

Особенности сексуальности как «Я-функции» больных эпилепсией

Соснина В.Г., Сарайкин Д.М., Липатова Л.В.

ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева», Санкт-Петербург

Резюме. В данной статье рассматривается проблема сексуального здоровья больных эпилепсией, делается акцент на психологической его составляющей. Приводятся результаты исследования, посвященного изучению сексуальности, как «Я-функции», у больных эпилепсией, которое было проведено на выборке 102 человека (52 больных имеющих верифицированный диагноз «эпилепсия» и 50 условно здоровых респондентов) в возрасте от 19 до 45 лет. Отмечено, что больные эпилепсией страдают недоразвитием структурных функций, что затрудняет формирование зрелой сексуальности.

Ключевые слова: эпилепсия, сексуальные отношения, гуманфункция, «Я-структура».

Sexuality features as ego-function in patients with epilepsy

Sosnina V.G., Saraykin D.M., Lipatova L.V.

V.M. Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology, St. Petersburg

Summary. This article deals with the problem of sexual health of epileptic patients, emphasis is placed on its psychological component. The authors present the results of their research devoted to the study of sexuality as Ego-function in patients with epilepsy, which was conducted on a sample of 102 persons (52 patients with a verified diagnosis of «epilepsy» and 50 conditionally healthy respondents) at the age from 19 to 45 years. It was noted that patients with epilepsy suffer from underdevelopment of structural functions, which complicates the formation of mature sexuality.

Key words: epilepsy, sexual relations, humane function, Ego-structure.

Проблема сексуальных отношений у больных эпилепсией (БЭ), особенно их психологическая сторона, является недостаточно изученной, так как акцент в исследованиях, посвященных интимным отношениям, делается преимущественно на соматическом и репродуктивном здоровье [2, 4, 13]. В настоящее время наиболее изучена роль биологических факторов в возникновении сексуальных нарушений БЭ: дисрегуляция функции структур головного мозга, отвечающих за сексуальное поведение, изменение уровня половых гормонов в крови вследствие самого заболевания и приема антиэпилептических препаратов [8-10, 16-20]. Наименьшее внимание в литературе уделено психологическим и социальным факторам в развитии сексуальных проблем у БЭ, однако установлено, что заострение определенных черт характера, стигматизация и дискриминация, зачастую невозможность реализации прокреативной функции сексуальности играют важную роль в возникновении сексуальных нарушений у БЭ.

Например, наличие эпилепсии оказывает значимое влияние на качество межличностных взаимоотношений БЭ, так как для многих из них характерны стойкие изменения личности, входящие в понятие «эпилептический характер». С развитием эпилептического процесса, у пациентов появляются обидчивость, застреваемость отдельных аффектов и переживаний, внезапные вспышки гнева, подозрительность, мстительность, «фиксация» на обидах (нередко мнимых), трудности адаптации к условиям сложной обстановки, сужение круга интересов, эгоизм. Кроме того, со вре-

менем изменения личности при эпилепсии становятся клинически более выраженными и могут быть верифицированы как психопатоподобные, проявляющиеся в развязности, грубости, эгоцентризме, высокомерии, повышенной требовательности к окружающим, претензии на особое положение в обществе [1, 5, 14, 15]. Наличие вышеуказанных характерологических изменений неминуемо приводит к сексуальным дисгармониям, которые, на сегодняшний день, занимают главное место среди сексуальных проблем в отношениях [3]. Сексуальную дисгармонию В.А. Доморацкий (2008) определяет, как нарушение сексуального взаимодействия в паре, которое вызывает недовольство партнеров существующими интимными отношениями [12]. Стоит подчеркнуть, что сексуальные расстройства в таких случаях носят относительный характер и проявляются только по отношению к конкретному партнеру. Общая закономерность здесь заключается в том, что проблема снижения сексуального желания и нарушения физиологической стороны сексуальной жизни партнеров является вторичной по отношению к межличностным недоразумениям и конфликтам [6, 7].

Кроме того, стоит отметить, что на сегодняшний день сексуальное здоровье больше не сводится исключительно к физиологической составляющей и определяется Всемирной Организацией Здравоохранения как комплекс соматических, эмоциональных, интеллектуальных и социальных аспектов существования человека, позитивно обогащающих личность, повышающих коммуникабельность и способность к любви [6, 12]. Сегод-

ня здоровая сексуальность связана с отсутствием страхов, чувства стыда и вины в сфере секса, свободой от принуждения и отсутствием агрессивности, она полагается, как право человека испытывать самому и давать другому наслаждение и радость жизни.

Особое место сексуальность занимает в концепции личности Г. Аммона (2003), которую он представил как гуманструктуральную модель. «Я-структура» в его понимании состоит из различных «Я-функций», которые интегрируются в идентичность. Данная структура развивается на основе приобретенного опыта общения с другими людьми. Ядро личности составляют центральные гуманфункции, к которым принадлежат агрессия, страх, внешнее и внутреннее «Я-отграничение», нарциссизм и сексуальность [11]. У любого человека есть конструктивные, деструктивные и дефицитарные элементы «Я-структуры», индивидуально выраженные с различной интенсивностью. Сексуальность занимает особое место среди других гуманфункций, ведь ее развитие является следствием роста других основных структур. Поскольку сексуальность больше связана с другими центральными гуманфункциями, чем они между собой, она нуждается в определенной степени здорового развития агрессии, страха, отграничения и нарциссизма. Ведь проявлять адекватную сексуальность возможно лишь при наличии гибких границ, отсутствии страха построения отношений с окружающими, отсутствии склонности к выстраиванию симбиотических отношений с другими, при наличии свободы в выражении собственных эмоций, что указывает на здоровую способность к страху и успешное «Я-отграничение».

Конструктивная сексуальность определяется качественной составляющей интимных отношений, что включает в себя подлинную интимность партнеров, умение наслаждаться близостью, свободой проявления сексуальных фантазий, такой сексуальный контакт способствует обогащению личности.

Однако развитие всех центральных функций «Я» (включая сексуальность) может нарушаться, приобретая деструктивный или дефицитарный характер. Так, при деструктивной сексуальности нет как таковой связи с партнером, чаще всего партнер нужен исключительно лишь для своего удовлетворения, что вызывает у него чувство униженности и чувство вины. Свойственны сексуальные перверсии. Самой крайней формой проявления деструктивной сексуальности может являться насилие, доходящее до убийства. Для дефицитарной сексуальности характерен запрет на проявление сексуальности и наслаждения, отсутствие сексуального желания, бедность эротического фантазирования, отвращение и брезгливость к интимной жизни, в целом отказ от нее.

На основе гуманструктуральной теории ее автор со своими сотрудниками разработали опросник диагностики центральных личностных функций: агрессии, страха, внешнего и внутреннего «Я-отграничения», нарциссизма и сексуаль-

ности. «Я-структурный» тест Г. Аммона включается в себя 220 пунктов, распределенных на 18 шкал, позволяющих получить представления о конструктивных, деструктивных и дефицитарных проявлениях каждой составляющей.

Целью исследования было изучить особенности сексуальности, как одной из центральных и стержневых «Я-функций» у БЭ.

Материалы и методы. Обследовано 102 человека в возрасте от 19 до 45 лет. Основную группу составили 52 БЭ (27 мужчин и 25 женщин), контрольную — 50 условно здоровых респондентов (ЗР), 25 женщин и 25 мужчин. Основные социально-демографические характеристики исследуемой выборки представлены в Таблице 1. Психологическое исследование включало клиническое интервью и «Я-структурный тест Г. Аммона» (ISTA). Для выявления различий между группами БЭ и ЗР использовался непараметрический U-критерий Манна-Уитни. Компьютерная обработка осуществлялась с помощью пакета программ SPSS версии 17.

Средний возраст дебюта заболевания у БЭ составил 13,6 лет. Возникновение данного заболевания в возрасте «до года» у себя отметили 7,7% респондентов, «от 1 года до 10 лет» — 26,9%, «от 11 до 15 лет» — 26,9%, «от 16 до 20 лет» — 19,2%, «от 21 года до 25 лет» — 9,6%, «от 26 до 30 лет» — 7,7%, «после 30 лет» — 1,9%. Начало заболевания БЭ связывали со стрессом, переутомлением, заболеваниями с лихорадкой, травмой головы, женщины — с менархе и рождением детей.

Средняя продолжительность заболевания составила 16,65 лет (минимальная — 1 год, максимальная — 40 лет). «Менее 5 лет» длительности заболевания отмечена у 11,5% респондентов, «от 6 до 10 лет» — у 28,8%, «от 11 до 15 лет» — у 13,5%, «от 16 до 20 лет» — у 9,6%, «от 21 года до 25 лет» — у 15,4%, «от 26 до 30 лет» — у 5,8%, «от 31 до 35 лет» — у 9,6% и «от 36 до 40 лет» — у 5,8%.

Простые парциальные припадки отмечены у 34,6% БЭ со следующей периодичностью: «от 4-5 раз в день до 1 раза в месяц» — у 1,9%, «ежедневно» — у 7,7%, «раз в неделю» — у 3,8%, «несколько раз в неделю» — у 13,5%, «раз в месяц» — у 3,8%, «несколько раз в год» — у 1,9%, «однократно» — у 1,9%. Сложные парциальные припадки характерны для 44,2% БЭ (частота: «несколько раз в день» — у 1,9%, «от нескольких раз в день до 1 раза в месяц» — у 1,9%, «ежедневно» — у 11,5%, «несколько раз в неделю» — у 13,5%, «раз в месяц» — у 1,9%, «несколько раз в месяц» — у 11,5%, «несколько раз в год» — у 1,9%). Генерализованные судорожные припадки отмечались у 84,6% респондентов («от нескольких раз в сутки — до 2 раз в неделю» — у 1,9%, «ежедневно» — у 9,6%, «несколько раз в неделю» — у 13,5%, «несколько раз в месяц» — у 25%, «раз в месяц» — у 13,5%, «раз в несколько месяцев» — у 13,5%, «раз в год» — у 5,7%, «однократно» — у 1,9%). У 9,6% больных эпилепсией было отмечено наличие миоклоний и у 3,8% — абсансов.

Социально-демографические характеристики	БЭ		ЗР	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
Возраст	средний возраст — 30,5 лет		средний возраст — 28,12 лет	
	29,7 лет	28,12 лет	28,2 лет	28,04 лет
Образовательный уровень	21,2% — высшее образование		56% — высшее образование	
	17,3%	3,9%	26%	30%
	5,7% — неполное высшее		4% — неполное высшее	
	–	5,7%	4%	–
	32,7% — средне-специальное		30% — средне-специальное	
	3,9%	28,8%	14%	16%
	17,3% — среднее		10% — среднее	
	11,5%	5,8%	6%	4%
	9,6% — неоконченное среднее		–	
	5,7%	3,9%	–	–
Трудоустроенность	46,2% — трудоустроены		70% — трудоустроены	
	30,8%	15,4%	38%	32%
	46,2% — не работают		26% — не работают	
	19,2%	27%	8%	18%
	7,6% — являются студентами		4% — являются студентами	
	1,9%	5,7%	4%	–
Социальный статус	19% — состоят в браке		22% — состоят в браке	
	7,5%	11,5%	10%	12%
	69,2% — никогда не состояли в браке		64% — никогда не состояли в браке	
	40,4%	28,8%	32%	32%
	11,5% — разведены		14% — разведены	
	8%	6%	8%	6%
Наличие детей	имеются дети у 19,2% респондентов		имеются дети у 22% респондентов	
	1,9%	17,3%	10%	12%

№	Показатели	Ранги		p
		ЗР	БЭ	
1.	Дефицитарная агрессия (А3)	43,49	58,36	0,010
2.	Деструктивный страх (С2)	43,19	58,66	0,007
3.	Дефицитарное внешнее отграничение Я (О3)	43,66	58,20	0,012
4.	Дефицитарный нарциссизм (N3)	44,16	57,71	0,019
5.	Конструктивная сексуальность (S1)	57,51	44,62	0,025
6.	Деструктивная сексуальность (S2)	56,97	45,15	0,041
7.	Дефицитарная сексуальность (S3)	41,38	60,43	0,001

* В данной таблице представлены только статистически значимые различия

Результаты обсуждения. Как видно из Таблицы 2, между группами БЭ и ЗР обнаружилось статистически значимые различия по таким показателям, как: *дефицитарная агрессия* ($U = 899$, $\rho = < 0,01$), *деструктивный страх* ($U = 884$, $\rho = < 0,01$), *дефицитарное внешнее ограничение «Я»* ($U = 908$, $\rho = < 0,05$), *дефицитарный нарциссизм* ($U = 933$, $\rho = < 0,05$), *конструктивная сексуальность* ($U = 949$, $\rho = < 0,05$), *деструктивная сексуальность* ($U = 976$, $\rho = < 0,05$), *дефицитарная сексуальность* ($U = 794$, $\rho = < 0,001$).

Статистически значимые более низкие показатели по шкале *дефицитарной агрессии* у БЭ означают то, что им в большей степени свойственны безынициативность, недоразвитие активности, избегание ситуаций конкуренции, боязнь проявления своих эмоций. При общении с другими людьми у них также может отмечаться желание избегать окружающих, неумение завязывать социальные контакты, неспособность открываться другим людям, склонность жертвовать своими интересами. В сексуальной сфере это может проявляться, например, в том, что БЭ склонны игнорировать свои чувства и желания относительно сексуальной сферы, излишне уступать партнеру, при этом быть неудовлетворенными существующими партнерскими сексуальными взаимоотношениями. Кроме того, БЭ в большей степени пассивны при выстраивании отношений с партнером. Вышеописанные проявления могут приводить к сексуальной дисгармонии.

Более высокие значения относительно *деструктивного страха* у БЭ проявляются в том, что для них зачастую характерна чрезмерно небоснованная тревожность, боязнь «что-то сделать не так». При общении с другими это может приводить к тому, что БЭ начинают испытывать страх перед другими людьми и перед близкими отношениями, могут вовсе прерывать общение. В сексуальных отношениях это может проявляться в том, что партнер, страдающий эпилепсией, склонен постоянно переживать за отношения с сексуальным партнером, стараться чрезмерно угодить партнеру, предугадать его желания. Кроме того, у БЭ может отмечаться боязнь сексуальных отношений из-за состояния своего здоровья и страха отвержения со стороны партнера, что порой приводит к снижению сексуальной активности, либо полному отказу от сексуальной жизни.

Более выраженные значения относительно *дефицитарного внешнего ограничения «Я»* у БЭ проявляются в том, что зачастую они не способны выстраивать гибкие границы с окружающим миром. БЭ часто игнорируют свои потребности и чувства, подстраиваясь под интересы и потребности других. При построении интимных отношений с партнером, это может проявляться в стремлении к выстраиванию симбиотических отношений с ним, в возникновении эмоциональной зависимости от него, что препятствует построению зрелых партнерских отношений на равных. Кроме того, в сексуальных отношениях БЭ могут пода-

влять свои потребности, соглашаться на действия, не приносящие им сексуального удовлетворения.

Статистически более низкие показатели *дефицитарного нарциссизма* у БЭ проявляются в том, что респонденты данной группы негативно относятся к себе, зачастую не видят в себе никакой ценности, ощущают себя малозначимыми, при этом неспособны находиться в одиночестве. Данные факторы могут негативным образом сказываться на построении отношений с противоположным полом, и проявляться, например, в неумении заинтересовать и увлечь партнера, пренебрежительном отношении к себе и своей внешности.

Более высокие значения по *конструктивной сексуальности* у условно здоровых людей говорят о том, что они более открыты в вопросах сексуальности, позитивнее относятся к сексуальной сфере, получают более интенсивное удовольствие от секса, способны доставлять большее удовольствие партнеру, стараются выстраивать с партнером равные отношения, учитывая при этом свои потребности и интересы партнера в сексуальной сфере.

Исходя из полученных данных относительно *деструктивной сексуальности*, можно сделать вывод о том, что ЗР в большей степени свойственно стремление к новизне, большая смелость и свобода в отношении сексуальных фантазий, более широкий диапазон приемлемости. Так, ЗР во время клинического интервью предоставляли исследователю больше спонтанных ассоциаций относительно сексуальной тематики, были более свободны в выражении своих сексуальных фантазий, менее стеснялись разговоров о сексе.

Значения по шкале *дефицитарной сексуальности* говорят о том, что БЭ свойственна более низкая сексуальная активность, бедность эротического фантазирования, отвращение ко многим сексуальным действиям. Так, во время клинической беседы БЭ часто проявляли негативное отношение к самой сексуальности, мастурбации, альтернативным формам секса, были менее свободны при выражении своих фантазий и ассоциаций относительно сексуальной тематики. В сексуальной сфере у БЭ это может приводить к отсутствию сексуального желания и возбуждения, неспособности достижения оргастической разрядки, холодности к партнеру, отношению к сексуальной жизни исключительно как к обязанности и репродуктивному процессу, игнорированию гедонистического аспекта сексуальности.

Выводы. Таким образом, для БЭ более свойственна пассивность и уход в себя, повышенная тревожность, неспособность отказывать другим и дифференцировать себя от других, склонность отказываться от своих интересов и подстраиваться под интересы других, негативное отношение к себе. Сексуальная сфера БЭ характеризуется меньшей способностью к доставлению удовольствия сексуальному партнеру и наслаждением сексуальными контактами, наличием большого количества сексуальных стереотипов, вы-

раженным отсутствием сексуальных фантазий и желаний. При этом для ЗР свойственно большее стремление к новизне, необычным сексуальным желаниям и фантазиям. Как было отмечено выше, сексуальность сильно зависит от развития других «Я-функций», в отношении которых в данном исследовании у БЭ отмечается недоразвитие, что затрудняет формирование зрелой сексуальности.

Литература

1.	Громов С.А., Липатова Л.В., Якунина О.Н., Киссин М.Я. Комплексная медико-психологическая диагностика и реабилитация больных, страдающих эпилепсией с психическими расстройствами. Методические рекомендации. — СПб. — 2012. — 21с.	Gromov S.A., Lipatova L.V., Yakunina O.N., Kissin M.Ya. Comprehensive medical and psychological diagnosis and rehabilitation of patients with epilepsy with mental disorders. Metodicheskie rekomendatsii. SPb. 2012: 21 s. (In Rus.).
2.	Дамулин И.В., Есилевский Ю.М. Эректильная дисфункция: патогенетические и терапевтические аспекты // Неврологический журнал. — 2015. — №1. — Т.20. — С.4-11.	Damulin I.V., Esilevsky Yu.M. Erectile dysfunction: pathogenetic and therapeutic aspects. Nevrologicheskii zhurnal. 2015; 1(20): 4-11. (In Rus.).
3.	Доморацкий В.А. Диагностика нарушений сексуальных функций // Психотерапия. — 2013. — №11. — С.14-22.	Domoratsky V.A. Diagnosis of sexual functions disorders. Psikhoterapiya. 2013; 11 (131):14-22. (In Rus.).
4.	Карашева Б.Г., Кибрик Н.Д. Сексуальные дисфункции в отдаленном периоде черепно-мозговой травмы // Социальная и клиническая психиатрия. — 2013. — №2. — Т.23. — С.106 — 109.	Karasheva B.G., Kibrik N.D. Sexual dysfunctions in the long-term period of craniocerebral trauma. Sotsial'naya i klinicheskaya psikhiiatriya. 2013; 2 (23): 106 — 109. (In Rus.).
5.	Киссин М.Я. Клиническая эпилептология. — М: ГЭОТАР-Медиа. — 2009. — 254 с.	Kissin M.Ya. Clinical epileptology. M.: GEOTAR-Media. 2009; 254 s. (In Rus.).
6.	Кришталь В.В. Сексология. В.В. Кришталь, С.Р. Григорян — М: ПЕРСЭ. — 2002. — 878с.	Krishtal V.V. Sexology. V.V. Krishtal, S.R. Grigoryan. M.: PERSE. 2002; 878 s. (In Rus.).
7.	Либих С.С. Сексуальные дисгармонии. — Ташкент: Медицина. — 1990. — 142с.	Libikh S.S. Sexual disharmonies. Tashkent: Meditsina. 1990; 142 s. (In Rus.).
8.	Липатова Л.В. Медико-социальные аспекты риска осложнений жизни у больных эпилепсией: дис. канд. мед. наук. — СПб. — 1999. — 191с.	Lipatova L.V. Medical and social aspects of the risk of complications in patients with epilepsy. dis. kand. med. nauk. SPb. 1999; 191 s. (In Rus.).
9.	Липатова Л.В., Мазо Г.Э., Жуков Н.Э. Расстройства биполярного спектра при эпилепсии: актуальное состояние проблемы // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. — 2016. — №3. — С.30-40	Lipatova L.V., Mazo G.E., Zhukov N.E. Disorders of the bipolar spectrum in epilepsy: the current state of the problem. Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii im. V.M. Bekhtereva. 2016; 3: 30-40. (In Rus.).
10.	Липатова Л.В., Якунина О.Н., Сивакова Н.А., Рукавишников Г.В., Капустина Т.В., Мазо Г.Э. Расстройства биполярного спектра при эпилепсии: клинико-психологическое исследование. — Ж. Обозрение психиатрии. — 2017. — №3. — С.28-34.	Lipatova L.V., Yakunina O.N., Sivakova N.A., Rukavishnikov G.V., Kapustina T.V., Mazo G.E. Disorders of the bipolar spectrum in epilepsy: clinical and psychological study. Obozreniye psikhiiatrii. 2017; 3: 28-34. (In Rus.).
11.	Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование / под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова. — СПб.: институт им. В.М. Бехтерева — 2003. — 438с.	Essays on dynamic psychiatry. Transcultural research / Ed. by M.M. Kabanov, N.G. Neznanov. St. Petersburg: Institute n/a V.M. Bekhterev. 2003; 438 s. (In Rus.).
12.	Современная сексология: энциклопедия // под общ. ред. В.А. Доморацкого. — Минск: Белорусская энциклопедия имени П. Бровки. — 2008. — 384с.	Contemporary Sexology: encyclopedia / pod obshch. red. V.A. Domoratskogo. Minsk: Belorusskaya entsiklopediya imeni P. Brovki. 2008; 384 s. (In Rus.).

13.	Стеняева Н.Н., Хритинин Д.Ф., Сухих Г.Т. Сексуальное функционирование и качество жизни в бесплодном браке // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. — 2016. — №4. — С.91—100.	Stenyayeva N.N., Khrinin D.F., Sukhikh G.T. Sexual functioning and quality of life in infertile marriage. Vestnik nevrologii, psikiatrii i neurokhirurgii. 2016; 4: 91—100. (In Rus.).
14.	Частная сексopatология: в 2-х т. / под ред. Г.С. Васильченко. — М.: Медицина. — 1983. — Т.2. — 352с.	Private sexopathology: in 2 vol. pod red. G.S. Vasilchenko. M.: Meditsina. 1983; 2: 352 s. (In Rus.).
15.	Эпилепсия / под общ. ред. Н.Г. Незнанова. — СПб.: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева. — 2010. — 960с.	Epilepsy / pod obshch. red. N.G. Neznanova. SPb.: SPbNIPNI im. V.M. Bekhtereva. 2010: 960 s. (In Rus.).
16.	Gil-Nagel A., Lopez-Munoz F., Serratosa J.M., Moncada I. et al. Effect of lamotrigine on sexual function in patients with epilepsy. Seizure — 2006. — P.142—149.	Gil-Nagel A., Lopez-Munoz F., Serratosa J.M., Moncada I. et al. Effect of lamotrigine on sexual function in patients with epilepsy. Seizure — 2006. № 15. — P.142—149.
17.	Hellmis E. Sexual problems in males with epilepsy—An interdisciplinary challenge! Seizure. — 2008. — №17. — P.136-140.	Hellmis E. Sexual problems in males with epilepsy—An interdisciplinary challenge! Seizure. — 2008. — № 17. — P. 136 -140.
18.	Luef G.J. Epilepsy and sexuality. Seizure. — 2008. — №17. — P.127—130.	Luef G.J. Epilepsy and sexuality. Seizure. — 2008. — № 17. — P. 127—130.
19.	Nikoobakht M., Motamedi M., Orandi A., Meysamie A., Emamzadeh A. Sexual dysfunction in epileptic men. — Urology Journal. — 2007. — Vol.4. — №2. — P.222-226.	Nikoobakht M., Motamedi M., Orandi A., Meysamie A., Emamzadeh A. Sexual dysfunction in epileptic men. Urology Journal. — 2007. — Vol 4. — № 2. — P. 222-226.
20.	Zelena V., Kuba R., Pohanka M. et al. Sexual functions in women with focal epilepsy. A preliminary study. — Epileptic Disord. — 2007. — Vol.9. — P.83-92.	Zelena V., Kuba R., Pohanka M. et al. Sexual functions in women with focal epilepsy. A preliminary study. Epileptic Disord. — 2007. — Vol. 9, Supplement 1. — P. 83-92.

Сведения об авторах

Соснина Валерия Геннадьевна — психолог, магистр психологии, слушатель программы профессиональной переподготовки по специальности «клиническая психология» ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: lerikosos@gmail.com

Сарайкин Дмитрий Михайлович — м.н.с. лаборатории клинической психологии и психодиагностики ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: saraikindm@yandex.ru

Липатова Людмила Валентиновна — гл.н.с., д.м.н., руководитель отделения лечения органических психических заболеваний и эпилепсии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии имени В.М. Бехтерева» Министерства здравоохранения Российской Федерации. E-mail: epilepsy-net@yandex.ru