

2. У всех больных ревматоидным артритом с артериальной гипертензией отмечено преобладание жёсткости артериальной системы над общим периферическим сосудистым сопротивлением.

3. У больных гипотиреозом с артериальной гипертензией выявлено преобладание общего периферического сосудистого сопротивления над жёсткостью артериальной системы.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Калев О.Ф., Строева В.С., Калева Н.Г. Ранняя диагностика и профилактика артериальной гипертензии. — М.: Практика, 2011. — 216 с. [Kalev O.F., Stroeva V.S., Kaleva N.G. Rannaya diagnostika i profilaktika arterial'noy gipertonii. (Early diagnosis and prevention of hypertension.) Moscow: Praktika. 2011: 216. (In Russ.)]

2. Каро К., Педли Т., Шротер Р., Суд У. Механика кровообращения. — М.: Мир, 1981. — 624 с. [Caro K., Padly T., Shrother R., Syd W. Mekhanika krovoobrashcheniya. (Hemodynamics.) Moscow: Mir. 1981: 624. (In Russ.)]

3. Никитин Ю.П., Лапицкая И.В. Артериальная жёсткость: показатели, методы определения и методологические трудности // Кардиология. — 2005. — Т. 45, №11. — С. 113–120. [Nikitin Yu.P., Lapitskaya I.V. Arterial stiffness: parameters, methods of assessment and methodological difficulties. *Kardiologiya*. 2005; 45 (11): 113–120. (In Russ.)]

4. Орлова Я.А., Агеев Ф.Т. Жёсткость артерий как интегральный показатель сердечно-сосудистого риска: физиология, методы оценки и медикаментозной коррекции // Сердце. — 2006. — Т. 5, №2. — С. 65–69. [Orlova Ya.A., Ageev F.T. Arterial stiffness as an integral

parameter of cardiovascular risk: physiology, methods of evaluation and pharmacological correction. *Serdtsse*. 2006; 5 (2): 65–69. (In Russ.)]

5. Пагаева Ф.П., Селиванова Г.Б., Джанашия П.Х. Артериальная гипертензия и гипотиреоз в фазе медикаментозной субкомпенсации // Рос. кардиол. ж. — 2006. — Т. 6, №62. — С. 29–34. [Pagaeva F.P., Selivanova G.B., Dzhanaishiya P.Kh. Arterial hypertension and hypothyrosis in pharmaceutical sub-compensation phase. *Rossiyskiy kardiologicheskiy zhurnal*. 2006; 6 (62): 29–34. (In Russ.)]

6. Савицкий Н.Н. Биофизические основы кровообращения и клинические методы изучения гемодинамики. — М.: Медицина, 1974. — 307 с. [Savitskiy N.N. Biofizicheskie osnovy krovoobrashcheniya i klinicheskie metody izucheniya gemodinamiki. (Biophysical bases of circulation and clinical methods for the study of hemodynamics.) Moscow: Meditsina. 1974: 307. (In Russ.)]

7. Терегулов Ю.Э., Терегулов А.Э. Жёсткость артериальной системы как фактор риска сердечно-сосудистых осложнений: методы оценки // Практ. мед. — 2011. — №4 (52). — С. 133–137. [Teregulov Yu.E., Teregulov A.E. The rigidity of the arterial system as a risk factor for cardiovascular events: methods of assessment. *Prakticheskaya meditsina*. 2011; 4 (52): 133–137. (In Russ.)]

8. Шхвацабая И.К. Внутрисердечная гемодинамика и клинко-патогенетические варианты течения гипертонической болезни // Кардиология. — 1977. — №10. — С. 8–18. [Shkhvatsabaya I.K. Intracardial hemodynamics and clinical and pathogenic variants of the clinical course of hypertension. *Kardiologiya*. 1977; 10: 8–18. (In Russ.)]

9. Arnett F.C., Edworthy S.M., Bloch D.A. et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis // *Arthritis Rheum.* — 1988. — Vol. 31. — P. 315–324.

10. Fazio S., Biondi B., Lupoly G. et al. Evaluation by noninvasive methods, of the effects of acute loss of thyroid hormones on the heart // *Angiology*. — 1992. — Vol. 43, N 4. — P. 287–293.

УДК 616.127-005.8: 616.89-008.442.4: 616-05: 615.851.13

T02

## ЗНАЧЕНИЕ СЕКСУАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ В ПОЛОВОЙ САМОИДЕНТИФИКАЦИИ МУЖЧИН, ПЕРЕНЁСШИХ ИНФАРКТ МИОКАРДА

Виктория Леонидовна Винтер<sup>\*1,2</sup>, Борис Егорович Алексеев<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург,

<sup>2</sup>Северо-Западный филиал Федерального казённого учреждения «Центр экстренной психологической помощи» Министерства чрезвычайных ситуаций России, г. Санкт-Петербург

#### Реферат

**Цель.** Изучение влияния роли сексуальной активности в половой самоидентификации мужчин, перенёсших инфаркт миокарда.

**Методы.** Использованы оригинальное клиническое структурированное интервью, «Половой дифференциал», «Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS», «Методика диагностики типов отношения к болезни». В исследовании на базе кардиологического отделения восстановительного лечения городской больницы №40 Курортного административного района г. Санкт-Петербурга приняли участие 130 пациентов (средний возраст 53,5±7,09 года), находившихся на стационарном лечении по поводу перенесённого инфаркта миокарда. Разработана и апробирована модель краткосрочной психокоррекционной программы сексологической реабилитации пациентов мужского пола, перенёсших инфаркт миокарда. Оценку эффективности данной программы проводили путём сравнения результатов, полученных в экспериментальной (30 пациентов) и контрольной (30 пациентов, при реабилитации которых сексологические аспекты не учитывали) группах.

**Результаты.** При проведении структурированного интервью более половины опрошенных (62,2%) высоко оценили значимость сексуальных отношений, считая их очень важным компонентом жизни и источником наслаждения. Подавляющее большинство опрошенных пациентов (76,9%) сообщили о намерении возобновить сексуальную активность после заболевания. Установлены характеристики психосексуальной сферы пациентов мужского пола, перенёсших инфаркт миокарда: преобладание маскулинной половой идентификации (75,4%) и особенности

отношения к сексуальной активности после заболевания, проявляющиеся в снижении удовлетворённости собой как представителем пола (53,8%). Дополнение традиционного процесса лечения пациентов мужского пола, перенёвших инфаркт миокарда, психокоррекционной программой сексологической реабилитации способствовало положительной динамике, наблюдаемой в экспериментальной группе.

**Вывод.** Реабилитация пациентов, перенёвших инфаркт миокарда, требует новых подходов, учитывающих сексологические аспекты восстановительного этапа; дополнение традиционной реабилитационной программы занятиями по оптимизации восстановления половой активности пациентов способствовало увеличению количества лиц с гармоничным типом отношения к болезни.

**Ключевые слова:** сексуальная активность, половая идентичность, инфаркт миокарда, реабилитация.

## SEXUAL ACTIVITY SIGNIFICANCE FOR MALE GENDER SELF-IDENTITY AFTER SURVIVING MYOCARDIAL INFARCTION

V.L. Winter<sup>1,2</sup>, B.E. Alekseev<sup>1</sup>

<sup>1</sup>North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia,

<sup>2</sup>North-Western Branch of the Federal State Institution «Center of Emergency Psychological Aid» of The Ministry of Emergency Situations of Russian Federation, Saint-Petersburg, Russia

**Aim.** To study the influence of sexual activity for male gender self-identity in patients after surviving myocardial infarction.

**Methods.** Original Clinical Structured Interview, «Gender Differential», «The Hospital Anxiety and Depression Scale» (HADS), «The Method for Diagnosing the Types of the attitude to an Illness» were used as the research methods. The study included 130 in-patients (mean age 53.5±7.09 years) who were undergoing rehabilitation for survived myocardial infarction in the department of cardiologic rehabilitation of the Municipal clinic №40 of Kurortny administrative district of Saint-Petersburg, Russia. A model of short-term psycho-corrective program for sexual rehabilitation for male patients who survived myocardial infarction was developed. The effectiveness of the program was estimated by a comparison of results in experimental (30 patients) and control (30 patients in whom sexual aspects were not incorporated in rehabilitation) groups.

**Results.** At structured interview, over a half of all subjects (62.2%) highly estimated the importance of sexual relations, considering them as an essential part of life and a delight. The large majority of the questioned patients (76.9%) reported the desire for renewing sexual activity after the disease. Psychosexual characteristics for male patients, who survived myocardial infarction, were: predominance of male identity (75.4%) and particular features of relation to own sexual activity after the disease, manifesting as a decrease of gender self-satisfaction (53.8%). Addition of psycho-correction program of the sexual rehabilitation to the conventional treatment of male patients who survived myocardial infarction contributed to the positive results observed in the experimental group.

**Conclusion.** Rehabilitation of patients after myocardial infarction requires new approaches, including those considering aspects of sexual rehabilitation; classes for better restoring of sexual activity, being added to conventional program of rehabilitation, increased the number of persons with balanced attitude to disease.

**Keywords:** sexual activity, gender identity, myocardial infarction, rehabilitation.

В современном мире наблюдается повышение значимости сексуальных отношений людей. Секс является для человека не только биологической, но и, в большей степени, психологической потребностью. Доказано, что снижение или отсутствие сексуальной функции отрицательно влияет не только на качество жизни мужчины, но и негативно сказывается на её продолжительности [7].

Мужчины, перенёвшие инфаркт миокарда, зачастую испытывают сложности при возобновлении сексуальной активности. Современные исследователи отмечают важность не только проблемы выживаемости на фоне проводимой терапии, но и поддержания оптимального качества жизни пациента [4].

Половая идентичность — базовое чувство, благодаря которому человек ощущает и осознаёт свою принадлежность к мужскому или женскому полу. Половую идентичность можно рассматривать как многоуровневую функциональную систему соотнесения личности с телесными, психическими, психологическими и социально-культурными аспектами маскулинности и фемининности как независимых значений; осознания и принятия человеком себя как представителя пола [2].

Маскулинность и фемининность рассматривают как независимые взаимодополняющие характеристики половой идентичности [11].

На различных исторических этапах исследователи, обращавшиеся к проблемам пола, отмечали тесную взаимосвязь между ощущением и осознанием себя мужчиной как представителя пола и его половой активностью. Маскулинность отождествлялась с сексуальной потенцией издавна и в большинстве культур. Сексуальная потенция является чётким мерилom самосознания и уверенности в себе для большинства мужчин [5]. По статистике мужчины старше 40 лет думают о сексе со средней периодичностью 2 раза в час [1]. Исследуя мужскую сексуальность, И.С. Кон, опираясь на анализ данных зарубежных источников и данные лонгитюдных исследований [6, 10], отмечает, что по большинству показателей (частота сексуальных мыслей, желаемая частота секса, предпочтение секса другим занятиям, готовность жертвовать ресурсами ради секса и др.) мужское сексуальное влечение значительно сильнее женского.

Помимо вышеперечисленного, мужская сексуальность также характеризуется более

поздним, чем у женщин, возрастом угасания сексуальной активности, болезненным переживанием снижения сексуальности (причём эта разница между полами особенно усиливается после 40 лет); а также наличием более тесной взаимосвязи сексуального здоровья (способности к сексуальной активности) и уровня субъективного благополучия мужчины. «Положительное отношение к сексуальности коррелирует у мужчин с общей удовлетворённостью жизнью» [6].

Таким образом, способность быть состоятельным в половой жизни, соответствовать в ней определённым требованиям расценивается мужчиной как один из основных критериев оценки мужественности. А утра-та этой способности, несостоятельность в половой сфере может субъективно ощущаться мужчиной как деструкция собственной половой идентичности.

В развитии и течении инфаркта миокарда признана активная роль психологических факторов, среди которых лидируют расстройства депрессивного и тревожного спектров [9]. По мнению ряда авторов, формированию невротических нарушений у кардиологических больных могут способствовать сексуальные расстройства [9, 13, 14]. По данным исследования, проведённого в немецких кардиологических реабилитационных центрах, существует статистически значимая связь между половой функцией и качеством жизни, что было опосредованно связано с депрессивными симптомами [13]. Наличие проблем в половой сфере, невозможность быть сексуально активным становятся для мужчины одним из самых сильных психотравмирующих факторов.

Пациенты мужского пола, перенёвшие инфаркт миокарда, оказываются в подобной психотравмирующей ситуации достаточно часто, поскольку в большинстве случаев испытывают сложности при возобновлении сексуальной активности после заболевания. В то же время результаты 17-летнего когортного лонгитюдного исследования выявили, что мужчины с более выраженным маскулинным типом половой идентичности имеют и более высокий риск смерти от коронарной недостаточности — по сравнению с мужчинами фемининного типа [12]. Таким образом, среди мужчин с диагнозом «инфаркт миокарда» с большой долей вероятности окажется большой процент «маскулинных» мужчин, в представлении которых невозможность продолжать активную сексуальную жизнь после заболе-

вания — страшнее угрозы смерти.

Целью исследования было изучение влияния роли сексуальной сферы в реабилитации пациентов мужского пола, перенёвших инфаркт миокарда. Реализация цели предполагала решение следующих задач.

1. Выявление характеристик сексуальности мужчин, перенёвших инфаркт миокарда: половой идентификации и отношения к сексуальной активности после заболевания.

2. Оценка психологического статуса пациентов, перенёвших инфаркт миокарда, по шкале тревоги и депрессии (HADS — от англ. Hospital Anxiety and Depression Scale), а также выявление у них типа отношения к болезни (ТОБОЛ).

3. Разработка и апробация в кардиологическом отделении в рамках комплексного восстановительного лечения модели краткосрочной психокоррекционной программы сексологической реабилитации мужчин, перенёвших инфаркт миокарда.

В исследовании, проведённом на базе кардиологического отделения восстановительного лечения городской больницы №40 Курортного административного района Санкт-Петербурга, приняли участие 130 пациентов, находившихся на стационарном лечении по поводу перенесённого инфаркта миокарда. Средний возраст по выборке составил  $53,5 \pm 7,09$  года. При этом нижняя возрастная граница составила 23 года (самый молодой пациент, получавший лечение по поводу инфаркта миокарда), верхняя — 65 лет (что определялось возрастными рамками исследования). Все обследуемые отмечали, что до инфаркта миокарда вели активную половую жизнь.

Изучение отношения больных, перенёвших инфаркт миокарда, к вопросу возобновления сексуальной активности после заболевания осуществлялось путём включения в исследование специально разработанного оригинального клинического структурированного интервью [3]. Вопросы одного из блоков этого интервью были направлены на выявление отношения пациентов к сексуальной жизни до и после инфаркта миокарда, значимости сексуальных отношений для данного пациента, а также переживаний, связанных с влиянием инфаркта миокарда на сексуальную активность и возобновлением половой жизни после заболевания. Интервьюирование проводили в индивидуальном порядке, в форме беседы «с глазу на глаз», без ограничения времени.

Экспериментально-психологический

Данные по структурированному клиническому интервью (n=130)

Текст интервью	n	%			
<b>Блок «Отношение к сексуальной активности»</b>					
Считаете ли Вы, что интимные (сексуальные) отношения: – являются очень важным компонентом жизни и важным источником наслаждения (1)	90	62,2			
– не имеют особого значения (2)	9	6,9			
– не та тема, о которой надо думать после инфаркта (3)	8	6,2			
– вызывают страх после инфаркта (4)	21	16,2			
– составляют досадную необходимость (5)	2	1,5			
– вызывают отвращение (6)	0	0			
Вы планируете возобновить сексуальную активность после выписки? – Да (1)	100	76,9			
– Нет / вероятно, нет (2)	10	7,7			
– Не задумывался над этим вопросом (5)	17	13,1			
– У меня уже был(и) половой(-ые) акты после инфаркта миокарда (6)	3	2,3			
<b>Удовлетворённость собой как представителем пола (своей половой сферой)</b>					
До инфаркта миокарда	n	%	После инфаркта миокарда	n	%
Да (1)	120	92,3	Да (1)	60	46,2
Нет (2)	10	7,7	Нет (2)	70	53,8

блок включал следующие методики.

1. «Половой дифференциал» (Каган В.Е., 1991), посредством которого исследовали особенности половой идентификации пациентов, перенёвших инфаркт миокарда.

2. Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS (Zigmond A.S., Snaith R.P., 1983).

3. Методика диагностики типов отношения к болезни (ТОБОЛ), разработанная коллективом Научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева (Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., Вукс А.Я., 1987).

При статистической обработке применяли контент-анализ, сравнительный анализ по параметрическому t-критерию Стьюдента; ф-критерий (угловое преобразование Фишера) [8].

В табл. 1 представлены данные по фрагменту интервью, вопросы которого отражали отношение пациентов к сексуальной активности.

Данные, представленные в табл. 1, позволяют выделить три основных момента, характеризующих отношение пациентов, перенёвших инфаркт миокарда, к вопросу возобновления сексуальной активности после заболевания.

1. Более половины опрошенных (62,2%) высоко оценивают значимость сексуальных отношений, считая их очень важным компонентом жизни и источником наслаждения.

2. Более половины опрошенных пациентов (53,8%) после перенесённого инфаркта

миокарда отмечают снижение удовлетворённости собой как представителем пола.

3. Подавляющее большинство опрошенных пациентов (76,9%) намерены возобновить сексуальную активность после заболевания.

Сопоставление данных интервью с результатами опроса по методике HADS выявило, что пациенты, которые после перенесённого заболевания не были удовлетворены собой как представителем пола (сомневались в своей «мужской» половой состоятельности), набирали статистически значимо больше баллов по шкале депрессии по сравнению с пациентами, не испытывавшими подобных переживаний ( $p \leq 0,005$ ). В свою очередь наличие депрессии является прогностически неблагоприятным фактором в реабилитации больных инфарктом миокарда [9, 14].

Таким образом, при разработке психокоррекционных мероприятий, направленных на оптимизацию психологического состояния данного контингента больных, становится очевидной необходимость учёта особенностей половой идентификации.

По результатам методики «Половой дифференциал» было выявлено, что у 75,4% обследованных мужчин преобладает маскулиная половая идентификация, у 24,6% – фемининная. В рассматриваемой выборке (по основной группе, n=130) количество пациентов с фемининной половой идентификацией оказалось статистически значимо меньше, чем с маскулиной: 24,6% (95% доверительный интервал [16,4; 32,8]) и 75,4%

(95% доверительный интервал [67,2; 83,6]) соответственно. Это согласуется с существующими в литературе данными о том, что «мужчины с более стереотипно-маскулиным образом» подвержены риску смерти от инфаркта миокарда в большей степени, чем мужчины с более высокими показателями по фемининности [12].

Данные изучения типов реакции на болезнь (по методике ТОБОЛ) свидетельствуют о преобладании эргопатического (38 пациентов, 29,2%) и смешанного (32 человека, 24,6%) вариантов реагирования. Гармоничный тип отношения к болезни, характеризующийся адекватной оценкой своего состояния, выявлен лишь у 16 (12,3%) обследованных. Все остальные «чистые» типы отношения к заболеванию представлены в значительно меньшем объёме: анозогнозический — 10,1%, сенситивный — 6,9%, тревожный — 2,3%, дисфорический — 1,5%, ипохондрический — 0,8%.

Сопоставляя данные интервью с распределением типов отношения к болезни (по результатам методики ТОБОЛ), можно отметить, что пациенты, которые после перенесённого инфаркта миокарда не были удовлетворены собой как представителем пола, статистически значимо чаще ( $p \leq 0,01$ ) проявляли повышенную уязвимость по отношению к болезни, выражавшуюся условно неадаптивными типами реагирования (преимущественно сенситивным).

В кардиологическом отделении в рамках комплексного восстановительного лечения была разработана и апробирована модель краткосрочной психокоррекционной программы сексологической реабилитации пациентов мужского пола, перенёвших инфаркт миокарда.

Целью программы была оптимизация процесса восстановления сексуальной активности у мужчин, перенёвших инфаркт миокарда.

Программа представляет собой цикл из 10 групповых психообразовательных занятий, которые проводили в кардиологическом отделении медицинский психолог с частотой 3 раза в неделю. В процессе занятий психологом осуществлялось повышение уровня психологической и сексологической компетентности пациентов в отношении инфаркта миокарда и его влияния на сексуальную жизнь и адекватного поведения самих пациентов (в том числе и в сексуальной сфере) на восстановительном этапе. Психолог предоставлял необходимую информацию о сроках и особенностях возвращения

к сексуальной активности после инфаркта, уделял внимание осознанию пациентами собственных психологических установок в отношении характера сексуальной активности (сдерживание сексуальной активности в постинфарктном периоде, необходимость пассивной роли в процессе полового акта и т.п.), информированию относительно значимости психологических факторов на этапе восстановления половой функции после заболевания. Существенное значение имела психологическая подготовка пациентов к беседе с кардиологом о сроках возобновления сексуальной активности.

Оценку эффективности данной программы проводили путём сравнения результатов, полученных в экспериментальной и контрольной группах.

Экспериментальную группу составили 30 пациентов, которые, помимо традиционного лечения, проходили разработанную в рамках исследования психокоррекционную программу сексологической реабилитации. Контрольную группу составили 30 пациентов, представители которой получали только традиционное лечение (при их реабилитации сексологические аспекты не учитывали). Контрольная группа была нормирована по возрасту и нозологии в соответствии с социально-демографическим распределением в экспериментальной группе. Пациенты обеих групп проходили обследование дважды: на момент поступления в отделение и непосредственно перед выпиской (после лечения/прохождения программы).

При оценке типов отношения к болезни в экспериментальной группе выявлена положительная динамика в виде увеличения количества пациентов, демонстрировавших после лечения (прохождения программы) гармоничный тип отношения к болезни по сравнению с долечebным этапом: с 3 (10%) до 15 (50%) человек ( $p < 0,001$ ). При этом ни один из пациентов экспериментальной группы, до лечения демонстрировавший гармоничный тип отношения к болезни, после лечения не изменил этот тип реагирования в сторону менее адаптивного.

В контрольной же группе увеличения числа пациентов с гармоничным типом реагирования на болезнь после прохождения курса лечения не выявлено: 4 (13,3%) пациента до лечения и 2 (6,7%) после лечения. При этом в 2 (6,7%) случаях отмечена отрицательная динамика в виде изменения гармоничного типа реагирования на болезнь на эргопатический (то есть менее адаптивный).

Результаты апробации программы позволяют констатировать, что включение краткосрочной психокоррекционной программы сексологической реабилитации пациентов, перенёвших инфаркт миокарда, в традиционный восстановительный процесс способствовало положительной динамике в виде статистически значимого увеличения количества лиц с гармоничным типом отношения к болезни в экспериментальной группе [3].

## ВЫВОДЫ

1. Установлены характеристики сексуальной сферы мужчин, перенёвших инфаркт миокарда: преобладание маскулинной половой идентификации (75,4%) и особенности отношения к сексуальной активности после заболевания, проявляющиеся в снижении удовлетворённости собой как представителем пола (53,8%).

2. Результаты настоящего исследования подтвердили существующие в литературе данные, согласно которым преобладание у мужчины стереотипно-маскулинного образа повышает значимость для него сексуальной активности.

3. Обнаружен значимо более высокий уровень депрессии у больных, которые после инфаркта миокарда отмечали неудовлетворённость своей сексуальной сферой, по сравнению с пациентами, не испытывавшими подобных переживаний ( $p \leq 0,005$ ).

4. Впервые разработана и апробирована модель краткосрочной психокоррекционной программы сексологической реабилитации пациентов мужского пола, позволяющая решить задачу учёта сексологических аспектов в комплексном восстановительном лечении пациентов, перенёвших инфаркт миокарда.

5. Дополнение традиционной реабилитационной программы занятиями по оптимизации восстановления половой активности пациентов после перенесённого инфаркта миокарда приводило к статистически значимому увеличению количества лиц с гармоничным типом отношения к болезни ( $p < 0,001$ ) в экспериментальной группе.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев Б.Е., Доморацкий В.А. Ювенильная сексология: руководство для специалистов молодёжных клиник. — Минск: В.И.З.А. ГРУПП, 2009. — 352 с. [Alekseev B.E., Domoratskiy V.A. Yuvenil'naya seksologiya: rukovodstvo dlya spetsialistov molodezhnykh klinik. (Juvenile sexology: Guidelines for youth clinics specialists.) Minsk, V.I.Z.A GRUPP. 2009: 352. (In Russ.)]

2. Алексеев Б.Е., Каданцева А.В. Половая иден-

тичность и характеристики личности женщин с невротическими расстройствами // Вестн. Санкт-Петербургского ун-та (Психология, социология, педагогика, серия 12). — 2010. — Вып. 2. — С. 347-354. [Alekseyev B.E., Kadantseva A.V. Gender identity and personality traits in female patients with neurotic disorders. *Vestnik Sankt-Peterburgskogo universiteta. Seriya 12: Psikhologiya. Sotsiologiya. Pedagogika*. 2010; 2: 347-354. (In Russ.)]

3. Алексеев Б.Е., Винтер В.Л. Динамика внутренней картины болезни пациентов мужского пола, перенёвших инфаркт миокарда, в процессе прохождения психокоррекционной программы сексологической реабилитации // Вестн. СПбМАПО. — 2011. — Т. 3, №2. — С. 119-128. [Alekseev B.E., Winter V.L. The dynamics of the disease internal pattern of male patients with old myocardial infraction, during the process of psychocorrection program of sexual rehabilitation. *Vestnik Sankt-Peterburgskoy meditsinskoy akademii poslediplomnogo obrazovaniya*. 2011; 3 (2): 119-128. (In Russ.)]

4. Евдокимов В.И., Есауленко И.С., Губина О.И. Качество жизни: оценка и системный анализ. — Воронеж: Истоки, 2007. — 240 с. [Evdokimov V.I., Esaulenko I.S., Gubina O.I. Kachestvo zhizni: otsenka i sistemnyy analiz. (Quality of life: estimation and systematic analysis.) *Voronezh, Istoki*. 2007: 240. (In Russ.)]

5. Имелинский К. Сексология и сексопатология. — М.: Медицина, 1986. — 424 с. [Imelinskiy K. Seksologiya i seksopatologiya. (Sexology and sexual pathology.) *Moscow, Meditsina*. 1986: 424. (In Russ.)]

6. Кон И.С. Мужчина в меняющемся мире. — М.: Время, 2009. — 496 с. [Kon I.S. Muzhchina v menyayushchemsya mire. (Male in a changing world.) *Moscow, Vremya*. 2009: 496. (In Russ.)]

7. Пушкарь Д.Ю., Верткин А.Л. Эректильная дисфункция: кардиологические аспекты. — М.: МЕД-пресс-информ, 2005. — 144 с. [Pushkar' D.Yu., Vertkin A.L. Erektily'naya disfunktsiya: kardiologicheskie aspekty. (Erectile dysfunction: cardiologic aspects.) *Moscow, MED-press-inform*. 2005: 144. (In Russ.)]

8. Сидоренко Е.В. Методы математической обработки в психологии. — СПб.: Речь, 2002. — 350 с. [Sidorenko E.V. Metody matematicheskoy obrabotki v psikhologii. (Methods for mathematical analysis in psychology.) *Saint Petersburg, Rech'*. 2002: 350. (In Russ.)]

9. Смелевич А.Б., Сыркин А.Л., Дробизhev М.Ю., Иванов С.В. Психокardiология. — М.: МИА, 2005. — 784 с. [Smulevich A.B., Syrkin A.L., Drobizhev M.Yu., Ivanov S.V. Psikhokardiologiya. (Psychocardiology.) *Moscow, MIA*. 2005: 784. (In Russ.)]

10. Araujo A.B., Mohr B.A., McKinlay K.B. Changes in sexual function in middle-aged and older men: Longitudinal data from the Massachusetts Male Aging Study // *J. Am. Geriatr. Soc.* — 2004. — Vol. 52, N 9. — P. 1502-1509.

11. Bem S.L. Theory and measurement of androgyny // *J. Consult. Clin. Psychol.* — 1974. — Vol. 42. — P. 155-162.

12. Hunt K., Lewars H., Emslie C., Batty G.D. Decreased risk of death from coronary heart disease amongst men with higher «femininity» scores: a general population cohort study // *Intern. J. Epidemiol.* — 2007. — Vol. 36. — P. 612-620.

13. Kriston L., Günzler C., Agyemang A. et al. Effect of sexual function on health-related quality of life mediated by depressive symptoms in cardiac rehabilitation // *G. Sex Med.* — 2010. — Vol. 7. — P. 2044-2055.

14. Musselman D.L., Nemeroff C.B. Depression really does hurt your heart: stress, depression, and cardiovascular disease // *Prog. Brain Res.* — 2000. — Vol. 122. — P. 43-59.

15. Wassertheil-Smoller S., Blafox M.D., Oberman A. et al. Effect of antihypertensive on sexual function and quality of life: the TAIM Study // *Ann. Intern. Med.* — 1991. — Vol. 114, N 8. — P. 613-620.