

Психотерапевтическое консультирование сексологических пациентов

И.И. Горпинченко, Н.В. Турчак

Украинский институт сексологии и андрологии, г. Киев

В статье приводятся данные о значении психодиагностики при обследовании сексологических больных. Подчеркивается, что психические отклонения в той или иной степени присутствуют у всех сексологических пациентов, что важно как для диагностики, так и для выбора патогенетически обоснованной терапии.

Чаще у сексологических пациентов диагностируют неглубокие расстройства мозговой деятельности. Для их выявления зачастую достаточно тщательно собранного анамнеза и жалоб пациента с психологической оценкой полученных данных.

Полученные данные зачастую требуют проведения дополнительного тестирования. Часто используют такие методики: MMPI, HADS, Спилберга-Ханина, Бека, Гамильтона, Роршаха, Цунга...

У сексологических пациентов самыми распространенными являются следующие синдромы: астенический, аффективный, навязчивые состояния, сенестопатический, ипохондрический. Реже встречаются: синдром сверхценных идей, бредовые синдромы.

Правильно проведенная психологическая диагностика предполагает адекватно выбранное лечение. Редко психотерапия используется как самостоятельный метод терапии, чаще сочетается с другими методами.

В сексологической практике предпочтение отдают индивидуальной рациональной психотерапии. Значительно повышает эффективность лечения подключение к процессу полового партнера.

Ключевые слова: сексологическая практика, синдромы, диагностика.

Psychotherapeutic counseling of sexological patients

I.I. Gorpynchenko, N.V. Turchak

The article provides data on the importance of psychodiagnostics in the examination of sexological patients. It is specified that psychical deviations are more-less present in all sexological patients, which is important for diagnosis and for the choice of pathogenetically based therapy.

Commonly sexological patients are diagnosed with non-profound disorders of brain activity. To identify them, a carefully collected history and patient complaints from a psychological assessment of the data obtained are often sufficient.

Obtained data requires additional testing. The following methods are used more often: MMPI, HADS, Spielberg-Hanin, Beck, Hamilton, Rorschach, Tsung ...

In sexological patients, the following syndromes are most common: asthenic, affective, obsessive states, senestopathic, hypochondriacal. Less common: syndrome of overvalued ideas, delusional syndromes. Correctly performed psychological diagnostics presupposes an competent chosen treatment. Psychotherapy is rarely used as an independent method of therapy, more often it is combined with other methods.

In sexological practice, preference is given to individual rational psychotherapy. Sexual partner connection to the treatment process significantly increases the effectiveness.

Keywords: sexological practice, syndromes, diagnostics.

Психотерапевтичне консультивання сексологічних пацієнтів

І.І. Горпинченко, М.В. Турчак

У статті наведені дані про значення психодіагностики при обстеженні сексологічних хворих. Підкреслюється, що психічне відхилення тією чи іншою мірою присутнє у сексологічних хворих, що важливо як для діагностики, так і для вибору патогенетично обґрунтованої терапії.

Зазвичай у сексологічних пацієнтів діагностується неглибокий розлад мозкової діяльності. Для його виявлення частіше за все достатньо ретельно зібрати анамнез та скарги пацієнта з психічним оцінюванням отриманих даних.

Отримані дані часто потребують проведення додаткового тестування. Використовуються такі методики: ММПІ, HADS, Спілберга-Ханіна, Бека, Гамільтона, Роршаха, Цунга ...

У сексологічних пацієнтів найпоширенішими є такі синдроми: астеничний, афективний, нав'язливі стани, сенестопатичний, іпохондричний. Рідше зустрічаються: синдром надцінних ідей, синдром маячних ідей.

Правильно проведена психологічна діагностика передбачає адекватно вибране лікування. Іноді психотерапія використовується як самостійний метод лікування, частіше поєднується з іншими методами.

У сексологічній практиці перевагу віддають індивідуальній раціональній психотерапії. Значно підвищує ефективність лікування підключення до процесу статевого партнера.

Ключові слова: сексологічна практика, синдроми, діагностика.

Психотерапія в сексології грає дуже важливу роль. В одних випадках вона являється єдиним видом корекції сексуальних розстройств, в інших, зв'язаних з органічною патологією, використовується як один з компонентів комплексного лікування [1, 2]. Половіє порушення в силу особливості особистої значимості сексуальної сфери для більшості людей нерідко приводять до невротических розстройств, депресії, зловжиттєвлю алкоглем, що ще більше підвищує значення психотерапії в ліченні таких болних.

На сьогодні існують основні тенденції застосування психотерапії у пацієнтів з сексуальними проблемами. Лічення

психогенних сексуальних дисфункцій може здійснюватися виключно в рамках того психотерапевтичного підходу, який адекватен індивідуально конкретному пацієнту [3].

Застосування класического психоаналізу ґрунтується на представленні, що, наприклад, порушення ерекції являються результатом підсознательних страхів мужчин, зв'язаних з едіповим комплексом, в силу чого супруга воспринимается в качестве объекта, с которым должна существовать эмоциональная, но не половая близость. В екзистенціальной психотерапії сексуальні проблеми розглядаються як фасад, за котрим ховаються глибокі страхи пацієнтів перед

конечностью бытия, личной свободой и вытекающей из нее ответственностью за свою жизнь, возможным одиночеством и отсутствием самоочевидного смысла жизни [4].

В сексопатологии чаще всего применяют комбинации различных методов психотерапии, которые в необходимых случаях подкрепляются назначением лекарственных препаратов или физиотерапевтических процедур [3, 4].

Исследования психического статуса – это сложный и трудоемкий процесс. Диагностика любой болезни, изучение состояния любого больного, который обнаруживает признаки психических нарушений, начинается с отдельных симптомов, что в совокупности образуют структуру, систему, которая определяется как синдром. Представляя перед собой целостное образование, состоящее из элементов (симптомов), синдром, как всякое целое оказывается больше арифметической суммы симптомов, его составляющих и таким образом характеризует качественное своеобразное расстройство психической деятельности.

Чаще всего встречаются неглубокие расстройства мозговой деятельности, такие, как синдромы аффективных расстройств, сверхценных образований и навязчивости. Редко или вообще не встречаются в сексологической практике иллюзии, галлюцинации, синдромы помрачения сознания (делирий, аменция, онейроид), кататоническое возбуждение и ступор [5, 6].

Особое внимание следует уделять оценке эмоциональной реакции больного на развившиеся соматические заболевания, среди которых наиболее чаще встречаются: тревожно-депрессивные, дистимические, ипохондрические, фобические, истероидные, эйфорические-анозогностические.

Исследования психического статуса неотделимы от анамнеза. При опросе следует обращать внимание на то, как больной излагает факты, как он себя чувствует, находясь под влиянием тех или иных патологических переживаний, как он отвечает на вопросы (пассивно и односложно, безразлично или эмоционально и бурно). В беседе с больным можно получить представление об особенностях его мышления – замедлении, оживлении, обстоятельности, а также о таких расстройствах мышления, как резонерство или разорванность.

Ценно наблюдение за своеобразием мимики пациента, состоянием его моторики, жестикуляцией. Часто удается отметить такие психопатологические проявления, как парамимия (неадекватность мимики), стереотипные движения, бредовая настроенность и другие [6].

В сексологической практике чаще всего встречающиеся следующие синдромы:

Астенический синдром – он проявляется быстрой утомляемостью, ослаблением способности к длительному и интенсивному психическому и физическому напряжению, симптомами раздражительности, эмоциональной лабильности. Это один из самых легких психических расстройств, проявляющихся у подавляющего большинства как сексологических, так и соматических больных. Часто пациенты с астеническим синдромом жалуются на головную боль, расстройство сна, чаще в виде расстройства засыпания, реже – повышенной сонливости. Могут также проявляться признаки непереносимости или повышенной чувствительности к сильным раздражителям – громким звукам, яркому свету. Для сексологических больных характерно, что сверхсильные раздражители, например, новый сексуальный партнер, обладающий высокими привлекательными качествами, вызывает не положительную как ожидалось бы реакцию сексуального толка, а наоборот пониженное настроение, субъективное ощущение слабости, вялости, недомогания, безразличия.

Астенический синдром возникает при многих психических заболеваниях, в том числе и поражениях центральной нервной системы, шизофрении. Но чаще всего является проявлением неврастении или реактивного состояния.

Перед тем как назначить лечение, врач должен изучить все имеющиеся симптомы и провести дополнительную диагностику. Постановка точного диагноза обычно не вызывает у врача затруднений. Заболевание возникает на фоне перенесенного стресса, травмы или заболевания. В тех случаях, когда патология появляется из-за органических нарушений, установить астению помогает тщательный опрос. В некоторых случаях астению необходимо дифференцировать от депрессивного невроза или гиперсомнии.

Дополнительные обследования проводят с целью выявить основную болезнь, которая привела к астении. Пациента могут направить на консультации к другим специалистам [2, 5].

Для подтверждения диагноза можно использовать методики: HADS, тест Спилбергера-Ханина, MMPI, тест Бека.

Аффективный синдром – состояние, проявляющиеся в первую очередь расстройствами настроения. Совершенно понятно, что у большинства сексологических пациентов этот синдром характеризуется депрессивными проявлениями [6].

Депрессивные синдромы у сексологических больных бывают различной выраженности. Депрессия (или меланхолия) характеризуется следующими проявлениями:

- 1) пониженное настроение (аффективное торможение);
- 2) замедление темпа мышления, иногда вплоть до полного «отсутствия мыслей» (идеомоторное торможение);
- 3) замедление двигательных реакций, что бывает намного реже.

При аффективном синдроме все окружающее воспринимается пациентами в депрессивных, мрачных тонах, будущее рисуется безрадостным, бесперспективным. Для сексопатолога очень важно знать, что в структуре депрессии наряду с описанными витальными расстройствами может происходить снижение полового влечения (либидо). Характерным признаком депрессии может считаться наличие суточных колебаний настроения. Больные при этом утром отмечают выраженное чувство тоски. Любое действие, которое нужно выполнить, например провести встречу с желаемым сексуальным объектом, проявить внимание, отвергается больным. К вечеру состояния пациента улучшается. Нередко депрессивное состояние сопровождается чувством тревоги и страха за свое здоровье, при котором больные обращаются не только к сексопатологу, но и к врачам других специальностей. Больные зачастую сосредоточены на деятельности внутренних органов – сердца, желудка, кишечника, половой сферы.

Пациент выглядит подавленным, говорит тихим голосом, с умоляющими интонациями, сразу же высказывает все свои жалобы, сомнения и опасения. При этом на врача не смотрит, сидит, низко опустив голову, руки плотно прижаты к телу, почти не меняет позы.

Необходимо отметить, что у многих больных, обращающихся за сексологической помощью с жалобами на снижение полового влечения, при тщательном изучении психического статуса удается установить наличие различных по степени выраженности и структуре депрессивных состояний, которые отличаются длительностью и стойкостью.

Маниакальный синдром – намного реже встречается в сексологической практике и характеризуется немотивированно веселым настроением, которое окрашивает все восприятие больного. Мир представляется ярким, интересным, лишенным отрицательных эмоций, внимание крайне лабильное, отмечается повышенная отвлекаемость, затрудняется сосредоточение на основных проблемах, не только сексуального, но и жизненного характера. Пациенты обнаруживают неустойчивую, но большей частью непродуктивную деятельность. Со стороны половой сферы может отмечаться усиление полового влечения, которое не находит реализацию в реальной

жизни. Эти проявления маниакального синдрома чаще всего характерны для мужчин второй половины жизни, в рамках патологического климакса [6, 8].

Заболевание, определяемое как аффективное расстройство, по своей природе близко к естественному состоянию человека, дублирующему эмоциональные реакции, возникающие в моменты бедствий или успехов. В связи с этим фактом существенно осложняется диагностика биполярных расстройств. В процессе установления диагноза возможно проведение экспертизы аффективных расстройств с использованием специальных методик.

Диагностика такого явления, как аффективные расстройства, часто затруднена, поскольку симптомы болезни схожи с признаками, присущими шизофрении. Аффективные расстройства включают в себя нарушения депрессивного и маниакального характера. Депрессивные состояния, ранее диагностируемые в качестве маниакально-депрессивного психоза, описываются чередующимися периодами состояния мании (длющимися от 2 нед до 4–5 мес) и депрессивными периодами (6 мес).

Диагностика основного признака, определяющего аффективные расстройства, состоит в фиксации изменений аффекта или настроения без существующих на то причин. Аффективные нарушения состояния включают комплекс изменений привычных состояний сознания. Диагностика биполярного аффективного расстройства только по наличию указанных выше признаков не совсем корректна, поскольку касается отдельного вида заболевания [9].

Диагностика маниакальных состояний заключается в фиксировании фактов внезапных повышений настроения до состояния восхищения, общее повышение активности больного, навязчивые мысли с наглядной переоценкой собственной личности. Периоды поднятия настроения сменяются короткими периодами депрессии, снижается способность к концентрации, происходит резкое повышение либидо.

Маниакальные расстройства могут характеризоваться отсутствием со стороны больного понимания своего состояния и необходимости в проведении госпитализации в специализированное лечебное учреждение.

Для диагностики аффективных депрессивных расстройств, носящих легкий характер или имеющих тяжелую форму, продолжительность состояния пациента должна иметь длительность не меньше нескольких недель.

Диагностика биполярного аффективного расстройства может осуществляться по следующим симптомам:

- ухудшение настроения;
- синдром нехватки энергии;
- отсутствие удовлетворения;
- избегание социальных взаимодействий;
- снижение активности и уменьшение мотиваций.

Диагностика биполярного аффективного расстройства проводится специалистом при наличии минимум двух проявлений нарушений, из которых одно должно иметь гипоманиакальный либо комбинированный характер. При наличии указанных симптомов необходима экспертиза аффективных расстройств. При анализе данных исследования и постановке диагноза важно учитывать, что аффективные расстройства могут быть вызваны воздействием травмирующих психику внешних факторов [8, 9].

Существенное значение имеет диагностика биполярного аффективного расстройства на ранней стадии, поскольку в случае наличия одного факта нарушения состояния больного лечение будет проводиться быстрее и легче, чем в случае наличия двух и более эпизодов болезни.

Методы диагностики аффективных расстройств можно разделить на:

- лабораторные, к которым относятся анализы на определение содержания в организме фолиевой кислоты,

изучение функции щитовидной железы, общий анализ крови, общий анализ мочи;

- дифференциальная диагностика аффективных расстройств при заболеваниях неврологического характера, наличия нарушений в работе эндокринной системы, психических расстройствах с колебаниями изменения настроения;
- специальные методы диагностики аффективных расстройств, которые включают магниторезонансную томографию, электрокардиограмму;
- методы психологического характера: шкала депрессии Гамильтона, тест Роршаха, шкала самооценки Цунга, ММРІ.

Навязчивые состояния (обсессивный синдром). Навязчивыми называются такие состояния, которые возникают помимо воли и желаний больного. Навязчивые состояния, как правило, критической оценке не поддаются. В сексологической практике чаще всего встречаются навязчивые опасения и страхи. Наличие навязчивых сомнений и опасений в ряде случаев приводят к возникновению навязчивых страхов (фобий). Фобии различного содержания могут развиваться и самостоятельно. Для врача представляет большое значение обнаружение у больного навязчивых страхов перед необходимостью совершения полового акта (коитофобия), а также страхов перед «угрожающими» последствиями онанизма (онанофобия). Зачастую врачу достаточно долго нужно убеждать больного, что занятие онанизмом в период юношеской гиперсексуальности не имеет никакого отношения к его сексуальному расстройству [7, 9].

У сексологических больных встречаются навязчивые состояния и другого характера – страх загрязнения при половом акте.

Необходимо отличать навязчивые состояния от других заболеваний, при которых возникают навязчивости и ритуалы. В ряде случаев обсессивно-компульсивное расстройство необходимо дифференцировать от шизофрении, особенно когда обсессивные мысли необычны по содержанию (например, смешанные сексуальные и богохульные темы) или же ритуалы исключительно эксцентричны. Развитие вялотекущего шизофренического процесса нельзя исключить и при нарастании ритуальных образований, их стойкости, возникновении антагонистических тенденций в психической деятельности (непоследовательности мышления и поступков), однообразии эмоциональных проявлений. Затяжные обсессивные состояния сложной структуры необходимо отграничивать от проявлений приступообразной шизофрении. В отличие от невротических навязчивых состояний они обычно сопровождаются резко нарастающей тревогой, значительным расширением и систематизацией круга навязчивых ассоциаций, приобретающих характер навязчивостей «особого значения»: ранее индифферентные предметы, события, случайные замечания окружающих напоминают больным о содержании фобий, оскорбительных мыслях и приобретают тем самым в их представлении особое, угрожающее значение. В таких случаях необходимо обратиться к врачу-психиатру с целью исключения шизофрении [2, 3].

Для дифференциальной диагностики можно использовать методики на мышление, такие, как исключение предметов, классификация предметов, тест Роршаха.

Сенестопатический синдром определяется как состояние, при котором больной испытывает тягостные, аморфные, неприятные, часто весьма своеобразные ощущения (распирание, перекручивание, переливание, жжение, щекотание). Эти проявления чаще касаются половых органов. При этом при объективном осмотре обоснования этих ощущений не находят. Надо помнить, что зачастую у сексологических больных, имеющих урологическую патологию, также проявляются жалобы на подобные ощущения, но в отличие от сенестопатиче-

ского синдрома эти жалобы находят объективное подтверждение при урологическом исследовании [8].

Чтобы установить и подтвердить диагноз, врач собирает анамнестические данные, анализирует клинические проявления, проводит физикальный осмотр и направляет больного на дополнительные обследования для выявления соматических патологий. В рамках диагностики можно выполнять рентгенографию, ультразвуковое исследование, компьютерную и магнитно-резонансную томографию. Кроме того, недуг дифференцируют с парестезиями, которые возникают при сосудистых и неврологических патологиях. Неврологические болезни проявляются локальными парестезиями, поражающими поверхность кожного покрова. Если причиной расстройства чувствительности являются нарушения кровообращения, наблюдаются изменение оттенка кожи конечностей, трофические расстройства и ослабление пульса периферических артерий.

Ипохондрический синдром (ипохондриа) – состояние, при котором внимание к своей болезни принимает характер подчеркнутой, утрированной озабоченности.

Ипохондриа в чистом виде почти не встречается, а входит в структуру других синдромов (навязчивости, депрессии, бреда, психического автоматизма).

Диагностика начинается с проведения стандартных исследований, которые включают анализ крови, мочи, кала, УЗИ внутренних органов. Если не выявлено патологии со стороны внутренних органов, а тревога за состояние здоровья сохраняется, пациенту проводится психологическая диагностика [6, 9].

Для психологической диагностики можно использовать методики: ИТО, ММРІ, FPI.

Синдром сверхценных идей. Источником возникновения сверхценных идей являются реальные события и факты, но при этом значение событий переоценивается, они приобретают в сознании больного доминирующее место, не соответствующее их истинному значению.

У больных, обращающихся к сексопатологу, чаще всего отмечают сверхценные идеи ипохондрического содержания, развивающиеся после действительных неудач при половой жизни, которые чаще всего носят ситуативный характер.

Сверхценные идеи следует дифференцировать с бредовыми идеями. С течением времени сверхценные идеи при благоприятных условиях могут совершенно исчезнуть. Это отличает их от бредовых идей, которые имеют тенденцию к дальнейшему развитию. Кроме того, сверхценные идеи в отличие от бредовых стоят не на ложных, неправильных умозаключениях, а на основе реальных фактов и событий. В отдельных случаях возможна трансформация сверхценных идей в бредовые. Особенностью сверхценных идей у больных с половыми нарушениями является их стойкость, они могут

существовать годами. Сверхценные идеи могут наблюдаться при психопатии, шизофрении, аффективных (депрессивных) фазах циркуляторного психоза.

Для психологической диагностики можно использовать такие методики: исключение предметов, классификация предметов, ИТО, ММРІ, FPI.

Бредовые синдромы. Бред – это суждения, не соответствующие действительности, являющиеся ошибочными, но стойкими, не поддающимся переубеждению и связанные с нарушением психической деятельности. По механизмам развития бред можно разделить на две различные формы – остро возникающий, образный, чувственный бред и развивающийся постепенно, хронически систематизированный бред толкования. Чаще всего у сексологических больных определяют бред толкования. Врач-сексопатолог, встречающийся с этой проблемой, объясняет пациенту абсурдность его интерпретации, старается объяснить суть сексуального расстройства [5, 7].

Для дифференциальной диагностики можно использовать методики на мышление, такие, как исключение предметов, классификация предметов, тест Роршаха.

Нарушения памяти. Это расстройство обычно встречается у пациентов пожилого возраста и выражается чаще всего гипомнезией (ухудшение памяти). Гипомнезия заключается в том, что человек утрачивает возможность по своему усмотрению свободно воспроизводить воспоминания недавнего или отдаленного прошлого. У стариков гипомнезия выражается в том, что они испытывают наибольшие затруднения при запоминании и воспроизведении нового, в то время как события прошлого помнят значительно лучше [8].

Обычно памятные процессы у людей в преклонном возрасте ухудшаются постепенно и медленными темпами, не оказывая существенного влияния на качество жизни. Такое происходит почти у половины людей, достигших старости. Но бывают случаи стремительного ухудшения памяти, которые требуют специального лечения, иначе у человека разовьется старческая деменция. Ухудшение памяти у молодых людей следует дифференцировать от органических поражений головного мозга.

Для исследования памяти можно использовать следующие методики: заучивание 10 слов, метод пиктограмм.

ВЫВОДЫ

Психотерапевтическое консультирование является важным аспектом как в диагностическом плане, так и в выборе тактики лечения.

Наиболее часто у сексологических пациентов выявляется астенический синдром. Из всего многообразия психотерапевтических воздействий у сексологических больных чаще используют парную рациональную психотерапию.

Сведения об авторах

Горпинченко Игорь Иванович – Украинский институт сексологии и андрологии, 02000, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9а.
E-mail: sexology@sexology.com.ua

Турчак Николай Валериевич – Украинский институт сексологии и андрологии, 02000, г. Киев, ул. В. Винниченко, 9а.
E-mail: sexology@sexology.com.ua

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Горпинченко И.И., Воробец Д.З. (2013) Механизм развития сексуальной дисфункции. – Львов. – С. 28.
2. Криштал Е.В., Ворник Б.М. Сексопатология. – К.: Медицина, 2014. – С. 139.
3. Калинин С.Ю., Тюзиков И.А., Тишова Ю.А., Ворслов Л.О. (2014) Обследование мужчины. – М.: Практическая медицина. – 111 с.
4. Криштал В.В., Григорян С.Р. Сексология в 4 частях. – Харьков: Академия сексологических исследований, 1999. – 1152 с.
5. Сексопатология: Справочник. Васильченко Г.С., Агаркова Г.Е., Агарков С.Т. /Под ред. Г.С. Васильченко. – М: Медицина, 1990 – 576 с.
6. Aschaka C., Himmel W., Itner E. et al. (2001) Sexual problems of male patients in family practice. J. Fam. Pract. 50: 773-778
7. Masters W.M. and Jonson V.E. Human Sexual Jnadeanacy. Boston, 1990 Littl, Brown.
8. Горпинченко И.И. Геронтологическая сексопатология // Здоровья. – 1991. – 168 с.
9. Кочарян Г.С. Психотерапия гомосексуалов, отвергающих свою сексуальную ориентацию: современный анализ проблемы // Психиатрия и медицинская психология. – 2010. – № 1–2 (24–25). – С. 131–141.

Статья поступила в редакцию 17.09.2020

ТЕСТОВЫЕ ВОПРОСЫ

(один или несколько правильных ответов)

1. Для диагностики психического состояния у сексологических больных важное значение имеет:

- Определение уровня половых гормонов
- Исследование кровотока в предстательной железе
- Тщательно собранный анамнез и использование тестов, характеризующих психическую сферу
- Исследование на наличие инфекцией, передающихся половым путем.

2. Наиболее часто у сексологических больных выявляют следующие расстройства психической сферы:

- Астенический синдром
- Синдром сверхценных идей
- Маниакально-депрессивный синдром.

3. При подозрении на эндогенное расстройство психики проводят:

- Беседу с сексуальным партнером пациента
- Магнитно-резонансное исследование головного мозга
- Консультирование у врача-психиатра
- Исследование половых гипофизарных гормонов.

4. Для получения дополнительной информации о сути сексуального расстройства проводят:

- Исследование эякулята и секрета предстательной железы
- Определение кровотока в половом органе
- Исследование уровня пролактина в крови
- УЗИ предстательной железы
- Беседа-интервью с сексуальным партнером.

5. Для коррекции психических расстройств у сексологических пациентов чаще всего используют:

- Гипнотическое воздействие
- Гипербарическую оксигенацию
- Индивидуальную рациональную психотерапию
- Физиотерапевтическое лечение
- Иммунокоррекцию
- Эндофалопротезирование.

6. Для диагностики психогенных форм сексуальной дисфункции проводят:

- Исследование секрета предстательной железы
- Сбор анамнеза и психологическое тестирование
- Определение половых гормонов
- Доплерографию полового члена.

7. Для уточнения сути сексуального расстройства проводится:

- Томография головного мозга
- Определение уровня глюкозы в крови
- Беседа-интервью с половым партнером
- Уретроскопия.

8. Для диагностики эндогенных психозов назначают:

- Исследование эякулята
- ЛОД-тест
- УЗИ половых органов
- Консультацию психиатра.

**Ответы на вопросы следует присылать
в редакцию по почте или на электронный адрес.**

e-mail: alexandra@professional-event.com

Почтовый адрес: 03039, г. Киев, а/я 4.

**Врачам, приславшим 86% и более правильных ответов,
будут высланы сертификаты Национальной медицинской
академии последипломного образования им. П.Л. Шупика**