16] на основе клинко-динамического исследования сексуальных дисфункций у мужчин с психическими расстройствами непсихотического уровня было установлено, что снижение или потеря полового влечения, наблюдающееся у 60% из них, было обусловлено аффективными нарушениями с преобладанием депрессивной и астенической симптоматики.

Психические нарушения, при которых отмечалось повышенное сексуальное влечение, были отражены в наблюдениях выдающихся отечественных и зарубежных ученых [11, 20]. В более современной научной литературе данные состояния описаны в работах [2, 3, 12, 14] на фоне органического поражения головного мозга, гормональных нарушений, маниакальных и других расстройств. При этом у ряда авторов прямо указывается на несоответствие повышенного либидо с физиологически-

ми возможностями осуществления полового акта. Как указывают В.Д.Тополянский, М.В.Струковская [14] при подобных нарушениях часто отмечается недостаточность эрекции, расстройства эякуляции, а по мнению Е.Краепелин [цит. по 14] повышение полового влечения у этого контингента пациентов проявляется не в попытках проведения полового акта, а в двусмысленных фразах, непристойных намеках, мастурбации у мужчин или «знаменательных взглядах и бесстыдном обнажении у женщин», то есть в значительной части случаев речь идет, следовательно, лишь о видимости полового влечения вследствие ослабления или даже полного исчезновения задерживающих психических влияний.

Особого внимания заслуживают вопросы влияния лекарственных препаратов, применяемых для лечения психических расстройств, на сексуальное влечение. О.Lingjaerde и соавт. [36] при помощи шкалы для оценки побочных эффектов психофармакотерапии (UKU) обследовали 2 391 больных, получавших лечение нейролептиками (58% страдали шизофренией). У 36,6% мужчин и 36,9% женщин было выявлено снижение полового влечения. В отечественной литературе упоминается [2] возможность развития нейролептогенных сексуальных расстройств.

Лечение расстройств полового влечения

Применение различных терапевтических тактик при расстройствах сексуального влечения имеет давнюю историю. Имеются описания пересадки яичек рабов и животных для введения экстракта яичек пожилым людям в древнем Китае и Индии [10]. К сожалению, отсутствуют сведения о результатах подобных опытов. Французский физиолог и врач Чарльз Броун-Секар [10] пытался найти секрет омоложения и повысить уровень сексуального влечения путем введения андрогенов животного происхождения. В июне 1889 года он доложил на заседании биологического общества в Париже о результатах восьми аутоинъекций водного экстракта яичек молодых собак. По словам самого Броун-Секара он почувствовал себя «полностью обновленным и как будто заново рожденным». С современных позиций очевидно, что водный экстракт яичек не мог содержать значительного количества стероидов. Хотя эффект был нестойким, это событие нужно оценивать в контексте развития науки, поскольку в дальнейшем введение экстрактов эндокринных желез вошло в медицинскую практику, появились препараты щитовидной железы и, впоследствии, инсулин.

Другой подход был предложен в начале нашего столетия Евгением Штейнахом в Швейцарии [10], который установил, что наиболее успешных результатов можно добиться при пересадке яичек в богатые кровеносными сосудами зоны. Он также обнаружил, что перевязка семявыносящего протока приводит к атрофии герминального эпителия и, в то же время вызывает гипертрофию клеток Лейдига.

Было предложено таким способом усиливать продукцию гормонов яичками и повышать уровень полового влечения. Перевязка семявыносящего протока получила распространение.

Основываясь на результатах предыдущих исследований, успешную трансплантацию яичек и яичников приматов с целью лечения климактерических расстройств и повышения уровня полового влечения широко применял петербургский врач Сергей Абрамович Воронов. Подобный метод, по отзывам его коллег, позволял «омолодить организм человека на 20–30 лет». Результаты были весьма впечатляющими, а сам исследователь стал достаточно известным. По сведениям О.Б.Лоран, А.С.Сегал [10] именно он послужил прототипом одного из главных героев романа Михаила Булгакова «Собачье сердце» – профессора Преображенского.

Полученные на этих этапах клинические и экспериментальные данные хотя и подтвердили влияние мужских половых желез на уровень сексуального влечения и развитие старения, тем не менее показали, что результаты лечения тканевыми препаратами при повторных попытках их введения давали существенно меньший эффект. Однако основной причиной возникшего вскоре разочарования в этом методе явилась тканевая несовместимость доноров и реципиентов.

Применение известных в народной медицине стран Востока с древних времен лекарственных средств растительного и животного происхождения (адаптогенов), таких как корень женьшеня, оленьи панты, элеутерококк, китайский лимонник и т.д. хорошо зарекомендовало себя в качестве тонизирующих средств при ослаблении либидо и половой активности на фоне переутомления, гипотонии, астенических состояний. Механизм действия этих препаратов на нейрохимические процессы полностью не ясен, однако современная фармакология подтверждает наличие у них стимулирующего действия на ЦНС и функции организма в целом. Повышение либидо на фоне приема иохимбина, являющегося основным алкалоидом этих растений, впервые было описано L.Spiegel в 1896 году [10]. Современными фармацевтическими исследованиями он был идентифицирован в качестве α_2 -адреноблокатора [34]. Предполагается, что наряду с воздействием на адренорецепторы, иохимбин оказывает влияние на холинергические, дофаминергические и серотонинергические рецепторы, а также активизирует вазоактивные полипептиды и неадренергические нейротрансмиттеры [48]. Кроме того, имеет место активизирующее действие на центральные адренергические структуры [26].

Усиление либидо на фоне уменьшения церебральных явлений при приеме экстракта из листьев реликтового дерева Гинкго билоба (танакан) с улучшением общего тонуса у мужчин пожилого возраста отмечает ряд авторов [5, 16].

Длительную историю имеет также метод тканевой терапии по применению подсадов плаценты

для повышения реактивности организма, улучшения процессов регуляции, стимуляции метаболических функций ретикуло-эндотелиальной системы. На ее высокую активность указывал академик В.П.Филатов (1939, 1950) [цит. по 9]. Одна из последних работ, посвященная опыту использования подсадов плаценты при лечении сексуальных расстройств, принадлежит Ю.В.Кукурекину, Г.С.Рачкаускас [9].

L.Rudkin, M.J.Taylor, K.Hawton [44] для лечения сексуальных дисфункций (снижение полового влечения, оргастические дисфункции, эректильные и эякуляторные проблемы), возникших на фоне приема антидепрессантов, предложили применение силденафила цитрат и тадалафила, а A.L.Montejo, S.Majadas [42], помимо снижения дозы и замены применяемых антидепрессантов, рекомендовали прием неостигмина за 30 минут до полового акта или бупропиона, декстраамфетамина, пемалина, метилфенидата, нефазодона и тразадона. F.Ducrocq [24] указывал на получение положительных результатов при применении тианептина у больных со сниженным сексуальным влечением на фоне депрессии. М.И.Ягубовым [16] был предложен комплексный и поэтапный подход при лечении снижения и отсутствия полового влечения у лиц с пограничными психическими расстройствами. В начале лечения рекомендовалось проведение психотерапии и психофармакотерапии для коррекции аффективных нарушений с последующим добавлением,

по мере редукции психопатологической симптоматики, средств со стимулирующим, активизирующим и тонизирующим действием и применением секстерапевтических мероприятий на заключительном этапе.

Обобщенное исследование литературных данных и клинических наблюдений авторов позволяет сделать вывод о том, что, несмотря на специфику данных состояний, курацию этих больных необходимо проводить с учетом нозологической принадлежности имеющихся у них психических нарушений. Оптимизация лечебно-реабилитационных мероприятий требует дальнейшего изучения как психопатологических особенностей состояния пациентов, нередко характеризующегося сложной и неотчетливой клинической картиной, так и критериев дифференцированной терапии.

Заключение

Итоговый анализ имеющихся литературных сведений по проблеме расстройств полового влечения позволяет вновь отметить их немногочисленность и противоречивость. Однако, количество подобных работ в последнее время растет, демонстрируя интерес исследователей к данному вопросу.

В заключение важно отметить, что по нашему мнению в будущем данная тема станет еще более актуальной в связи с увеличением расстройств полового влечения в структуре сексуальной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вагнер Г., Грин Р. Импотенция (физиология, психология, хирургия, диагностика и лечение). Пер. с англ. М.: Медицина, 1985. 240 с.
2. Васильченко Г.С. и соавт. Сексopatология: Справочник. М.: Медицина, 1990. С. 18–21.
3. Ворник Б.М. и соавт. Сексология: Энциклопедический справочник по сексологии и смежным областям. Минск, 1993. С. 139–140.
4. Гладкова А.И. Гормональная регуляция сексуальности у женщин // Сексopatология и андрология: Лекции для врачей / Под ред. Б.М.Ворника. Киев, 1995. Вып. 2. С. 158–165.
5. Доморацкий В.А. Диагностика и лечение сексуальных дисфункций у мужчин: Методические рекомендации. Минск, 2005. С. 24–25.
6. Кан И.Ю., Кибрик Н.Д. Сексуальные дисфункции при соматизированных расстройствах у мужчин // Социальная и клиническая психиатрия. 1999. Т. 9, № 3. С. 45–48.
7. Каплан Г.И., Сэдок Б.Дж. Клиническая психиатрия. М.: Медицина, 1994. Т. 1. 671 с.
8. Кибрик Н.Д., Решетняк Ю.А., Ягубов М.И. и соавт. Терапия сексуальных расстройств при различных формах психической патологии: Пособие для врачей. М., 1999. 31 с.
9. Кукурекин Ю.В., Рачкаускас Г.С. Новый старый метод при лечении сексуальных расстройств (еще раз о подсадке плаценты) // Актуальные проблемы современной сексологии и репродуктологии. Киев, 2003. С. 59–60.
10. Лоран О.Б., Сегал А.С. Климактерические расстройства у мужчин. М., 1999. 88 с.
11. Попов А.О. Нейрастения и патофобия // Арх. псих., нейрол., судеб. психопат. 1898. Т. 32, № 3. С. 20–114.
12. Святош А.М. Женская сексopatология. М.: Медицина, 1974. 183 с.
13. Святош А.М. Неврозы. М.: Медицина, 1982. 366 с.
14. Тополянский В.Д., Струковская М.В. Психосоматические расстройства. М.: Медицина, 1986. С. 223–260.
15. Фрейд З. О клиническом психоанализе: Избранные сочинения. М.: Медицина, 1991. 288 с.
16. Ягубов М.И. Клинико-динамические особенности и комплексная патогенетическая терапия сексуальных дисфункций у мужчин с психическими расстройствами непсихотического уровня: дис. ... докт. мед. наук. М., 2006. 500 с.
17. Abdallah R.T., Simon J.A. Testosterone therapy in women: its role in the management of hypoactive sexual desire disorder // Int. J. Impotence Research. 2007. Vol. 19. P. 458–463.
18. Allen C. Textbook of psycho-sexual disorders. London: Oxford University Press, 1962.
19. Arentewicz G., Schmidt G. The treatment of sexual disorders. New York: Basic Books, 1983.
20. Bleuler E. Lehrbuch der Psychiatrie. 3-te Aufl. Berlin: Springer, 1920. 539 s.
21. Cooper A. Unpublished M.D. thesis. University of Bristol, 1967.
22. Cooper A. Outpatient treatment of impotence // J. Nerv. Ment. Dis. 1969. Vol. 149. P. 360–371.
23. Diagnostic and statistical manual of mental disorders – DSM-IV – TM, Forth edition. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1994. 886 p.
24. Ducrocq F. Depression and sexual disorders // Encephale. 1999. Vol. 25, N 5. P. 515–516.
25. Feldman H.A., Goldstein I., Hatzichristou D.G. et al. Impotence and its medical and psychological correlates: Results of the Massachusetts Male Aging Study // J. Urol. 1994. P. 54–61.
26. Goldberg M.R., Robertson D. Yohimbine: a pharmacological probe for study of the α 2-adrenoreceptor // Pharmacol. Reviews. 1983. Vol. 35. P. 143–180.
27. Gutheil E. Sexual dysfunction in men // American Handbook of Psychiatry / S.Arieti (Ed.). New York: Basic Books, 1959.
28. Hammond W.A. Sexual impotence in the male and female. Davis, Detroit, 1887.
29. Hastings D. Impotence and Frigidity. London: Churchill, 1963.
30. (ICD-10) МКБ-10. Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. Пер. с англ. СПб.: Адис, 1994. 208 с.
31. Jones W. Aircs, Waters, Places, XVII-XXII (ca. 4th century b.c.). Vol. I. London: Heinemann, 1948.

32. Kaplan H.S. Disorders of sexual desire. New York: Brunner/Mazel, 1979.
33. Kather H., Rittinghausen R., Muller P. et al. Yohimbin: renaissance eines alten medicamentes? // Med. Klin. 1981. Vol. 76. P. 588–589.
34. Kinsey A., Pomeroy W., Martin E. Sexual behavior in the human male. Philadelphia: W.B.Saunders, 1948.
35. Laumann E.O., Paik A., Rosen R.C. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors // JAMA. 1999. Vol. 281. P. 537–544.
36. Lingjaerde O., Ahlfors V.G., Dencker S.J. et al. The UKU side effect rating scale for psychotropic drugs and a cross sectional study of side effects in antipsychotic patients // Acta Psychiatr. Scand. 1987. Vol. 334. P. 334–376.
37. Lunglmayr G. Trial on androgen supplementation in aging men // The VI International Congress of Andrology. Salzburg, Austria. 1997. P. 11–16.
38. Masters W.H., Johnson V.E. Human sexual response. Boston, 1966.
39. Masters W.H., Johnson V. Human sexual inadequacy. London: Churchill, 1970.
40. Masters W., Johnson V. Human sexual inadequacy. Boston: Little, Brown, 1970.
41. Masters W.H., Johnson V., Kolodny R.C. Sex and human loving. London: Macmillan, 1986.
42. Montejo A.L., Majadas S. Sexual disturbances associated with antidepressant treatments // WPA Bulletin on Depression. 2004. Vol. 9, N 28.
43. Morley M.E., Perry M.M., Kaiser F.E. et al. Effects of testosterone replacement therapy in old hypogonadal males: a preliminary study // J. Am. Geriatr. 1993. Vol. 41. P. 149–152.
44. Rudkin L., Taylor M.J., Hawton K. Strategies for managing sexual dysfunction induced by antidepressant medication // Int. J. Psychiatry. 2004. Vol. 33, N 3. P. 273–293.
45. el-Senoussi, Coleman D., Jaubei A. Factors in male impotence // J. Psychol. 1959. Vol. 48. P. 3–46.
46. Stekel W. Impotence in the male. New York: Liveright, 1927.
47. Stoller R. Sexual excitement. New York: Pantheon, 1979.
48. Susset J.G., Tessier C.D., Wincze et al. Effect of yohimbine hydrochloride on erectile impotence: a double-blind study // J. Urol. 1989. Vol. 141. P. 1360–1363.
49. Tissot S. L'Onanisme. Lausanne: Marcuse Chapius et cie, 1764.
50. Wise T. Commentary on the Hindu system of medicine. Calcutta: Thacker, 1845.
51. Wolberg L. Medical hypnosis. New York: Grune and Stratton, 1948.
52. Wong K., Wu L. History of Chinese medicine. Shanghai: National Quarantine Service, 1936.

О ПРОБЛЕМЕ РАССТРОЙСТВ ПОЛОВОГО ВЛЕЧЕНИЯ – ИСТОРИЧЕСКИЙ АСПЕКТ

И. Ю. Кан, М. И. Ягубов

Авторы на основе изучения литературных источников систематизировали данные по этиологии, патогенезу и терапии одной из распространенных сексуальных дисфункций – расстройства полового влечения. Проведенный анализ показал немногочисленность и противоречивость имеющихся литературных сведений, что требует как дальнейшего изучения психопатологических особенностей состоя-

ния пациентов с этими нарушениями, нередко характеризующегося сложной и неотчетливой клинической картиной, так и разработки критериев дифференцированной терапии.

Ключевые слова: расстройство полового влечения, психопатологические особенности, патогенез, лечение.

LIBIDO PROBLEM: HISTORICAL ASPECT

I. Yu. Kan, M. I. Yagubov

On the basis of the literature studied, the authors have systematized the data on etiology, pathogenesis and therapy of one of the most common sexual dysfunctions, which is lack of libido. This literary investigation shows that existing data are rather few and contradictory, and this phenomenon requires further investigation, including looking into psychopatho-

logy of persons with these conditions and development of criteria for individual therapy.

Key words: sexual desire disorder, psychopathology, pathogenesis, treatment.

Кан Игорь Юльевич – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения сексопатологии ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава», e-mail: yagubov@mail.ru

Ягубов Михаил Ибрагимович – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник отделения сексопатологии ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава», e-mail: yagubov@mail.ru