

Клиническое руководство по мужской мастурбации: физиологические, психосексуальные и терапевтические аспекты

В современной урологической и андрологической практике мастурбация перестала рассматриваться исключительно как социокультурный феномен или девиантное поведение. Напротив, она признана фундаментальным физиологическим процессом, который служит критически важным диагностическим маркером соматического и психосексуального здоровья мужчины. Для практикующего врача глубокое понимание механизмов и клинических корреляций аутоэротической активности имеет решающее значение для дифференциальной диагностики эректильной дисфункции, нарушений эякуляции, заболеваний предстательной железы и оценки fertильного потенциала.



Введение

Историческая стигматизация мастурбации, долгое время доминировавшая в медицинской парадигме XVIII-XIX веков, уступила место доказательной медицине. Актуальные клинические руководства Европейской ассоциации урологов (EAU) и Американской урологической ассоциации (AUA) подчеркивают необходимость детального сбора сексуального анамнеза, включающего частоту, технику и контекст мастурбации, для корректной постановки диагноза и выбора тактики лечения [1]. Более того, мастурбация перешла из разряда диагностических признаков в категорию терапевтических инструментов, применяемых при лечении преждевременной эякуляции и реабилитации после радикальной простатэктомии.

Данный отчет представляет собой исчерпывающий анализ современной научной литературы, метаанализов и клинических рекомендаций, посвященных мужской мастурбации.

Цель документа – предоставить врачу-клиницисту структурированную базу данных о влиянии мастурбации на нейроэндокринную регуляцию, онкологические риски, сперматогенез и межличностные отношения, а также предложить алгоритмы ведения пациентов с дисфункциональными паттернами аутостимуляции.

1. Эпидемиология

1.1 Распространенность и частотные характеристики

Анализ эпидемиологических данных демонстрирует, что мастурбация является практически универсальным поведенческим паттерном среди мужчин, сохраняющимся на протяжении всей жизни. Согласно данным Международного общества сексуальной медицины (ISSM) и масштабным исследованиям Института Кинси, частота мастурбации варьируется в широких пределах и не поддается жесткой нормализации, однако статистические тренды позволяют выделить усредненные показатели для различных возрастных когорт [3]. ■

В возрастной группе от 18 до 59 лет распределение частоты мастурбации выглядит следующим образом:

- Примерно 25% мужчин практикуют аутостимуляцию от нескольких раз в месяц до одного раза в неделю.
- Около 20% сообщают о частоте 2–3 раза в неделю.
- Менее 20% мастурбируют более 4 раз в неделю [3].

Клинически значимым наблюдением является то, что мастурбаторная активность не прекращается с появлением постоянного партнера, хотя ее частота может снижаться. У подростков и мужчин старшей возрастной группы (>70 лет) частота мастурбации нередко превышает частоту коитальных контактов, что делает ее основным источником сексуальной разрядки и важным индикатором сохранности нейрососудистого обеспечения половой системы [3]. Врачу важно понимать, что отсутствие мастурбации у молодого мужчины при отсутствии партнера может быть ранним маркером гипогонадизма или тяжелой депрессии, требующим эндокринологического и психометрического скрининга.

1.2 Роль мастурбации в клинических рекомендациях (EAU, AUA)

Современные гайдлайны трансформировали подход к мастурбации, интегрировав ее в протоколы диагностики.

Диагностика эректильной дисфункции (ЭД):

В рекомендациях EAU по лечению сексуальных дисфункций мастурбация выступает как «золотой стандарт» для дифференциации психогенной и органической этиологии ЭД. Сохранение ригидной эрекции при мастурбации или наличие утренних эрекций при невозможности совершить половой акт с партнером с высокой долей вероятности указывает на психогенный генез расстройства (тревожность ожидания неудачи, партнерский конфликт) или селективную дисфункцию [4].



Оценка эякуляторной функции:

Гайдлайны EAU указывают, что интравагинальное латентное время эякуляции (IELT) – не единственная метрика для диагностики преждевременной эякуляции (ПЭ). Врачи должны опрашивать пациентов о времени до эякуляции при мастурбации. Пациенты с первичной ПЭ часто демонстрируют одинаково короткое время латенции как при коитусе, так и при мастурбации, тогда как при приобретенной или ситуационной ПЭ контроль над эякуляцией при мастурбации может сохраняться [5].

2. Физиологические аспекты и здоровье предстательной железы

Одним из наиболее дискуссионных вопросов в урологии последних десятилетий была связь между частотой эякуляций и риском развития патологий простаты. На сегодняшний день накоплен значительный массив данных, позволяющий с высокой степенью уверенности говорить о протективном эффекте частой эякуляции.

2.1 Эякуляция и риск рака предстательной железы (РПЖ)

Крупномасштабные проспективные когортные исследования, в частности *Health Professionals Follow-up Study*, охватившие десятки тысяч мужчин с периодом наблюдения более 10 лет, предоставили убедительные доказательства обратной корреляции между частотой эякуляции и риском РПЖ. ■

Частота эякуляций (в месяц)	Относительный риск РПЖ (Возраст 20–29 лет)	Относительный риск РПЖ (Возраст 40–49 лет)	Клиническая интерпретация
0–3	1.0 (Референс)	1.0 (Референс)	Базовый риск
4–7	Незначительное снижение	Незначительное снижение	Сравнимая группа риска
8–12	Умеренное снижение	Умеренное снижение	Тенденция к протекции
13–20	Статистически значимое снижение	Статистически значимое снижение	Выраженный протективный эффект
≥21	HR 0.81 (CI 0.72–0.92)	HR 0.78 (CI 0.69–0.89)	Максимальное снижение риска (около 20%)

Данные доказательной медицины

Результаты метаанализов и лонгитюдных наблюдений демонстрируют до-зависимый эффект [7].

Эти данные подтверждают, что мужчины, эякулирующие 21 и более раз в месяц, имеют примерно на 20% меньший риск развития рака простаты по сравнению с теми, кто эякулирует 4-7 раз в месяц [8]. Эффект сохраняется даже после корректировки на частоту скрининга ПСА, возраст, диету и другие факторы, и наиболее выражен для низкодифференцированных (low-risk) форм рака [7].

Патофизиологические механизмы

Существует несколько биологических гипотез, объясняющих этот феномен, которые уролог может использовать при консультировании пациентов [9]:

- **Гипотеза простатического застоя.** Секрет простаты содержит высокую концентрацию цитрата, кальция и различных ферментов. При длительном воздержании происходит накопление внутрипросветных секретов, которые могут подвергаться окислительному стрессу и трансформации с образованием канцерогенных метаболитов (например, 3-метилхолантрена). Регулярная эякуляция обеспечивает механическое «очищение» протоков, снижая время экспозиции эпителия к потенциальным канцерогенам [9].

- **Кристаллоидная теория.** В простатических ацинусах могут формироваться интрамуральные кристаллоиды (corpora amylacea), которые ассоциированы с хроническим воспалением. Воспаление, в свою очередь, является известным триггером канцерогенеза (пролиферативная воспалительная атрофия). Частая эякуляция способствует эвакуации микрокальцинатов и кристаллоидов до того, как они вызовут обструкцию или воспалительную реакцию [10].

- **Модуляция симпатической нервной системы.** Сексуальная разрядка снижает хроническое симпатическое напряжение. Известно, что гиперактивация симпатической нервной системы может стимулировать пролиферацию

эпителиальных клеток; таким образом, снижение стресса через мастурбацию может иметь опосредованный антипролиферативный эффект [9].

2.2 Гормональный профиль: мифы и реальность

В популярной культуре и среди пациентов широко распространены мифы о влиянии мастурбации на уровень тестостерона (как о его катастрофическом снижении, так и о необходимости «сохранения семени» для повышения андрогенов). Уролог должен опираться на строгие эндокринологические данные.

- **Тестостерон.** Исследования не демонстрируют долгосрочного влияния частоты мастурбации на базовый уровень сывороточного тестостерона. Краткосрочные колебания возможны: непосредственно после оргазма может наблюдаться незначительное изменение уровней пролактина и тестостерона, однако они быстро возвращаются к гомеостазу [11]. Теории о том, что воздержание («NoFap») приводит к супрафизиологическому повышению тестостерона, не находят подтверждения в клинических исследованиях; наблюдаемый пик тестостерона на 7-й день воздержания является транзиторным и не ведет к стойкому анаболическому эффекту [12].

- **Сперматогенез и фертильность.** Частая эякуляция не истощает запасы сперматозоидов необратимо, но влияет на параметры эякулята. Ежедневная эякуляция может снижать объем эякулята и концентрацию сперматозоидов, но при этом улучшать их подвижность и снижать уровень фрагментации ДНК (так как сперматозоиды не подвергаются длительному воздействию активных форм кислорода в придатке яичка). Длительное воздержание (>5-7 дней), напротив, увеличивает объем, но значительно ухудшает морфологию и подвижность. Оптимальным окном для фертильности считается эякуляция (в т.ч. мастурбация) каждые 2-3 дня [13].

3. Мастурбация в этиологии и диагностике сексуальных дисфункций

Роль мастурбации в клинической сексологии дуалистична: она может

выступать как этиологический фактор развития специфических дисфункций, так и как мощный инструмент их коррекции.

3.1 Травматический мастурбаторный синдром (TMS) и идиосинкритическая мастурбация

В последние годы урологи все чаще сталкиваются с феноменом **травматического мастурбаторного синдрома (TMS)**, который часто скрывается под маской идиопатической отсроченной эякуляции (DE) или анэякуляции. Этот синдром развивается вследствие привыкания пациента к специфическим, высокоинтенсивным стимулам, которые невозможно воспроизвести в естественном половом акте [14].

Патогенез десенситизации

Нормальный вагинальный половой акт обеспечивает определенный уровень трения, температуры и давления. При TMS пациент использует техники, превышающие эти параметры на порядок:

- **Prone Masturbation (мастурбация лежа на животе).** Мужчина лежит на животе и совершает фрикции об пол, матрас или руку, используя вес собственного тела. Давление на пенис при этом многократно превышает интравагинальное, что приводит к повышению порога эякуляторного рефлекса [15].

- **«Death Grip» (мертвая хватка).** Чрезмерно сильное сжатие ствола пениса рукой, часто без использования лубриканта (сухая мастурбация). Это вызывает огрубение (кератинизацию) кожи головки и снижение тактильной чувствительности [17].

Клиническая картина и диагностика

Типичный пациент с TMS – молодой мужчина с жалобами на невозможность достичь оргазма с партнершей (coital anorgasmia) при полной сохран-



ности эрекции и способности быстро эякулировать при мастурбации своим привычным способом.

Исследования показывают, что атипичные мастурбаторные практики (prone position, through clothes) статистически значимо чаще встречаются у пациентов с эректильной дисфункцией и нарушениями эякуляции [15].

Диагностический алгоритм для уролога:

Необходимо задавать прямые, детализированные вопросы:

- 1) «Опишите точную технику, которую вы используете для мастурбации».
- 2) «Можете ли вы эякулировать, используя только легкие прикосновения с лубрикантом, или требуется сильное давление?»
- 3) «Мастурбируете ли вы лежа на животе, прижимаясь к поверхности?»
- 4) «Используете ли вы лубрикант?» (Отсутствие лубриканта – фактор риска десенситизации) [17].

Терапевтическая стратегия: ресенситизация

Лечение ТМС требует поведенческой терапии, направленной на нейропластическое переучивание (reconditioning) рефлекторной дуги [19].

- 1) Временный запрет.** Полный отказ от привычного травматического способа мастурбации.
- 2) Смена паттерна.** Переход на мастурбацию только лежа на спине, с обязательным использованием лубриканта и слабой силой сжатия.
- 3) Использование девайсов.** Применение мастурбаторов (секс-игрушек), имитирующих текстуру и давление вагины (например, Tenga, Fleshlight), для адаптации пениса к более мягкой стимуляции. Исследования демонстрируют эффективность использования таких устройств для восстановления способности к интравагинальной эякуляции [21]. ■

3.2 Порно-индукционная эректильная дисфункция (PIED)

С распространением высокоскоростного интернета сформировалась новая нозологическая единица – **Porn-Induced Erectile Dysfunction (PIED)**. Это состояние характеризуется неспособностью достичь или поддержать эрекцию с реальным партнером при сохранной эрекции в ответ на порнографические стимулы [22].

Нейробиология процесса

В основе PIED лежит механизм десенситизации дофаминергических D2-рецепторов в системе вознаграждения (Nucleus Accumbens). Интернет-порнография предоставляет сверхнормальный стимул (supernormal stimulus) с бесконечной новизной (эффект Кулайджа) и возможностью вуайеристического поиска. Хроническая гиперстимуляция приводит к даун-регуляции рецепторов и повышению порога возбуждения. Реальный партнер, будучи статичным и менее «визуально идеальным» стимулом, не вызывает достаточного выброса дофамина для запуска эректильного ответа [23].

Клиническое ведение

Уролог должен дифференцировать PIED от венозной утечки или артериальной недостаточности. Ключевой признак PIED – зависимость эрекции от специфического жанра порно или необходимость постоянной смены видео для поддержания возбуждения.

Лечение включает психосексуальное образование и протокол «дофаминовой перезагрузки» (reboot): воздержание от порнографии и мастурбации на срок до 90 дней для восстановления чувствительности рецепторов. Применение ингибиторов ФДЭ-5 (Силденафил, Тадалафил) возможно как «мост» для преодоления страха неудачи (performance anxiety), но не устраняет первопричину [26].

3.3 Преждевременная эякуляция (ПЭ): мастурбация как терапия

В контексте ПЭ мастурбация играет двойную роль. Ранний опыт поспеш-

ной мастурбации (в подростковом возрасте из страха быть застигнутым) может закрепить быстрый эякуляторный рефлекс. Однако контролируемая мастурбация является первой линией поведенческой терапии [28].

Методики:

- **Start-Stop техника (Semans).** Стимуляция доводится до уровня высокого возбуждения (pre-orgasmic plateau), затем прекращается до спадения возбуждения. Цикл повторяется 3-4 раза перед финальной эякуляцией. Это учит пациента распознавать интероцептивные сигналы неизбежности эякуляции [29].
- **Squeeze техника (Masters & Johnson).** Аналогично Start-Stop, но в момент остановки производится сильное сжатие головки пениса (в области уздечки), что рефлекторно подавляет позыв к эякуляции.
- **Мастурбация перед актом.** Для некоторых пациентов эякуляция мастурбаторным путем за 1-2 часа до полового акта позволяет удлинить второй половины акта за счет рефрактерного периода и снижения чувствительности (хотя этот метод не подходит пожилым пациентам с длительным рефрактерным периодом) [19].

4. Психосоциальные и межличностные аспекты

Уролог не лечит «пенис», он лечит пациента в контексте его отношений. Мастурбация оказывает глубокое влияние на парную динамику.

4.1 Компенсаторная и комплементарная модели

Вексиологии выделяют две модели сосуществования мастурбации и партнерского секса:

1) **Компенсаторная модель.** Мастурбация замещает отсутствующий или неудовлетворительный секс. Данные показывают, что у мужчин высокая частота мастурбации часто коррелирует с низкой удовлетворенностью ■

отношениями и редким сексом с партнером. Это особенно верно, если мастурбация сопровождается использованием порнографии, которая создает нереалистичные ожидания [32].

2) Комплементарная модель. Мастурбация дополняет активную половую жизнь. Эта модель чаще наблюдается, когда партнеры открыто обсуждают свои фантазии или практикуют взаимную мастурбацию.

4.2 Несовпадение темпераментов

Одной из частых причин обращения пар является различие в уровне сексуального влечения. В этом сценарии мастурбация партнера с более высоким либидо часто становится источником конфликта («Ты предпочитаешь руку мне?»).

Роль врача: уролог должен нормализовать мастурбацию как здоровый «предохранительный клапан» для партнера с высоким либидо, снимающий давление (pressure to perform) с партнера с низким либидо. Важно объяснить, что потребность в разрядке не всегда равна потребности в эмоциональной близости, и мастурбация может быть чисто физиологическим актом [19].

4.3 Сенсорный фокус

При лечении психогенной ЭД или ПЭ, осложненной партнерским конфликтом, золотым стандартом является методика сенсорного фокуса (Masters & Johnson). Это серия упражнений, исключающих генитальный контакт и эякуляцию на первых этапах, с фокусом на тактильных ощущениях всего тела.

Уролог может рекомендовать этот протокол парам, где мастурбация стала единственной формой сексуальности из-за страха неудачи при коитусе. Сенсорный фокус снижает тревожность исполнения (performance anxiety) и восстанавливает интимность [34].



5. Компульсивное сексуальное поведение (CSBD)

Введение диагноза «Расстройство компульсивного сексуального поведения» (CSBD) в МКБ-11 требует от уролога умения проводить дифференциальную диагностику между высоким либидо и патологией.

5.1 Дифференциальная диагностика (МКБ-11 vs DSM-5)

Дебаты между классификациями существенны. DSM-5 отклонил диагноз «гиперсексуальность», тогда как МКБ-11 включил CSBD как расстройство импульсного контроля, но не как аддикцию [37].

Критерий	Высокое либидо (Норма)	Компульсивное поведение (CSBD, МКБ-11)
Контроль	Способность отложить мастурбацию при необходимости	Потеря контроля, безуспешные попытки остановиться
Удовольствие	Приносит удовлетворение и радость	Часто не приносит удовольствия, выполняется для снятия тревоги/дисфории
Последствия	Не мешает работе и отношениям	Серьезный ущерб социальным связям, работе, здоровью
Копинг	Сексуальный интерес первичен	Используется как механизм ухода от стресса (эмоциональная регуляция)
Дистресс	Отсутствует (если нет культурного конфликта)	Выраженный дистресс, связанный с самим поведением

Уролог должен направлять пациентов с признаками CSBD к психиатрам или психотерапевтам, специализирующимся на аддикциях, так как медикаментозное лечение (например, антиандрогены или налтрексон) должно сопровождаться психотерапией [39].

6. Практические рекомендации и Консультирование

6.1 Возрастные особенности (>60 лет)

У пожилых пациентов мастурбация требует особого подхода. Снижение эластичности тканей, уменьшение секреции смазки и эректильная дисфункция могут затруднять процесс. ■

- **Рекомендации.** Использование обильного лубриканта для профилактики микротрещин и баланопостита. Понимание того, что рефрактерный период может составлять 24-48 часов, и отсутствие эрекции сразу после эякуляции – норма, а не патология. Мастурбация в этом возрасте поддерживает оксигенацию кавернозных тел и предотвращает фиброз (cavernous fibrosis) [41].

6.2 Мифы и просвещение

Врач обязан активно развенчивать мифы, которые могут вызывать у пациента тревогу:

- «Мастурбация вызывает слепоту/ волосы на ладонях» – архаичные мифы.
- «Мастурбация снижает тестостерон и мешает росту мышц» – неверно с точки зрения физиологии [42].
- «Частая мастурбация вызывает рак» – напротив, она снижает риск РПЖ [10].

6.3 Постхирургическая реабилитация

После радикальной простатэктомии (РПЭ) раннее возобновление сексуальной активности (включая мастурбацию) является частью протокола реабилитации пениса (penile rehabilitation). Даже при отсутствии полноценной эрекции, стимуляция способствует притоку артериальной крови, питанию тканей и предотвращению укорочения полового члена. Мастурбация (часто с использованием вакуум-эректоров или интракавернозных инъекций) позволяет сохранить сексуальную функцию в долгосрочной перспективе [44].

Заключение

Мастурбация представляет собой сложный психофизиологический феномен, пронизывающий все аспекты мужского здоровья: от молекулярных механизмов канцерогенеза в простате до тонких нюансов партнерских отношений. Для современного уролога мастурбация является не табуированной темой, а ценным клиническим инструментом.



Что важно в клинической практике:

- 1) Высокая частота эякуляций (>21/мес.) ассоциирована со снижением риска рака простаты на около 20%, что должно сообщаться пациентам как часть стратегии профилактики.
- 2) Специфические техники мастурбации (TMS) и порнозависимость (PIED) являются ведущими причинами сексуальных дисфункций у молодых мужчин. Тщательный сбор анамнеза о технике аутостимуляции обязателен.
- 3) Контролируемая мастурбация – основа лечения преждевременной эякуляции и реабилитации эректильной функции.
- 4) Уролог играет ключевую роль в нормализации сексуального поведения, снятии чувства вины и разрешении партнерских конфликтов, связанных с дискрепанцией либидо.
- 5) Интеграция этих знаний позволяет перейти от простой диагностики «импотенции» к комплексному пониманию мужской сексуальности, обеспечивая пациентам качественную, этичную и научно обоснованную помощь. ■

*Материал подготовил Шадеркин И.А.
К.м.н., уролог, основатель Uroweb.ru, Москва*

Литература.

1. European Association of Urology. Epidemiology and prevalence of sexual dysfunction and disorders of male reproductive health [Internet]. Uroweb; [cited 2025 Dec 4]. Available from: <https://uroweb.org/guidelines/sexual-and-reproductive-health/chapter/epidemiology-and-prevalence-of-sexual-dysfunction-and-disorders-of-male-reproductive-health>
2. American Urological Association. Pharmacologic Management of Premature Ejaculation [Internet]. AUA; [cited 2025 Dec 4]. Available from: <https://www.auanet.org/documents/Guidelines/Archive/Premature-Ejaculation.pdf>
3. International Society for Sexual Medicine. What is the “normal” frequency of masturbation? [Internet]. ISSM; [cited 2025 Dec 4]. Available from: <https://www.issm.info/sexual-health-qa/what-is-the-normal-frequency-of-masturbation>
4. European Association of Urology. Management of Erectile Dysfunction [Internet]. Uroweb; [cited 2025 Dec 4]. Available from: <https://uroweb.org/guidelines/sexual-and-reproductive-health/chapter/management-of-erectile-dysfunction>
5. European Association of Urology. Disorders of Ejaculation [Internet]. Uroweb; [cited 2025 Dec 4]. Available from: <https://uroweb.org/guidelines/sexual-and-reproductive-health/chapter/disorders-of-ejaculation>
6. European Association of Urology. EAU Guidelines on Sexual and – Premature ejaculation [Internet]. Urology Cheat Sheets;

[cited 2025 Dec 4]. Available from: https://urologycheatsheets.org/wp-content/uploads/2024/12/Cheat-sheet_EAUSEXUAL-HEALTH4.pdf

7. Rider JR, Wilson KM, Sinnott JA, Kelly RS, Mucci LA, Giovannucci EL. Ejaculation Frequency and Risk of Prostate Cancer: Updated Results with an Additional Decade of Follow-up. *Eur Urol* 2016;70(6):974-82. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2016.03.027>

8. Rider JR, Wilson KM, Sinnott JA, Kelly RS, Mucci LA, Giovannucci EL. Ejaculation Frequency and Risk of Prostate Cancer: Updated Results with an Additional Decade of Follow-up. *Eur Urol* 2016;70(6):974-982. <https://doi.org/10.1016/j.eururo.2016.03.027>

9. Hassan, Mohamed; Flanagan, Thomas W; Eshaq, Abdulaziz M; Altamimi, Osama K; Altalag, Hassan; Alsharif, Mohamed; Alshammari, Nouf; Alkhalidi, Tamadhir; Boulifa, Abdelhadi; El Jamal, Siraj M; Haikel, Youssef; and Megahed, Mossad, "Reduction of Prostate Cancer Risk: Role of Frequent Ejaculation-Associated Mechanisms. *Cancers* 2025;17(5):843; <https://doi.org/10.3390/cancers17050843>

10. <https://pharめeasy.in/blog/diagnostics-does-masturbating-increase-risk-of-prostate-cancer-or-vice-versa/>

11. Healthline. Masturbation and Testosterone: What's the Connection? [Internet]. Healthline; [cited 2025 Dec 4]. Available from: <https://www.healthline.com/health/masturbation-and-testosterone>

12. Mayo Clinic. Male masturbation: Does frequency affect male fertility? [Internet]. Mayo Clinic; [cited 2025 Dec 4]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/male-infertility/expert-answers/male-masturbation/faq-20058426>

13. Vinmec. Does frequent masturbation have effects on men? [Internet]. Vinmec; [cited 2025 Dec 4]. Available from: <https://www.vinmec.com/eng/blog/what-are-the-effects-of-masturbation-in-men-en>

14. Sank, Lawrence L. "Traumatic masturbatory syndrome." *Journal of sex & marital therapy* 1998;24(1):37-42.

15. Kafkasli A, Yazici O, Can U, Coskun A, Boz MY, Karatas B, Kece C. Traumatic masturbation syndrome may be an important cause of erectile dysfunction in pre-mature ejaculation patients. *Andrologia* 2021;53(9):e14168. <https://doi.org/10.1111/and.14168>

16. Can U, Kafkasli A, Coskun A, Canakci C, Dincer E, Tuncer M, Karatas B. Traumatic masturbation and erectile dysfunction: A matched case-control study. *Int J Urol* 2023;30(12):1134-40. <https://doi.org/10.1111/iju.15279>

17. Sank LI. Traumatic Masturbatory Syndrome: A Proposed Treatment Protocol. *JSM Sexual Med* 2020;4(6):1049.

18. Perelman MA. Psychosexual therapy for delayed ejaculation based on the Sexual Tipping Point model. *Transl Androl Urol* 2016;5(4):563-75. <https://doi.org/10.21037/tau.2016.07.05>

19. European Association of Urology. EAU Guidelines on Sexual and Reproductive Health 2024 [Internet]. [cited 2025 Dec 4]. Available from: <https://d56bochluxqnz.cloudfront.net/documents/full-guideline/EAU-Guidelines-on-Sexual-and-Reproductive-Health-2024.pdf>

20. Perelman MA. Psychosexual therapy for delayed ejaculation based on the Sexual Tipping Point model. *Transl Androl Urol* 2016;5(4):563-75. <https://doi.org/10.21037/tau.2016.07.05>

21. Jesús Eugenio Rodríguez Martínez, JA Picazo, E López. Male masturbation device for the treatment of delayed ejaculation: A case report. *Asian Pacific Journal of Reproduction* 6(4):191-192 <https://doi.org/10.12980/apjr.6.20170409>

22. Jacobs T, Geysmans B, Van Hal G, Glazemakers I, Fog-Poulsen K, Vermelandt A, De Wachter S, De Win G. Associations Between Online Pornography Consumption and Sexual Dysfunction in Young Men: Multivariate Analysis Based on an International Web-Based Survey. *JMIR Public Health Surveill* 2021;7(10):e32542. <https://doi.org/10.2196/32542>

23. Hims. Dopamine and Sex: What's the Connection? [Internet]. Good Health by Hims; [cited 2025 Dec 4]. Available from: <https://www.hims.com/blog/dopamine-and-erectile-dysfunction>

24. Park BY, Wilson G, Berger J, Christman M, Reina B, Bishop F, Klam WP, Doan AP. Is Internet Pornography Causing Sexual Dysfunctions? A Review with Clinical Reports. *Behav Sci (Basel)*. 2016 Aug 5;6(3):17. <https://doi.org/10.3390/bs6030017>. Erratum in: *Behav Sci (Basel)* 2018;8(6):E55. <https://doi.org/10.3390/bs8060055>

25. Love T, Laier C, Brand M, Hatch L, Hajela R. Neuroscience of Internet Pornography Addiction: A Review and Update. *Behav Sci (Basel)* 2015;5(3):388-33. <https://doi.org/10.3390-bs5030388>

26. ED Clinics. Porn Induced Erectile Dysfunction: What it is & How You Can Fix it [Internet]. ED Clinics; [cited 2025 Dec 4]. Available from: <https://edclinics.co.uk/advice/porn-induced-erectile-dysfunction-what-it-is-how-to-fix-it/>

27. Leigh T. Porn-Induced Erectile Dysfunction: Causes and Solutions [Internet]. Dr. Trish Leigh; [cited 2025 Dec 4]. Available



from: <https://drtrishleigh.com/porn-induced-erectile-dysfunction-causes-and-solutions/>

28. Ma GC, Zou ZJ, Lai YF, Zhang X, Zhang Y. Regular penis-root masturbation, a novel behavioral therapy in the treatment of primary premature ejaculation. *Asian J Androl* 2019;21(6):631-4. https://doi.org/10.4103/aja.aja_34_19
29. InformedHealth.org [Internet]. Cologne, Germany: Institute for Quality and Efficiency in Health Care (IQWiG); 2006-. Premature ejaculation: Learn More – What can I do on my own? [Updated 2022 Sep 23]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK547551/>
30. Doğan K, Keçe C. Comparison of the results of stop-start technique with stop-start technique and sphincter control training applied in premature ejaculation treatment. *PLoS One* 2023;18(8):e0283091. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0283091>
31. Shirai M, Ishikawa K, Hiramatsu I, Mizushima K, Tsuru T, Kurosawa M, Kure A, Uesaka Y, Nozaki T, Tsujimura A. The Men's Training Cup Keep Training: a masturbation aid improves intravaginal ejaculatory latency time and Erection Hardness Score in patients who are unable to delay ejaculation. *Sex Med* 2023;11(1):qfac010. <https://doi.org/10.1093/sexmed/qfac010>
32. Cervilla O, Álvarez-Muelas A, Sierra JC. Relationship between Solitary Masturbation and Sexual Satisfaction: A Systematic Review. *Healthcare (Basel)* 2024;12(2):235. <https://doi.org/10.3390/healthcare12020235>
33. Fischer N, Traen B. A Seemingly Paradoxical Relationship Between Masturbation Frequency and Sexual Satisfaction. *Arch Sex Behav* 2022;51(6):3151-67. <https://doi.org/10.1007/s10508-022-02305-8>
34. Cornell Health. Sensate Focus [Internet]. Cornell University; [cited 2025 Dec 4]. Available from: <https://health.cornell.edu/sites/health/files/pdf-library/sensate-focus.pdf>
35. Sexual Medicine Society of North America (SMSNA). New Position Statement: Integration of Advanced Practice Providers Into Clinical Practice [Internet]. SMSNA; [cited 2025 Dec 4]. Available from: <https://www.smsna.org/news/smsna/new-position-statement-integration-of-advanced-practice-providers-into-clinical-practice>
36. Avasthi A, Grover S, Sathyaranayana Rao TS. Clinical Practice Guidelines for Management of Sexual Dysfunction. *Indian J Psychiatry* 2017;59(Suppl 1):S91-S115. <https://doi.org/10.4103/0019-5545.196977>
37. Kraus SW, Krueger RB, Briken P, First MB, Stein DJ, Kaplan MS, Voon V, Abdo CHN, Grant JE, Atalla E, Reed GM. Compulsive sexual behaviour disorder in the ICD-11. *World Psychiatry* 2018;17(1):109-110. <https://doi.org/10.1002/wps.20499>
38. What should be included in the criteria for compulsive sexual behavior disorder? *J Behav Addict* [Internet]. 2020 [cited 2025 Dec 4];11(2). Available from: <https://akjournals.com/view/journals/2006/11/2/article-p160.xml>
39. Making sense of ICD-11 diagnostic criteria of compulsive sexual behavioural disorder [Internet]. Annals Academy of Medicine Singapore; [cited 2025 Dec 4]. Available from: <https://annals.edu.sg/making-sense-of-icd-11-diagnostic-criteria-of-compulsive-sexual-behavioural-disorder/>
40. Mayo Clinic. Compulsive sexual behavior – Diagnosis and treatment [Internet]. Mayo Clinic; [cited 2025 Dec 4]. Available from: <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/compulsive-sexual-behavior/diagnosis-treatment/drc-20360453>
41. Men's Health. Urologist Explains How to Masturbate Safely After 60 & When to Seek Medical Help [Video on Internet]. YouTube; [cited 2025 Dec 4]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=NQJtUEll59E>
42. Rena Malik, M.D. How much is too much? | Urologist explains the truth about masturbation [Video on Internet]. YouTube; [cited 2025 Dec 4]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=sk3QELIT1Ws>
43. Rena Malik, M.D. Can you masturbate too much?! | Urologist DEBUNKS 6 Masturbation Myths [Video on Internet]. YouTube; [cited 2025 Dec 4]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=-Ec26lgokfQ>
44. Successful Treatment of Delayed Ejaculation Using A Masturbation Aid Device. *J Sex Med* [Internet]. [cited 2025 Dec 4];14(Supplement 1):S87. Available from: https://academic.oup.com/jsm/article-pdf/14/Supplement_1/S87/48960361/jsm_14_1_supplement_1_s87.pdf
45. Village of Twin Lakes. Overcoming Porn Induced Erectile Dysfunction: A Comprehensive Guide to Regaining Virility [Internet]. Village of Twin Lakes; [cited 2025 Dec 4]. Available from: <https://www.twinlakeswi.gov/wellness/overcoming-porn-induced-erectile-a-6b2f8-comprehensive-guide-to-regaining-virility/>