

ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СЕКСУАЛЬНЫХ ДИСФУНКЦИЙ У МУЖЧИН С ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАЮЩИМИСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

О. Ф. Филон

Московский НИИ психиатрии

Широкое распространение инфекций, передающихся половым путем (ИППП) среди населения, оказывает влияние как на соматическое, так и психическое здоровье человека, способствуя возникновению социально-психологической дезадаптации и усугублению у больных семейно-сексуальной дисгармонии.

Только по данным официальной регистрации заболеваемость ИППП за последние 5 лет увеличилась на 37,5% (9), при этом среди обследованных пациентов преобладают мужчины молодого трудоспособного возраста. Распространение ИППП связано не только с особенностями возбудителей (устойчивость к лекарственным препаратам в связи с бесконтрольным и нерациональным лечением, нарастание частоты персистентных форм), но и целым рядом социально-экономических факторов: урбанизация, резкое увеличение миграционных процессов, рост проституции, наркомании, а также изменение стереотипов и норм поведения.

Как известно, заражению ИППП подвержены самые разные социальные группы общества, при этом степень риска значительно увеличивается для тех людей, которые имеют беспорядочные сексуальные связи. Не случайно, еще в 60-е годы заболевания, передающиеся половым путем, получили названия «болезни поведения» (behavioral diseases) (6).

Работы зарубежных исследователей свидетельствуют о том, что 20–30% больных, посещающих венерологические клиники, страдают психическими расстройствами независимо от того, диагностировано у них венерическое заболевание или нет (14). Сообщалось также, что более 20% мужчин и 25% женщин, посещающих такие клиники, предъявляли жалобы на сексуальные нарушения, и большинство из них хотели бы в дальнейшем получить помощь в решении этой проблемы. Отмечается, что некоторые больные проявляют сильный страх заражения венерическими заболеваниями, который не удается устранить, несмотря на все заверения врача.

Несомненно, что факт заражения ИППП, клинические проявления воспалительного заболевания, длительное лечение и развитие осложнений являются сильной психологической травмой для пациентов, приводя к развитию у них невротических реакций, вызывают декомпенсацию поведения психопатической личности, при этом негативно воздействуя на их сексуальную активность и течение воспалительного заболевания.

Исследователи отмечают (13), что большее значение приобретают психологические факторы, нежели непосредственное влияние ИППП на соматическое состояние. У больных часто возникают чувство вины, беспокойство, смутение, иногда болезнь воспринимается как «предостережение свыше» и «возмездие за сексуальные прегрешения», поскольку при этом секс приравнивается к греху. Поэтому у отдельных больных с такой установкой происходит подавление сексуального влечения. У других появляется навязчивая озабоченность о гигиене половых органов, тревожное опасение повторной инфекции. У некоторых мужчин это приводит к затруднению эрекции, а у женщин может развиться вагинизм, как неосознанный способ защитить себя от заражения.

Немаловажное значение в остром периоде или при обострении хронического процесса имеют особенности клинической картины заболевания: боли, неприятные ощущения в промежности и области мошонки, жжение, рези при мочеиспускании, носящие порой интенсивный характер. Больные, наблюдая ежедневно выделения из мочеиспускательного канала, «истечение семени», начинают всерьез тревожиться о своем здоровье. У многих пациентов возникают навязчивые страхи (фобии), опасения в отношении своей сексуальной несостоятельности, возможного разоблачения в супружеской неверности, распада семьи, заражения детей и близких, дальнейшего развития бесплодия, а также переживания, связанные с необходимостью обращения к венерологу, страх огласки «позорного» забо-

ления и осуждения. У пациентов отмечается выраженное беспокойство, чувство тревоги за свое здоровье, внимание их фиксировано на клинических проявлениях заболевания и функционировании половых органов, вызывая у них ипохондрическую настроенность.

По мнению разных авторов, частота сексуальных расстройств при урогенитальной патологии колеблется от 11% (3) до 82% (11), при этом большинство пациентов причину их возникновения связывают именно с заражением венерическими инфекциями и возможными осложнениями. У многих больных даже после излечения от ИППП длительное время сохранялся страх перед сексуальными контактами, возможным повторным заражением, при этом они стараются ограничить количество сексуальных контактов, уклониться от них (коитофобия, венерофобия) (5). Поэтому при совокупном воздействии ряда неблагоприятных факторов психогенная реакция на болезнь может приобретать столь выраженный характер, что ее купирование представляется не менее важной задачей, чем лечение самого инфекционного процесса.

Материал и методы

Особенностью настоящего исследования являлось комплексное обследование мужчин с ИППП как венерологом-урологом, так и сексопатологом-психиатром с целью выяснения психогенных и соматогенных причин формирования сексуальных дисфункций и последующего подбора индивидуальной эффективной терапии для данной группы пациентов.

Основными методами исследования больных с ИППП, предъявляющих жалобы на сексуальные расстройства, были:

- 1) клинико-психопатологический, психологический (тест Люшера, секс-тест, ММПР, шкалы Гамильтона тревоги и депрессии);
- 2) сексологический (с использованием карты сексологического обследования разработанной Г.С.Васильченко, СФМ);
- 3) лабораторные методы исследования (соскоб из уретры методом ПЦР и иммунофлюоресценции, микроскопия секрета предстательной железы, эякулята, уретроскопия, УЗИ органов малого таза).

Всего было обследовано 106 мужчин в возрасте от 17 до 45 лет (средний возраст $31,6 \pm 5,7$ лет), которые проходили диагностическое обследование на предмет выявления у них ИППП. Таким образом, больные находились в трудоспособном и активном репродуктивном возрасте. Также была обследована контрольная группа пациентов с ИППП (26 больных), не предъявляющих жалобы на сексуальные нарушения.

Для уточнения причин возникновения сексуальных дисфункций и разработки дальнейшей лечебной тактики было проведено исследование семейного положения и особенностей сексуального поведения пациентов. Полученные данные показали,

что у мужчин в основной группе наблюдается преобладание повторных браков ($28,8\% \pm 5,1$) ($p < 0,05$) и разводов ($18,7\% \pm 4,3$), а в контрольной группе, напротив, были лица, состоявшие в первом браке ($46,2\% \pm 9,7$) и холостые ($34,6\% \pm 9,3$). При анализе сексуального поведения пациентов с ИППП была выявлена высокая распространенность внебрачных связей в обеих группах среди мужчин, состоявших в браке (в основной – $77,1\% \pm 4,7$, в контрольной – $63,3\% \pm 9,4$). При этом выяснены существенные отличия в мотивации внебрачных связей (в основной группе преобладают «самоутверждение» – $29,2\% \pm 5,1$ и «новизна ощущений» – $45,8\% \pm 5,8$; $p < 0,05$), а в контрольной – «сексуальная потребность» в $53,3\% \pm 9,7$ наблюдений; $p < 0,01$). Среди мужчин, не состоявших в браке, около 1/3 ($32,6\% \pm 6,8$) не имели длительных, стабильных отношений с женщинами, при этом отмечается высокий показатель ($72,7\% \pm 8,7$) количества сексуальных партнерш (более 10) с начала половой жизни в контрольной группе.

В настоящее исследование были включены такие урогенитальные инфекции, передающиеся половым путем, как трихомониаз, хламидиоз, микоплазмоз, уреаплазмоз, кандидоз, гарднереллез, которые различаются выраженностью клинической симптоматики и возможностью развития осложнений. При этом распределение различных видов инфекций среди пациентов как основной, так и контрольной групп не имело отличительных особенностей. Это позволяет заключить, что формирование сексуальных дисфункций может развиваться даже при легкой степени тяжести или бессимптомном течении инфекционного заболевания.

Обследуемые пациенты наблюдались как в острый период (до 2 мес.) – 23 ($28,8\% \pm 5,1$) больных в основной группе и 8 ($30,7\% \pm 9,0$) в контрольной, так и при хроническом процессе – 57 ($71,2\% \pm 5,1$) мужчин основной группы и 18 ($69,2\% \pm 9,0$) пациентов в контрольной группе. При дальнейшем исследовании это помогло более достоверно рассмотреть причины формирования сексуальных расстройств у больных с ИППП. Наиболее часто среди обследованных больных встречались сочетанные симптомы хронического течения заболевания в форме уретрита, простатита, везикулита, баланопостита, орхитидимита. Так, уретропростатит являлся наиболее частым осложнением ИППП ($53,0\%$) как в основной, так и в контрольной группе.

Нередко единственной жалобой у больных основной группы было нарушение сексуальных функций – в 19 ($23,8\% \pm 4,7$) наблюдениях. Сочетание патологических ощущений в органах малого таза и сексуальных дисфункций отмечалось у 61 ($76,3\% \pm 4,7$) обследованных пациентов. Сексуальные нарушения при остром течении характеризовались частыми спонтанными, болезненными эрекциями, иногда болезненным оргазмом, ускоренным семяизвержением вследствие воспалительного перераздражения задней уретры и семенного бугор-

ка. На фоне проводимой терапии наблюдалось быстрое восстановление сексуальных функций. При хроническом вялотекущем, рецидивирующем течении воспалительного процесса симптоматика сексуальных расстройств отличалась снижением либидо и дезактуализацией сексуальной сферы, ослаблением спонтанных и адекватных эрекции, расстройством эякуляции (ускорение или замедление) и стертостью оргастических ощущений. Сексуальные дисфункции у мужчин основной группы с ИППП проявлялись, преимущественно, расстройством эрекции ($n=31$; $38,7\% \pm 5,4$) и сочетанным расстройством эрекции, эякуляции со снижением оргастических ощущений ($n=25$; $31,3\% \pm 5,2$). Значительно реже наблюдались сочетанное расстройство эрекции, эякуляции с ослаблением либидо ($n=14$; $17,5\% \pm 4,2$) и изолированное расстройство эякуляции ($n=10$; $12,5\% \pm 3,7$).

Клиническая картина сексуальных дисфункций у пациентов с наличием ИППП варьировала в зависимости от наличия в преморбидном периоде или развившегося на фоне воспалительного процесса того или иного психического нарушения.

Результаты исследования

В развитии психопатологических расстройств ведущими факторами были соматогенный и реакция личности на возникшее заражение.

Под соматогенным фактором понимали влияние собственно соматического заболевания, развившегося после инфицирования одной или несколькими одновременно урогенитальными инфекциями. Тяжесть поражения воспалительным процессом структуры мочеполовых органов и нарушения их функций оценивались по наличию осложнений от ИППП (трихоманодной, хламидийной, уреа-микоплазменной): воспаления в предстательной железе, органах мошонки, семенных пузырьках, семенном бугорке, бульбоуретральных железах, а также степени его активности. В результате проведенных лабораторных анализов выявлялся лейкоцитоз в соскобе из уретры, секрете предстательной железы, эякуляте, моче; снижение количества лецитиновых зерен, амилоидных телец; нарушение сперматогенеза (олигоастенозооспермия, пиоспермия, тератозооспермия); патологические изменения формы, эхоструктуры, увеличение размеров при трансрек-

тальном ультразвуковом исследовании органов малого таза и т.д.

Реакция личности на возникшее заражение определяла психологическое состояние пациента и зависела от преморбидных особенностей, уровня интеллекта, знаний больного о своем заболевании, выраженности клинических проявлений, а также наличия сексуально-семейной дисгармонии. Среди психотравмирующих факторов наибольшее влияние отмечали – факт заражения ИППП, длительное лечение антибиотиками, внебрачная связь, сексуальная дисгармония, финансовые затруднения и т.д.

В результате проведенного клинического и психопатологического обследования пациентов как основной, так и контрольной группы был выявлен характерный спектр не психотических психических нарушений. Он был представлен невротическими расстройствами в 63 ($59,4\% \pm 4,7$) наблюдениях, из которых неврастения была отмечена у 19 ($17,9\% \pm 4,3$) пациентов, тревожно-фобическое состояние у 20 ($18,9\% \pm 4,4$) больных, расстройство адаптации у 24 ($22,6\% \pm 4,6$) пациентов (кратковременная депрессивная реакция имела в $5,7\% \pm 2,6$ наблюдений, пролонгированная депрессивная реакция у $2,8\% \pm 1,8$ больных, смешанная тревожная и депрессивная реакция у $14,2\% \pm 3,9$ пациентов). Специфические расстройства личности были выявлены у 17 ($16,1\% \pm 3,6$) больных: шизоидные – у 9 ($8,5\% \pm 3,1$), ананкастные – у $4,7\% \pm 2,4$, истерические – у $2,8\% \pm 1,8$ пациентов. Психологические реакции отмечались в 26 ($24,5\% \pm 4,2$) наблюдений.

Данное распределение пациентов позволило в дальнейшем проследить и сравнить характерные изменения параметров сексуальной активности при различных психопатологических расстройствах (табл. 1).

Данная таблица наглядно демонстрирует наличие сексуальных нарушений у больных разных клинических групп, что позволяет отнести обследованных мужчин с психологическими реакциями к контрольной группе, а пациентов с невротическими расстройствами и специфическими расстройствами личности – к основной.

Для выяснения причин, способствующих формированию невротических расстройств у мужчин с ИППП, был проведен сравнительный анализ лич-

Таблица 1

Распределение больных с различными сексуальными нарушениями

Сексуальная патология	Невротические расстройства		Специфические расстройства личности		Психологические реакции	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Расстройства эрекции	27	$43,0 \pm 6,2$	9	$53,0 \pm 12$	-	-
Расстройства эякуляции	7	$11,1 \pm 3,9$	3	$17,6 \pm 9,2$	-	-
Сочетанные расстройства эрекции, эякуляции, оргазма	11	$17,4 \pm 4,7$	2	$11,8 \pm 7,8$	-	-
Сочетанные расстройства эрекции, эякуляции, снижение либидо	18	$28,5 \pm 5,6$	3	$17,6 \pm 9,2$	-	-
Всего:	63	100,0	17	100,0	-	-

ностного преморбиды, характера партнерской ситуации, психогенных, соматических факторов, значимости полноценных сексуальных отношений в обеих группах.

В связи с этим, были выявлены следующие акцентуации у пациентов с невротическими расстройствами: психастенические ($21,3\% \pm 4,3$), сензитивные ($11,2\% \pm 3,3$), неустойчивые ($10,1\% \pm 3,2$), шизоидные ($10,1\% \pm 3,2$), астеноневротические ($8,9\% \pm 3,0$), демонстративные ($5,6\% \pm 2,4$). В контрольной группе больных ИППП с психологическими реакциями наблюдались гипертимные ($10,1\% \pm 3,2$) и эпилептоидные ($4,5\% \pm 2,2$) типы личности.

Огромное значение в возникновении семейно-сексуальной дисгармонии имеют межличностные отношения супругов. Психическая травматизация со стороны партнерши часто является источником сексуальных проблем у мужчины. Нередко именно к внебрачным связям и венерическим заболеваниям приводит сексуальная дисгармония (8), которая обусловлена личностными особенностями супругов (у жены чаще отмечается истероидная, сензитивная, астеноневротическая, эпилептоидная акцентуации), их психосексуальной неудовлетворенностью, низкой степенью их адаптации на всех уровнях взаимодействия (социально-психологической, сексуальной), расхождением сексуальной мотивации и уровнем половой конституции. Выявленные особенности личности при невротических расстройствах и преобладание шизоидного расстройства личности predisполагают к формированию сексуальных дисфункций у мужчин с ИППП, провоцируя возникновение длительных семейных межличностных конфликтов (более $50\% \pm 5,5$ случаев).

Высокая значимость сексуальных отношений (у $63,8\% \pm 5,4$ пациентов сексуальная сфера в иерархии

личностных ценностей занимает 1 и 2 место) при неудовлетворенности партнерских отношений и угрозе основной ценности жизни в результате заражения ИППП и возможного возникновения сексуальных проблем способствует психотравматизации больных и развитию психопатологических состояний.

К неблагоприятным факторам, способствующим формированию сексуальных дисфункций и психических нарушений у обследованных больных, также были отнесены выявленные у пациентов основной группы слабая ($26,3\% \pm 4,9$) и нижний уровень средней половой конституции ($36,3\% \pm 5,4$).

Для определения роли соматического фактора в развитии и тяжести психопатологического нарушения проводилось клинико-лабораторное урологическое исследование.

В диагностический период проводился корреляционный анализ между клиничко-лабораторными показателями воспалительного процесса, вызванного ИППП, и психопатологическими проявлениями (тест Гамильтона тревоги и депрессии), при этом было выявлено ряд достоверных зависимостей (табл. 2).

Из данной таблицы видно, что наибольшие показатели депрессии и тревоги были при остром течении и хроническом в стадии обострения, при этом выраженность воспалительного инфекционного процесса положительно коррелировала со степенью выраженности депрессии ($r=0,69$) и тревоги ($r=0,73$).

Также нами с помощью факторного анализа было выяснено, на каком этапе воспалительного процесса в зависимости от его выраженности происходило формирование сексуальной дисфункции. Так, наиболее часто сексуальные нарушения на-

Таблица 2

Зависимость психопатологических проявлений от течения воспалительного процесса (шкала Гамильтона)

Течение воспалительного процесса	Усредненный показатель шкалы Гамильтона			
	Депрессии		Тревоги	
	Основная	Контрольная	Основная	Контрольная
Острое (подострое)	21,1	15,2	24,8	16,9
Торпидное	14,9	9,6	19,4	13,3
Хроническое (торпидное)	19,2	12,8	19,6	14,5
Обострение хронического процесса	23,7	16,6	25,5	17,2

Таблица 3

Распределение больных с сексуальными расстройствами в зависимости от течения воспалительного процесса

Сексуальная патология	Острое (подострое)		Торпидное		Хроническое		Обострение хронического процесса		Итого	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Расстройство эрекции	4	$5,0 \pm 2,4$	4	$5,0 \pm 2,4$	18	$22,5 \pm 4,6$	5	$6,25 \pm 2,7$	31	$38,7 \pm 5,4$
Расстройство эякуляции	3	$3,75 \pm 2,1$	-	-	6	$7,5 \pm 2,9$	1	$1,25 \pm 1,2$	10	$12,5 \pm 3,7$
Сочетанное расстройство эрекции, эякуляции, оргазма	3	$3,75 \pm 2,1$	2	$2,5 \pm 1,7$	15	$18,75 \pm 4,3$	5	$6,25 \pm 2,7$	25	$31,3 \pm 5,2$
Сочетанное расстройство эрекции, эякуляции, снижение либидо	5	$6,25 \pm 2,7$	2	$2,5 \pm 1,7$	3	$3,75 \pm 2,1$	4	$5,0 \pm 2,4$	14	$17,5 \pm 4,2$
Итого:	15	$18,75 \pm 4,3$	8	$10,0 \pm 3,3$	42	$52,5 \pm 5,5$	15	$18,75 \pm 4,3$	80	$100,0$

блюдались при хроническом процессе ($n=57$; $71,25\% \pm 5,1$) ($p < 0,01$), при этом в структуре сексуальной патологии при бессимптомном течении хронического течения преобладали изолированное расстройство эрекции и сочетанные расстройства эрекции, эякуляции и оргазма ($p < 0,05$). Преобладание случаев наблюдения сочетанных расстройств эрекции, эякуляции и гипополидемии при остром течении заболеваний связано с особенностями клинических проявлений и психологической реакцией на заражения ИППП, сексуальной дезактуализацией и дезадаптацией семейно-сексуальных отношений.

Таким образом, формирование и специфика клинической картины сексуальных дисфункций у мужчин с ИППП, в первую очередь, определялись психопатологической структурой заболевания, личностным преморбидом, влиянием длительных психотравмирующих ситуаций семейно-сексуального характера (факт заражения ИППП, внебрачная связь, сексуальная дисгармония и т.д.), высокой значимостью сексуальной сферы в иерархии жизненных ценностей, низкой половой конституцией, а также длительностью и тяжестью воспалительного процесса. Наличие данных отягощающих факторов затрудняет нормализацию сексуальных отношений в паре, превращая преходящие нарушения сексуальной функции в устойчивое сексуальное расстройство.

Принципы комплексной терапии у больных с ИППП

На основании полученных результатов нами была разработана схема комплексных лечебно-реабилитационных мероприятий в отношении больных с инфекциями, передающимися половым путем, имеющих сексуальные и психопатологические расстройства. При этом необходимым условием является соблюдение принципов партнерства, единства психосоциальных и биологических методов, ступенчатости, а также разносторонности воздействий. Проводимые лечебно-реабилитационные мероприятия на первом этапе проводились одновременно с лечением, обычно применяемым венерологом-урологом с учетом типа возбудителя, степени тяжести воспалительного процесса и наличия осложнений (антибиотико-, иммунотерапия, физиотерапия и т.д.).

Важным звеном в коррекции сексуальных расстройств и предотвращения фиксации переживаний на сексуальной сфере были различные виды психотерапии, осуществляемые дифференцированно, с учетом психопатологических проявлений, особенностей личности, тяжести основного соматического заболевания. Из психотерапевтических мероприятий у больных данной группы наиболее эффективной являлась семейная психотерапия, направленная на разрешение внутрисемейных конфликтов и социо-сексуальную адаптацию пациентов.

В дополнение к психотерапевтическим мероприятиям применялись психофармакологические сред-

ства с учетом ведущего психопатологического синдрома, индивидуального подбора дозировки лекарственного препарата, не забывая об отрицательном влиянии некоторых психотропных средств на сексуальную функцию.

Так, при невротических расстройствах в зависимости от особенностей симптоматики и выраженности назначались: антидепрессанты (коаксил, тритико, леривон) – при депрессивных и тревожно-депрессивных состояниях; транквилизаторы с антидепрессивным действием (ксанакс), реже нейролептики (сонапакс) использовались при тревожно-фобических расстройствах; при неврастении с нарушением сна рекомендовались транквилизаторы с седативным действием (клоназепам, феназепам, седуксен), а при выраженной вегетативной симптоматике, вялости и адинамичности назначались анксиолитики (грандаксин, рудотель). Психотерапевтическая специфическая терапия расстройств личности включала назначение в первую очередь малых доз нейролептиков (стелазин, эглонил), которые в сочетании с антидепрессантами или транквилизаторами повышали эффективность психотерапевтического воздействия, способствуя коррекции поведения декомпенсированного состояния и уменьшению интенсивности патологических ощущений в малом тазу.

После проведения противовоспалительной терапии обязательным компонентом фармакотерапии являлось назначение препаратов, направленных на активацию обмена, восстановительных функций организма, симптоматическую стимуляцию сексуальных функций с включением общетонизирующего, стимулирующего эффекта адаптогенов, витаминов, фитопрепаратов (спеман, тентекс-форте, витамакс, биогенные стимуляторы, витаминно-минеральные комплексы), препаратов, улучшающих кровоток в сосудах полового члена, направленные на лечение эректильной дисфункции, вегетотропные препараты, сексуалтоники-йохимбин гидрохлорида, афродор, афродекс. Также для улучшения эректильной функции давались рекомендации по лечебной физкультуре, проводились физиопроцедуры – ЛД терапия (локальная декомпрессия). После месячного курса лечения отмечался общий активизирующий эффект в течение полугода, что способствовало нормализации сексуальных функций и восстановлению гармонии в семейно-сексуальных отношениях.

Заключительным этапом лечебно-реабилитационных мероприятий явилась реадаптация взаимоотношений в паре, направленная на оптимальное взаимодействие сексуальных партнеров, способствовавшая предотвращению возникновения дисгармоничных отношений в дальнейшем.

Заключение

Анализ отдаленных результатов показал, что из $78,7\% \pm 4,6$ больных, у которых в ходе комплексной терапии был отмечен клинический эффект, по прошествии 3-х месяцев после завершения курса ле-

чения сохранялась редукция не только симптомов психопатологического расстройства и воспалительного заболевания, вызванного ИППП (отрицательные показатели контрольных клинико-лаборатор-

ных исследований), но и наблюдалось улучшение сексуальных функций с полной гармонизацией отношений в паре, что способствовало их социо-сексуальной адаптации и улучшению качества жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. – М.: Медицина, 1993.
2. Бобкова И.Н., Лосева О.К. Сексуальное поведение людей, как фактор распространения ЗППП // Сбор. трудов межд. конф. по первич. и вторич. профилактике ИППП. – Алма-Ата. – С. 82–83.
3. Васильченко Г.С. Метод структурного анализа сексуальных расстройств // Общая сексопатология. – М., 1977. – С. 392–416.
4. Васильченко Г.С. Расстройства эякуляторной составляющей при урологической патологии // Частная сексопатология. – М., 1983. – Т.2. – С. 258–267.
5. Загородный П.И. Физиология и патология половой функции. – Л.: Медицина, 1975. – С. 264.
6. Ильин И.И. Избранные лекции по венерологии // Медич. Вестник. – 1997. – № 11. – Вып. 54. – С. 4–9.
7. Кибрик Н.Д., Андрианов В.В. К вопросу психопрофилактики ипохондрических состояний у больных с импотенцией // Психическая саморегуляция. – М., 1983. – Вып.3. – С. 312–314.
8. Кришталь Т.В. Супружеская дисгамия, приводящая к внебрачным связям и венерическим заболеваниям, и ее психотерапевтическая коррекция. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – Харьков, 1992.
9. Кубанова А.А. Стратегия и перспективы развития дерматовенерологической службы в РФ в 2001–2005 году // Вестник дерматологии. – 2002. – № 1. – С. 4–8.
10. Молочков В.А., Ильин И.И. Хронический уретрогенный простатит. – М.: Медицина, 1998.
11. Юнда И.Ф. Болезни мужских половых органов. – Киев: Здоровье, 1981. – С. 217–235.
12. Kaplan H.S. The new sex therapy. – New York: Brunner/ Mazel, 1974.
13. Masters W., Johnson V. Human sexual response. – Boston: Little Brown, 1966.
14. Mayou R.A., Gath D., Gelder M. Sexually transmitted disease // Oxford Textbook of Psychiatry. – 1989. – P. 50–51.

PSYCHOPATHOLOGICAL ASPECTS OF SEXUAL DYSFUNCTION IN MEN SUFFERING FROM SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS

O. F. Filon

Comprehensive investigation of 106 men suffering from sexually transmitted infections shows that these infections, besides somatic problems,

also bring about sexual dysfunction and marital discord, and happen to be a 'trigger factor' in the development of psychopathological phenomena.