

ОСЛАБЛЕННОЕ ЛИБИДО, ЕГО ПРОЯВЛЕНИЯ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ ГИПОАКТИВНОГО РАССТРОЙСТВА ПОЛОВОГО ВЛЕЧЕНИЯ

Г. С. Кочарян

Харьковская медицинская академия последипломного образования

В статье приводятся клинические проявления ослабленного либидо, а также определения гипоактивного расстройства полового влечения в Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10), Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам четвертого и пятого пересмотра (DSM-4 и DSM-5) (США). В МКБ-10 ему соответствует шифр F52.0 («Отсутствие или потеря полового влечения»), который является общим как для мужчин, так и для женщин. В DSM-4 есть шифр 302.71 («Гипоактивное расстройство полового влечения»), который также является общим для лиц обоего пола. Следует обратить внимание, что одним из индикаторов для определения этого расстройства в данной классификации называют наличие из-за гипосексуальности дистресса или трудностей в межличностном общении. В DSM-5 используется диагноз «Male Hypoactive Sexual Desire Disorder» (шифр 302.71), а для определения этого расстройства у женщин уже применяется общий диагноз «Гипоактивное расстройство сексуального интереса/возбуждения» (шифр 302.72), так как по мнению, отраженному в данном руководстве, у женщин существует сложность дифференциации и частая коморбидность расстройств полового интереса и сексуального возбуждения. Также обращает на себя внимание замена термина «половое влечение» на термин «сексуальный интерес», что придает некоторый психологический оттенок первой части диагноза и уменьшает его биологичность. В обоих шифрах DSM-5 (для мужчин и для женщин) также предусмотрен диагностический критерий, согласно которому гипоактивные сексуальные проявления вызывают клинически значимый дистресс. Автор сообщает о существовании автономной классификации женских сексуальных дисфункций двух международных групп экспертов в области медицинской сексологии («Номенклатурного комитета Международного общества по изучению сексуального здоровья у женщин» и «Международного комитета по вопросам сексуальной медицины»), которые считают обоснованным сохранение отдельного диагноза гипоактивное расстройство полового влечения у женщин. Сообщается, что в МКБ-11 будет использоваться диагноз «Гипоактивная дисфункция полового влечения» не только для мужчин, но и для женщин. Приводятся данные, свидетельствующие о

научной обоснованности такого решения. Обращает на себя внимание тот факт, что в данной классификации произошла полная абсолютизация субъективного восприятия гипосексуальности. Так, сообщается, что предлагаемое диагностическое руководство нацеливает на то, что не существует никаких нормативов сексуальной активности. «Удовлетворительной» сексуальной активностью предлагается считать такую, которая удовлетворяет данного конкретного человека. Если индивид удовлетворен своей сексуальной активностью, то возможность установления диагноза сексуальной дисфункции сразу исключается. Обсуждается правомерность такого подхода. Также в статье, помимо описанных гипоактивных сексуальных проявлений, называются связанные с ними и сопутствующие им клинические феномены.

Ключевые слова: ослабленное либидо, проявления, гипоактивное расстройство полового влечения, определения, женщины, мужчины.

Diminished libido, its manifestations and definitions of hypoactive sexual desire disorder

G. S. Kocharyan

The article deals with clinical manifestations of diminished libido as well as definitions of hypoactive sexual desire disorder (HSDD) in the International Classification of Diseases, 10th Revision (ICD-10), Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth and Fifth Editions (DSM-4 and DSM-5) (USA). Its corresponding code in ICD-10 is F52.0 (“Lack or loss of sexual desire”), which is common for both men and women. DSM-4 has code 302.71 (“Hypoactive Sexual Desire Disorder”), which is common for persons of both sexes too. The point to note is that the above classification considers the presence of distress or difficulties in interpersonal communication, caused by hyposexuality, as one of indicators for diagnosing this disorder. DSM-5 uses diagnosis “Male Hypoactive Sexual Desire Disorder” (code 302.71), whereas for revealing this disorder in women general diagnosis “Female Sexual Interest/Arousal Disorder” (code 302.72) is used, since in compliance with the opinion, present in the above guide, women are characterized by difficulties in differentiation and a frequent comorbidity of disorders of sexual interest and sexual excitement. Also, attention is called to the fact of substitution of the term “sexual desire” with the term “sexual interest”, thereby giving some psychological tint to the first part of the diagnosis and reducing its biological background. Both DSM-5 codes (for men and for women) also provide for a diagnostic criterion, according to which hypoactive sexual manifestations cause a clinically significant distress. The author also informs about existence of an autonomous classification of female sexual dysfunctions by two international panels of experts in sexual medicine (Nomenclature Committee of the International Society for the Study of Women’s Sexual Health and the International Consultation in Sexual Medicine), who believe that preservation of the separate diagnosis “Hypoactive sexual desire disorder” for women is reasonable. It is reported that ICD-11 will use diagnosis “Hypoactive sexual desire dysfunction” not only for men, but for women too. The given data demonstrate scientific substantiation for such a decision. Attention is called to the fact that the above classification has fully absolutized the subjective perception of hyposexuality. For example, it is reported that the proposed diagnostic guide takes aim at the absence of any norms for sexual activity. It is suggested to regard as “satisfactory” the sexual activity, which satisfies the given person. If the individual is satisfied with his/her sexual activity, the possibility of diagnosing his/her sexual dysfunction is excluded at once. Validity of such an approach is discussed.

Besides the described hypoactive sexual manifestations, the article also lists the clinical phenomena, which are associated with the above manifestations and accompany them.

Key words: diminished libido, manifestations, hypoactive sexual desire disorder, definitions, women, men.

Ослаблене лібідо, його прояви і визначення гіпоактивного розладу статевого потягу

Г. С. Кочарян

У статті наводяться клінічні прояви ослабленого лібідо, а також визначення гіпоактивного розладу статевого потягу в Міжнародній класифікації хвороб десятого перегляду (МКХ-10), Діагностичному і статистичному посібнику по психічних розладах четвертого і п'ятого перегляду (DSM-4 і DSM-5) (США). У МКХ-10 йому відповідає шифр F52.0 («Відсутність або втрата статевого потягу»), який є спільним як для чоловіків, так і для жінок. У DSM-4 є шифр 302.71 («Гіпоактивний розлад сексуального потягу»), який також є загальним для осіб обох статей. Слід звернути увагу, що одним з індикаторів для визначення цього розладу в даній класифікації називають наявність через гіпосексуальність дистресу або труднощів в міжособистісному спілкуванні. У DSM-5 використовується діагноз «Гіпоактивний розлад статевого потягу у чоловіків» (шифр 302.71), а для визначення цього розладу у жінок вже застосовується загальний діагноз «Гіпоактивний розлад сексуального інтересу / збудження» (шифр 302.72), так як на думку, що відображена в цьому посібнику, у жінок існує складність диференціації і часта коморбідність розладів сексуального інтересу і сексуального збудження. Також звертає на себе увагу заміна терміна «сексуальний потяг» на термін «сексуальний інтерес», що надає певний психологічний відтінок першій частині діагнозу і зменшує його біологічність. В обох шифрах (для чоловіків і для жінок) також передбачено діагностичний критерій, згідно з яким гіпоактивні сексуальні прояви викликають клінічно значимий дистрес. Автор повідомляє про існування автономної класифікації жіночих сексуальних дисфункцій двох міжнародних груп експертів в галузі медичної сексології («Номенклатурного комітету Міжнародного товариства з вивчення сексуального здоров'я у жінок» і «Міжнародного комітету з питань сексуальної медицини»), які вважають обґрунтованим збереження окремого діагнозу гіпоактивного розладу статевого потягу у жінок. Повідомляється, що в МКХ-11 буде використовуватися діагноз «Гіпоактивна дисфункція сексуального потягу» не тільки для чоловіків, але і для жінок. Наводяться дані, що свідчать про наукову обґрунтованість такого рішення. Звертає на себе увагу той факт, що в даній класифікації відбулася повна абсолютизація суб'єктивного сприйняття гіпосексуальності. Так, повідомляється, що даний діагностичний посібник націлює на те, що не існує ніяких нормативів сексуальної активності. «Задовільною» сексуальною активністю пропонується вважати таку, яка задовольняє дану конкретну людину. Якщо

індивід задоволений своєю сексуальною активністю, то можливість встановлення діагнозу сексуальної дисфункції відразу виключається. Обговорюється правомірність такого підходу. Також в статті, крім описаних гіпоактивних сексуальних проявів, називаються пов'язані з ними і супутні їм клінічні явища.

Ключові слова: *ослаблене лібідо, прояви, гіпоактивний розлад статевого потягу, визначення, жінки, чоловіки.*

Ослабление сексуального влечения является самой частой жалобой сексологического характера у женщин. У мужчин оно имеет место гораздо реже. Оно проявляется уменьшением сексуальной активности: коитальной и некоитальной (включая ласки, поцелуи и мастурбацию), более редким возникновением сексуальных мыслей и фантазий, а также эротических сновидений. В случаях выраженного ослабления полового влечения или его отсутствия какая-либо сексуальная активность и фантазирование могут быть близки к нулю или вовсе отсутствовать.

Общие положения

S. R. Leiblum, R. C. Rosen [36] задаются вопросом: «Можно ли измерить сексуальное желание?» Авторы отмечают, что раньше с этой целью сосредоточивались на частоте половых контактов, сексуальных мыслей или фантазий и количестве сексуальных контактов, ведущих к оргазму. Этот подход на момент написания цитируемой работы, отмечают авторы, продолжает преобладать в самоотчетах о сексуальном поведении, что нашло отражение в опроснике сексуального функционирования L. R. Derogatis [24]. В этом опроснике индекс сексуального желания выводится из суммы всех видов сексуального поведения, включая половой акт, ласки, мастурбацию и фантазии. Однако авторы обращают внимание на тот факт, что у этого подхода есть несколько ограничений. Так, человек может заниматься сексом по разным мотивам, которые могут включать или не включать субъективное переживание желания. Например, он может инициировать или принимать сексуальные предложения, обусловленные множеством мотивов (вина,

обязательства, финансовая компенсация, потребность угодить и т. д.) без внутренней сексуальной мотивации. И, наоборот, у него может быть высокий уровень либидо, что проявляется в таких «ненаблюдаемых явлениях», как сексуальные влечение, фантазии, мысли и чувства. Тем не менее он не может инициировать или участвовать в открытой сексуальной активности из-за отсутствия возможности, страха негативных последствий болезней, передающихся половым путем, или сексуальной дисфункции в анамнезе. Кроме того, степень проявления сексуального желания может не отражать его интенсивность или частоту, с которой человек испытывает такое желание. Это особенно заметно в случаях сексуального принуждения. В любом случае мера поведенческого проявления сексуального желания не сможет адекватно отразить интенсивность или остроту сексуального влечения.

В настоящее время, продолжают авторы [36], исследователи склонны использовать как объективные, так и субъективные критерии при определении сексуального желания. Например, P. Schreiner-Engel и R. Schiavi (П. Шрейнер-Энгель и Р. Скъяви) [48] определяют сексуальное желание как с точки зрения частоты всех совершаемых сексуальных действий, так и с точки зрения субъективной заинтересованности человека в участии в каждом из этих видов деятельности. С этой точки зрения, как отсутствие внутренней мотивации, так и реального поведения свидетельствуют о расстройстве желания. K. Garde, I. Lunde (Гарде и Лунде) [29] различают спонтанное желание сексуальной активности и желание, вызванное какой-либо формой внешней сексуальной стимуляции (например, ласками партнера).

Цитируемые авторы [36] указывают, что в связи с отсутствием норм для различных популяций и возрастных групп, трудно определить какие-либо критерии надежности для либидинальной(го) недостаточности или избытка. Более того, в случаях ситуативных расстройств желания или его несоответствия возникают проблемы при принятии решений о правомерности постановки медицинского диагноза.

Определения

Существуют различные определения гипоактивного полового влечения. Так, в Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) ему соответствует шифр F52.0 («Отсутствие или потеря полового влечения»). Приводится следующее его определение: «Потеря полового влечения является основной проблемой, а не вторичной по отношению к другим сексуальным затруднениям, таким как отсутствие эрекции или диспареуния. Отсутствие полового влечения не исключает сексуального удовлетворения или возбуждения, но делает инициацию половой активности менее вероятной» [8, с.188]. Это определение является общим для мужчин и женщин.

В диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам 4-го пересмотра [26, р. 233–234.] (США) приводится следующее общее для женщин и мужчин определение гипоактивного расстройства полового влечения (Hypoactive Sexual Desire Disorder; HSDD) (шифр 302.71):

А. Постоянно или периодически недостаточные (или отсутствующие) сексуальные фантазии и желание сексуальной активности. Решение о дефиците или отсутствии принимает врач с учетом факторов, влияющих на сексуальное функционирование, таких как возраст и условия жизни человека.

В. Это нарушение вызывает выраженный дистресс или трудности в межличностном общении.

С. Данная сексуальная дисфункция не лучше объясняется другим расстройством оси I и не связана исключительно с прямыми физиологическими эффектами вещества (например, злоупотребления наркотиками, лекарствами) или общим состоянием здоровья.

Напомним, что ось I включает большинство психических расстройств, за исключением расстройств личности и задержки умственного развития.

В последнем американском диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам 5-го пересмотра (2013 г.) [25], в

связи со сложностью дифференциации и частой коморбидностью расстройств сексуального интереса и полового возбуждения у женщин, их гипоактивные варианты представлены единым шифром (302.72) под общим названием «Female Sexual Interest/Arousal Disorder» («Расстройство женского сексуального интереса/возбуждения»). В этом диагнозе обращает на себя внимание замена слова влечение на слово интерес, что придает некоторый психологический оттенок первой части диагноза и уменьшает его биологичность.

R. Basson [12, p. 44], обсуждая целесообразность употребления у женщин термина «сексуальный интерес» вместо термина «половое влечение» и необходимость использования именно термина «сексуальный интерес», высказывает свою точку зрения по данному вопросу: «Термин «гипоактивное расстройство сексуального влечения у женщин» явно фокусируется на отсутствии сексуального желания, а не на отсутствии интереса или мотивации (причин / стимулов) к сексу. Он подкрепляет веру в то, что сексуально здоровые женщины соглашаются на секс или иницируют его в основном потому, что осознают сексуальное желание до того, как начнется какое-либо сексуальное возбуждение. На самом деле, это соответствует традиционной модели сексуальных реакций человека Masters, Johnson и Kaplan. В этой модели после неопределенного времени осознания желания происходит возбуждение». По мнению цитируемого автора, «эта концептуализация противоречит как клиническим, так и эмпирическим данным – женщины, состоящие в установленных отношениях, нечасто вступают в половые отношения из-за сексуального желания [28; 31; 34; 38; 46; 52]. Это чувство желания, потребности или «голода», тем не менее, ощущается, когда оно субъективно возбуждено / пробуждено. Когда этого возбуждения недостаточно или оно не приносит удовольствия, мотивация к сексу обычно угасает. Другими словами, приятное субъективное возбуждение, хотя обычно и не является основной причиной занятия сексом, необходимо для поддержания исходной мотивации. Итак, отсутствие

субъективного возбуждения является ключом к жалобам женщин на отсутствие интереса к сексу».

Диагностические критерии данного обобщенного диагноза «Гипоактивное расстройство женского сексуального интереса/возбуждения» (шифр 302.72) следующие [25, р. 433]:

А. Отсутствие или значительное снижение сексуального интереса / возбуждения, что проявляется как минимум в трех из следующих признаков:

1. Отсутствие/снижение интереса к сексуальной активности.
2. Отсутствие/снижение сексуальных/эротических мыслей или фантазий.
3. Отсутствие начала сексуальной активности или ее снижение, и, как правило, невосприимчивость к попыткам партнера начать половую жизнь.

4. Отсутствие/снижение сексуального возбуждения/удовольствия во время половой активности почти во всех или во всех (приблизительно 75–100%) сексуальных контактах (в определенных ситуационных контекстах или во всех контекстах).

5. Отсутствие/снижение сексуального интереса/возбуждения в ответ на любые внутренние или внешние сексуальные/эротические сигналы (например, письменные, устные, визуальные).

6. Отсутствие/ослабление генитальных или негенитальных ощущений во время сексуальной активности почти во всех или во всех (приблизительно 75–100%) сексуальных контактах (в определенных ситуационных контекстах или во всех контекстах).

В. Симптомы критерия А сохраняются в течение минимум 6-ти месяцев.

С. Симптомы, указанные в критерии А, вызывают у человека клинически значимый дистресс.

Д. Сексуальную дисфункцию не лучше объяснить несексуальным психическим расстройством или как следствие тяжелого расстройства в отношениях (например, насилие со стороны партнера), или как следствие других значительных факторов стресса, и она не может быть отнесена к результату воздействия вещества / лекарства или другого заболевания.

Укажите:

На протяжении всей жизни: нарушение присутствует с тех пор, как человек начал половую жизнь.

Приобретенное: нарушение началось после периода относительно нормального сексуального функционирования.

Укажите:

Обобщенное: не ограничивается определенными типами стимуляции, определенными ситуациями или партнерами.

Ситуационное: возникает только при определенных типах стимуляции, в определенных ситуациях или с определенными партнерами.

Укажите существующую тяжесть:

Легкая: существует легкий дистресс, обусловленный симптомами критерия А.

Умеренная: существует умеренный дистресс, обусловленный симптомами критерия А.

Тяжелая: существует тяжелый или экстремальный дистресс, обусловленный симптомами критерия А.

При оценке состояния следует учитывать возрастной аспект, так как сексуальные интерес, возбуждение, мысли, фантазии и активность с возрастом уменьшаются.

При характеристике этого шифра отмечается, что если у женщины желание сексуальной активности меньше, чем у ее партнера, то это недостаточно для диагностики у нее расстройства сексуального интереса/возбуждения. Также сообщается, что кратковременные изменения сексуального интереса или возбуждения – обычные явления, которые могут быть адаптивными реакциями на события в жизни женщины и не являются сексуальной дисфункцией.

Предметом дискуссии может стать критерий, согласно которому обсуждаемый диагноз может быть поставлен лишь при существовании симптомов в течение минимум 6 месяцев, поскольку это свидетельствует о

том, что они являются постоянной проблемой. В связи с этим возникает вопрос, почему речь идет именно о 6 мес., а не 1, 2, 3, 4 или 5-ти, и как следует поступать врачу при существовании симптомов менее 6 мес. В этих случаях, когда, по мнению специалиста, речь идет о наличии характеризуемой патологии, нужно ли приступать к лечению или же выжидать 6 месяцев, в течение которых больная может страдать, и качество ее жизни в этот период будет находиться на низком уровне.

В связи с этим следует отметить, что в статье, отражающей мнение Международного общества по изучению сексуального здоровья у женщин (International Society for the Study of Women's Sexual Health; ISSWSH), в частности, сообщается, что диагноз гипоактивного расстройства полового влечения (HSDD) может быть поставлен, когда симптомы, соответствующие этому расстройству, существуют, по крайней мере, в течение 3 последних месяцев [30]. Также в этой статье приводятся расширенное определение HSDD, которое может включать в себя любое из следующего:

1) отсутствие мотивации к сексуальной активности, что проявляется в снижении или отсутствии спонтанного желания (сексуальные мысли или фантазии);

2) сниженное или отсутствующее желание реагировать на эротические сигналы и стимуляцию или неспособность поддерживать желание или интерес посредством сексуальной активности;

3) потеря желания инициировать половую активность или участвовать в ней, включая поведенческие реакции, такие как избегание ситуаций, которые могут привести к сексуальной активности, не вторичные по отношению к болевым сексуальным расстройствам;

4) эти клинические проявления сочетаются со значимым личностным дистрессом, который включает разочарование, горе, некомпетентность, утрату, печаль или беспокойство.

В связи с возможностью постановки диагноза только в случаях, если гипосексуальные проявления существуют в течение минимум 6 месяцев,

обращает на себя внимание точка зрения, которая высказывается в DSM-5 относительно гипоактивного расстройства полового влечения у мужчин (шифр 302.71) [25, р. 441]. Отмечается, что отсутствие желания секса и недостаточные / отсутствующие эротические мысли или фантазии должны быть постоянными или рецидивирующими и должны иметь место в течение минимального периода времени *приблизительно в 6 месяцев*.

Отмечается, что необходимость включения этого критерия продолжительности предназначено для защиты от постановки диагноза в случае, когда слабое сексуальное желание мужчины может представлять собой адаптивную реакцию на неблагоприятные условия жизни (например, беспокойство по поводу беременности партнерши, когда мужчина рассматривает возможность прерывания отношений). Включение слова *«приблизительно»* в критерий «В» позволяет врачу ставить такой диагноз, когда продолжительность симптомов не соответствует рекомендуемому 6-месячному порогу. Таким образом, в данном определении гипоактивного расстройства полового влечения у мужчин заложен *некий* временной диапазон существования соответствующих симптомов, хотя широта его не указана.

В DSM-5 приводится следующая характеристика гипоактивного расстройства полового влечения у мужчин (Male Hypoactive Sexual Desire Disorder) (шифр 302.71) [25, р. 440-441].

А. Постоянный или периодический дефицит (или отсутствие) сексуальных / эротических мыслей или фантазий и желания сексуальной активности. Решение о дефиците принимает клиницист, учитывая факторы, влияющие на сексуальное функционирование, такие как возраст, общий и социокультурный контекст жизни человека.

В. Симптомы критерия А сохраняются в течение минимального периода времени приблизительно в 6 месяцев.

С. Симптомы, указанные в критерии А, вызывают у человека клинически значимый дистресс.

D. Сексуальная дисфункция не лучше объясняется несексуальным психическим расстройством или последствиями тяжелого стресса в отношениях, или другими значительными факторами стресса и не может быть отнесена к результату воздействия вещества / лекарства или другого заболевания.

Укажите:

Существует на протяжении всей жизни: нарушение имеет место с тех пор, как индивид стал сексуально активным.

Приобретенное: нарушение началось после периода относительно нормального сексуального функционирования.

Укажите:

Обобщенное: не ограничивается определенными типами стимуляции, определенными ситуациями или партнерами.

Ситуационное: возникает только при определенных типах стимуляции, в определенных ситуациях или с определенными партнерами.

Укажите существующую тяжесть:

Легкая: наличие легкого дистресса, обусловленного симптомами критерия А.

Умеренная: наличие умеренного дистресса, обусловленного симптомами критерия А.

Тяжелая: наличие тяжелого или экстремального дистресса, обусловленного симптомами критерия А.

В МКБ-11 произошли существенные изменения, связанные с сексуальными расстройствами. Так, введена новая глава: «Состояния, связанные с сексуальным здоровьем» [51]. К этим состояниям, в частности, относят сексуальные дисфункции, сексуальные болевые расстройства, парафильные расстройства, гендерное несоответствие, аденогенитальные расстройства, изменения в анатомии женских и мужских половых органов.

В МКБ-11 используется диагноз «Гипоактивная дисфункция полового влечения» («Hypoactive sexual desire dysfunction»), который применим как к

женщинам, так и к мужчинам. Таким образом, термин «сексуальный интерес» не был использован в качестве замены термина «сексуальное желание». Также в данной классификации существует отдельный диагноз «Дисфункция женского сексуального возбуждения» («Female sexual arousal dysfunction»). При характеристике отличий МКБ-11 от DSM-5 в специальной статье, посвященной сексуальным расстройствам, отмечается [45], что, как упоминалось нами ранее, DSM-5 объединяет расстройства сексуального интереса и возбуждения в общую категорию [17], однако это весьма спорно [11; 23; 43; 47; 50].

Приводятся аргументы против объединения двух названных диагнозов, которые базируются на генетических исследованиях близнецов [20], исследовании генетических полиморфизмов, использовании серотонинергических антидепрессантов [15; 16], исследованиях, включающих в себя нейровизуализационные методики [10]. Данная аргументация дополняется имеющимися свидетельствами и доказательствами того, что для лечения расстройств, связанных со снижением полового влечения как у мужчин, так и у женщин, необходим одинаковый подход, в то время как гипоактивное расстройство женского сексуального возбуждения требует применения совсем другой терапии [13; 18; 19; 44]. Цитируемые авторы подчеркивают [45], что хотя и существует некая коморбидность между гипоактивным расстройством полового влечения и гипоактивным расстройством сексуального возбуждения, они не представляют собой одно и то же. Поэтому следует рассматривать эти расстройства с позиции их различий [39]. Следует отметить, что коморбидность, даже высокая, не должна рассматриваться как неоспоримое и достаточное условие объединения тех или иных диагнозов.

Необходимо отметить, что такая же точка зрения отражена в статье I. Goldstein и соавт. [30], в которой высказывается мнение консенсусной группы экспертов Международного общества изучения сексуального здоровья женщин (the International Society for the Study of Women's Sexual

Health expert consensus panel). В связи с этим следует отметить, что в январе 2016 года Исполнительный комитет Международного общества по изучению сексуального здоровья у женщин (International Society for the Study of Women's Sexual Health; ISSWSH) инициировал создание группы из 13 исследователей и клиницистов, которые собрались в Далласе (штат Техас), чтобы представить и обсудить текущее состояние знаний о гипоактивном расстройстве полового влечения (hypoactive sexual desire disorder; HSDD). Авторы статьи отмечают, что HSDD был исключен из DSM-5 как отдельная диагностическая единица и был заменен объединенным диагнозом HSDD и расстройства женского сексуального возбуждения, именуемым как «Расстройство женского сексуального интереса/возбуждения» («Female sexual interest/arousal disorder»). В цитируемой статье сообщается, что данное изменение вызвало споры среди экспертов в области медицинской сексологии, так как в современных клинических исследованиях существует мало эмпирической поддержки или подтверждения этой новой диагностической категории [21; 23]. Это привело к разработке автономной классификации женских сексуальных дисфункций двумя международными группами экспертов в области медицинской сексологии (Номенклатурный комитет ISSWSH и Международный комитет по вопросам сексуальной медицины) [41; 42]. Важно отметить, что данная классификация ISSWSH сохраняет HSDD как отдельную диагностическую единицу. Это согласуется с тем, что многие специалисты считают это основанным на эмпирическом клиническом опыте, а также с тем, что указанный диагноз используется в МКБ-10, где HSDD (код F 52.0) существует как независимая диагностическая категория, как это было в системе DSM до DSM-5 [30]. Следует отметить, что ISSWSH – это некоммерческая междисциплинарная академическая и научная организация. Ее деятельность направлена на поддержку высочайших стандартов этики и профессионализма в исследованиях, образовании и клинической практике сексуального здоровья женщин.

Необходимо подчеркнуть, что в МКБ-11 предлагается новый подход к оценке сексуального желания и активности, который представляет собой дань гуманизации, но вряд ли соответствует медицинскому подходу в оценке их выраженности. Так, сообщается, что *предлагаемое диагностическое руководство нацеливает на то, что не существует никаких нормативов сексуальной активности. «Удовлетворительной» сексуальной активностью предлагается считать такую, которая удовлетворяет данного конкретного человека. Если индивид удовлетворен своей сексуальной активностью, то возможность установления диагноза сексуальной дисфункции сразу исключается, даже если его сексуальная активность отличается от таковой у других людей, в других культурах или субкультурах.* Также отмечается, что нереалистичные ожидания со стороны партнера, несоответствие сексуального желания партнеров не могут считаться основаниями для постановки диагноза сексуальной дисфункции [45].

Характеризуемый подход, размывающий понятие нормы и патологии, когда любая степень выраженности полового влечения и частота сексуальной активности считается нормальной, отражена и в книге Г. Ф. Келли (G. F. Kelly) [2, с. 804]. Автор пишет: «Некоторые люди, по-видимому, очень редко испытывают потребность в сексе и не беспокоятся по этому поводу. Даже в обществе, помешанном на сексе, можно сохранять чувство собственного благополучия и самодостаточности при минимальном уровне интереса к сексу. Отдельные люди могут также выбирать безбрачие или малоактивную сексуальную жизнь, что является одним из вариантов вполне зрелого, ответственного подхода к жизни и проявляется в виде подавления сексуального желания или, по крайней мере, в виде сдержанного выражения этого желания. Этот непатологический образ жизни получил название нормальной асексуальности, и в нем не следует видеть какую-то сексуальную проблему или расстройство».

Sandra R. Leiblum [37, p. 8-9.] в 2010 писала: «В последние годы голоса тех, кто ставит под сомнение законность (и мотивы) для диагностики слабого желания стали громче и более настойчивыми. В 2003 году, например, передовая статья в *British Journal of Medicine* Рэя Мойнихэна (Ray Moynihan) вызвала бурю споров, когда он напал на тех, кто рассматривает, диагностирует и относится к HSDD как к сексуальной дисфункции, и высмеивал их мотивы. Мойнихэн утверждал, что идентификация слабого желания как психического расстройства была всего лишь уловкой фармацевтических компаний и наивных клиницистов с целью создать дисфункцию, которую затем можно будет вылечить таблеткой. Его статья вызвала много споров в СМИ и много писем в редакцию».

Следует отметить, что на постсоветском пространстве существует такое понятие, как половая конституция, которая может быть сильной, средней и слабой. Существует и возможность ее идентификации с помощью шкалы векторного определения половой конституции [1]. В случаях определения слабой половой конституции, когда она является предрасполагающим фактором в развитии сексуального расстройства, даже используются термин «на фоне слабой половой конституции» или предложенный нами термин «на фоне конституциональной сексуальной дефицитарности» [5; 6]. В тех же случаях, когда главной в возникновении сексуального расстройства является слабая половая конституция, говорят о «конституциональной форме» полового расстройства (у женщин и у мужчин) [5; 7; 9].

А. Kinsey и соавт. [33, p. 207] описали небольшую группу мужчин (147 из примерно 12000 опрошенных) в возрасте моложе 36 лет с «низким рейтингом», чьи показатели сексуального поведения в среднем составляют одно событие за 2 недели и реже. Также они сообщили о другой группе мужчин, которая была примерно вдвое меньше. Этих мужчин называли «сексуально апатичными» в том смысле, что «они никогда, ни разу в своем анамнезе не привели доказательств того, что были способны на что-либо, кроме низкой активности» [33, p. 209]. Из наблюдений А. Kinsey можно было

сделать вывод, что эти мужчины не только всю жизнь не интересовались сексом, но и были довольно необычными [40].

В одной из наших книг [4, с. 10-11] также обсуждается данная проблема. Отмечается, что существуют такие термины, как «асексуал» и «асексуальность». Асексуалами считают людей с отсутствующим половым влечением. В настоящее время спорят о том, является ли асексуальность свободным выбором, формой сексуальной ориентации или отклонением от нормы. Среди асексуалов, примыкающих к сети AVEN (Асексуальная демонстрационная и образовательная сеть – одно из крупных асексуальных онлайн-сообществ), распространена точка зрения, согласно которой асексуалами являются лишь те лица, которые никогда не испытывали полового влечения, независимо от их взглядов на секс. Таким образом, с этой точки зрения асексуальность предопределена и является природной данностью, а не вопросом выбора. При таком подходе попытки отнести асексуальность к некой форме сексуальной ориентации представляются неправомерными, так как отсутствие явления сложно считать его разновидностью. Некоторые полагают, что асексуальность является сексуальным расстройством, обусловленным, в частности, последствиями сексуального преследования, насилия, подавления (гомосексуального или, наоборот, гетеросексуального), гормональными проблемами, отставанием в развитии и т. д. Хотя асексуальность в ряде случаев может обуславливаться подобными причинами, многие люди, относящие себя к асексуалам, отрицают наличие подобных причин, а также указывают, что их асексуальность не вызывает у них каких-либо страданий. На этом основании даже делается вывод, что асексуальность не следует относить к патологии. Существуют споры о том, могут ли асексуалы испытывать платоническое чувство или нет. Одни считают, что да, другие же отрицают такую возможность. Очевидно, что полностью соответствуют определению «асексуал» те лица, у которых отсутствует платонический (романтический) компонент либидо.

По нашему мнению, асексуальность не может быть отнесена к норме, хотя и отмечается, что ее не следует путать с физической неспособностью к половому акту и/или продолжению рода. Каждый случай отсутствия полового влечения требует детального клинического анализа. Признание асексуальности нормой по сути нивелирует само представление о последней. Тот факт, что какое-либо явление регулярно встречалось во все времена, не является доказательством его нормальности.

В МКБ-11 из классификации сексуальных расстройств также исключено «Повышенное половое влечение» (в МКБ-10 шифр F52.7), что представляет «прорыв» верхней границы нормы. Это тоже нужно расценить как гуманистический акт, так как, помимо физиологической гиперсексуальности, существует гиперсексуальность патологическая. В МКБ-11 также отсутствуют такие коды, как «гиперсексуальность» и «сексуальная зависимость (аддикция)». Вместе с тем в проект МКБ-11 был введен код 6C92 «Компульсивное расстройство сексуального поведения» («Compulsive sexual behaviour disorder») [49]. Несомненно, что это расстройство представляет собой разновидность патологической гиперсексуальности.

Вместе с тем следует отметить, что в настоящее время существует 4 модели патологической гиперсексуальности: обсессивно-компульсивная; аддиктивная; обусловленная нарушением контроля импульсов; а также предложенная нами и связанная с расстройством в форме постоянного генитального возбуждения и синдромом раздраженных половых органов [3]. Высказывается мнение, что гиперсексуальность может быть как нормальной, так и патологической, и каждая из представленных концептуализаций (моделей) патологической гиперсексуальности является полезной в определенных случаях, так как лучше, чем другие, характеризует состояние конкретного больного [3].

Связанные с гипосексуальностью и сопутствующие ей клинические проявления

I. Goldstein и соавт. [30] ссылаются на публикации, в которых сообщается, что у женщин с гипоактивным расстройством полового влечения (HSDD) ухудшается внешний вид тела, снижается уверенность в себе и самооценка, и они чувствуют себя менее связанными со своими партнерами [32]. У них снижалось качество жизни, и они были похожи на взрослых с другими хроническими заболеваниями, такими как диабет и боли в спине [14].

В одном исследовании показатели сексуального желания и сексуального возбуждения, оргазма и сексуального удовольствия у женщин сильно коррелировали ($P < 0,001$), демонстрируя, что слабое сексуальное желание часто связано со снижением функционирования в других аспектах сексуальной реакции [22]. Речь может идти о коморбидности HSDD с другими сексуальными дисфункциями. Г. Ф. Келли (G. F. Kelly) [2], сообщает, что женщины с гипоактивным сексуальным желанием (ГСЖ) чаще ранее в течение длительного времени страдали от какого-то другого сексуального расстройства (например, от расстройства сексуального возбуждения), тогда как у мужчин другое сексуальное расстройство (например, нарушение эрекции) чаще отмечалось в течение непродолжительного периода времени перед тем, как у них проявлялось ГСЖ. Люди с ГСЖ (женщины чаще, чем мужчины) сообщают о таких психологических проблемах, как чувство беспокойства, подавленности и неприязни. Также они жалуются на то, что часто испытывают сильные стрессы. У женщин (в первую очередь) ГСЖ обычно бывает тесно связано с другими трудностями во взаимоотношениях. Их необходимо разрешить, прежде чем сексуальные контакты смогут наладиться или стать более частыми [27].

В DSM-5 отмечается, что наличие другой сексуальной дисфункции не исключает диагностики гипоактивного мужского полового влечения. Есть

данные, что до половины мужчин со слабым половым влечением также имеют проблемы с эрекцией, а у немного меньшего их количества могут присутствовать трудности с ранней эякуляцией [25].

Відомості про автора

Кочарян Гарнік Суренович – Харківська медична академія післядипломної освіти, Україна, 61176, м. Харків, вул. Амосова, 58; тел.: +38 (095) 259-65- 23, +38 (098) 521- 61-46. E-mail: kochargs@rambler.ru

Information about the author

Kocharyan Garnik Surenovich – Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, 58 Amosova str., Kharkiv, 61176, Ukraine; tel.: +38 (095) 259-65-23, +38 (098) 521-61-46. E-mail: kochargs@rambler.ru

Сведения об авторе

Кочарян Гарник Суренович – Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина, 61176, г. Харьков, ул. Амосова, 58; тел.: +38 (095) 259-65-23, +38 (098) 521- 61-46. E-mail: kochargs@rambler.ru

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Васильченко Г. С. Половая конституция // Общая сексопатология: Руководство для врачей / Под ред. Г. С. Васильченко. – М.: Медицина, 1977. – С. 216–233.
2. Келли Г. Ф. (Kelly G. F.) Основы современной сексологии / Пер. с англ. – СПб: Питер, 2000. – 896 с.
3. Кочарян Г. С. Гиперсексуальность. – Харьков: ООО «ДИСА ПЛЮС», 2020. – 263 с.
4. Кочарян Г. С. Гомосексуальность и современное общество. – Х.: ЭДЭНА, 2008. – 240 с.
5. Кочарян Г. С. Диагноз расстройств потенции и некоторые нюансы обследования пациентов с сексуальными дисфункциями (лекция) // Здоровье мужчины. – 2014. – №3 (50). – С. 139–144.
6. Кочарян Г. С. Оргазм, его расстройства и их преодоление. – Харьков: «ДИСА ПЛЮС», 2018. – 395 с.
7. Кришталь В. В., Григорян С. Р. Сексология. – М.: ПЭР СЭ, 2002. – 879 с.

8. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб.: «АДИС», 1994. – 304 с.
9. Свядош А. М. Женская сексопатология. Издание пятое, перераб. и допол. – Кишинев: Штиинца, 1991. – 184 с.
10. Arnow B. A., Millheiser L., Garrett A., Lake Polan M., Glover G. H., Hill K. R., Lightbody A., Watson C., Banner L., Smart T., Buchanan T., Desmond J. E. Women with hypoactive sexual desire disorder compared to normal females: a functional magnetic resonance imaging study // *Neuroscience*. – 2009. – 158 (2). – P. 484–502. DOI: 10.1016/j.neuroscience.2008.09.044.
11. Balon R., Clayton A. H. Female sexual interest/arousal disorder: a diagnosis out of thin air // *Arch Sex Behav*. – 2014. – 43 (7). – P. 1227–1229.
12. Basson R. Female Hypoactive Sexual Desire Disorders // *Handbook of Sexual Dysfunction* (Eds. R. Balon, R. Taylor Seagraves). – Boca Raton: Taylor & Francis Group, 2005. – P. 43–65.
13. Berman J. R., Berman L. A., Toler S. M., Gill J., Haughie S.; Sildenafil Study Group. Safety and efficacy of sildenafil citrate for the treatment of female sexual arousal disorder: a double-blind, placebo controlled study // *J Urol*. – 2003. – 170 (6 Pt 1). – P. 2333–2338. DOI: 10.1097/01.ju.0000090966.74607.34.
14. Biddle A. K., West S. L., D’Aloisio A. A., Wheeler S. B., Borisov N. N., Thorp J. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: quality of life and health burden // *Value Health*. – 2009. – 12 (5). – P. 763–772. DOI: 10.1111/j.1524-4733.2008.00483.x.
15. Bishop J. R., Ellingrod V. L., Akroush M., Moline J. The association of serotonin transporter genotypes and selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI)-associated sexual side effects: possible relationship to oral contraceptives // *Hum Psychopharmacol*. – 2009. – 24 (3) – P. 207–215. DOI: 10.1002/hup.1006.
16. Bishop J. R., Moline J., Ellingrod V. L., Schultz S. K., Clayton A. H. Serotonin 2A-1438 G/A and G-protein Beta3 subunit C825T polymorphisms in patients with depression and SSRI-associated sexual side-effects // *Neuropsychopharmacology*. – 2006. – 31 (10). – P. 2281–2288. DOI: 10.1038/sj.npp.1301090.

17. Brotto L. A. The DSM diagnostic criteria for hypoactive sexual desire disorder in women // *Arch Sex Behav.* – 2010. – 39 (2). – P. 221–239. DOI: 10.1007/s10508-009-9543-1.
18. Brotto L. A., Basson R., Luria M. A mindfulness-based group psychoeducational intervention targeting sexual arousal disorder in women // *J Sex Med.* – 2008. – 5 (7). – P. 1646–1659. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2008.00850.x.
19. Brotto L. A., Chivers M. L., Millman R. D., Albert A. Mindfulness-Based Sex Therapy Improves Genital-Subjective Arousal Concordance in Women With Sexual Desire/Arousal Difficulties // *Arch Sex Behav.* – 2016. – 45 (8). – P. 1907–1921. DOI: 10.1007/s10508-015-0689-8.
20. Burri A., Greven C., Leupin M., Spector T., Rahman Q. A multivariate twin study of female sexual dysfunction // *J Sex Med.* – 2012. – 9 (10). – P. 2671–2681. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2012.02861.x.
21. Clayton A. H., DeRogatis L. R., Rosen R. C., Pyke R. Intended or unintended consequences? The likely implications of raising the bar for sexual dysfunction diagnosis in the proposed DSM-V revisions: 2. For women with loss of subjective sexual arousal // *J Sex Med.* – 2012. – 9 (8). – P. 2040–2046. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2012.02859.x.
22. Dennerstein L., Koochaki P., Barton I., Graziottin A. Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: a survey of Western European women // *J Sex Med.* – 2006. – 3 (2). – P. 212–222. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2006.00215.x.
23. DeRogatis L. R., Clayton A. H., Rosen R. C., Sand M., Pyke R. E. Should sexual desire and arousal disorders in women be merged? // *Arch Sex Behav.* – 2011. – 40 (2). – P. 217–219; author reply 221–225. DOI: 10.1007/s10508-010-9677-1.
24. Derogatis L. R., Melisaratos N. The DSFI: a multidimensional measure of sexual functioning // *J Sex Marital Ther.* – 1979. – 5 (3). – P. 244–281. DOI: 10.1080/00926237908403732.
25. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition.* – United States: American Psychiatric Association, 2013. – x + 947 p.
26. *Diagnostic Criteria From DSM-IV™.* – Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994. – x + 358 p.
27. Donahey K. M., Carroll R. A. Gender differences in factors associated with hypoactive sexual desire // *J Sex Marital Ther.* – 1993. – 19 (1). – P. 25–40. DOI: 10.1080/00926239308404886.

28. Galyer K. T., Conaglen H. M., Hare A., Conaglen J. V. The effect of gynecological surgery on sexual desire // *J Sex Marital Ther.* – 1999. – 25 (2). – P. 81–88. DOI: 10.1080/00926239908403981.
29. Garde K., Lunde I. Female sexual behaviour. A study in a random sample of 40-year-old women // *Maturitas.* – 1980. – 2 (3). – P. 225–240. DOI: 10.1016/0378-5122(80)90007-9.
30. Goldstein I., Kim N. N., Clayton A. H., DeRogatis L. R., Giralardi A., Parish S. J., Pfaus J., Simon J. A., Kingsberg S. A., Meston C., Stahl S. M., Wallen K., Worsley R. Hypoactive Sexual Desire Disorder: International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) Expert Consensus Panel Review // *Mayo Clin Proc.* – 2017. – 92 (1). – P. 114–128. DOI: 10.1016/j.mayocp.2016.09.018.
31. Hill C. A., Preston L. K. Individual differences in the experience of sexual motivation: theory and measurement of dispositional sexual motives // *J Sex Res.* – 1996. – 33 (1). – P. 27–45.
32. Kingsberg S. A. Attitudinal survey of women living with low sexual desire // *J Womens Health (Larchmt).* – 2014. – 23 (10). – P. 817–823. DOI: 10.1089/jwh.2014.4743.
33. Kinsey A. C., Pomeroy V. B., Martin C. E. *Sexual Behavior in the Human Male.* Philadelphia: W. B. Saunders Company, 1948. – x + 804 p.
34. Klusmann D. Sexual motivation and the duration of partnership // *Arch Sex Behav.* – 2002. – 31 (3). – P. 275-287. DOI: 10.1023/a:1015205020769.
35. Laumann E. O., Gagnon J. H., Michael R. T., Michaels S. *The social organization of sexuality.* – Chicago: University of Chicago Press, 1994.
36. Leiblum S. R., Rosen R. C. Introduction: Changing Perspectives on Sexual Desire. *Sexual Desire Disorders* (Eds. S. R. Leiblum, R. C. Rosen). – New York; London: The Guilford Press, 1988. – P. 1–17.
37. Leiblum Sandra R. Chapter 1. Introduction and Overview. *Clinical Perspectives on and Treatment for Sexual Desire Disorders // Treating Sexual Desire Disorders. A Clinical Casebook* (Ed. Sandra R. Leiblum). – New York; London; The Guilford Press, 2010 – P. 1–22.
38. Lunde I., Larson G. K., Fog E., Garde K. Sexual desire, orgasm, and sexual fantasies: a study of 625 Danish women born in 1910, 1936 and 1958 // *J Sex Educ.Ther.* – 1991. – 17 (2). – P. 111–115. DOI: 10.1080/01614576.1991.11074012
39. Maserejian N. N., Shifren J., Parish S. J., Segraves R. T., Huang L., Rosen R. C. Sexual arousal and lubrication problems in women with

- clinically diagnosed hypoactive sexual desire disorder: preliminary findings from the hypoactive sexual desire disorder registry for women // *J Sex Marital Ther.* – 2012. – 38 (1). – P. 41–62. DOI: 10.1080/0092623X.2011.569642.
40. Maurice William L. Male Hypoactive Sexual Desire Disorder // *Handbook of Sexual Dysfunction* (Eds. R. Balon, R. Taylor Segraves). – Boca Raton: Taylor & Francis Group, 2005. – P. 67–109.
41. McCabe M. P., Sharlip I. D., Atalla E., Balon R., Fisher A. D., Laumann E., Lee S. W., Lewis R., Segraves R. T. Definitions of Sexual Dysfunctions in Women and Men: A Consensus Statement From the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015 // *J Sex Med.* 2016. – 13 (2). – P. 135–143. DOI: 10.1016/j.jsxm.2015.12.019.
42. Parish S. J., Goldstein A. T., Goldstein S. W., Goldstein I., Pfaus J., Clayton A. H., Giraldi A., Simon J. A., Althof S. E., Bachmann G., Komisaruk B., Levin R., Spadt S. K., Kingsberg S. A., Perelman M. A., Waldinger M. D., Whipple B. Toward a More Evidence-Based Nosology and Nomenclature for Female Sexual Dysfunctions-Part II // *J Sex Med.* – 2016. – 13 (12). – P. 1888–1906. DOI: 10.1016/j.jsxm.2016.09.020.
43. Parish S. J., Hahn S. R. Hypoactive Sexual Desire Disorder: A Review of Epidemiology, Biopsychology, Diagnosis, and Treatment // *Sex Med Rev.* – 2016. – 4 (2). – P. 103–120. DOI: 10.1016/j.sxmr.2015.11.009.
44. Pyke R. E., Clayton A. H. Psychological Treatment Trials for Hypoactive Sexual Desire Disorder: A Sexual Medicine Critique and Perspective // *J Sex Med.* – 2015. – 12 (12). – P. 2451–2458. DOI: 10.1111/jsm.13056.
45. Reed Geoffrey M., Drescher Jack, Krueger Richard B., Atalla Elham, Cochran Susan D., First Michael B., Cohen-Kettenis Peggy T., Arango-de Montis Iván, Parish Sharon J., Cottler Sara, Briken Peer, Saxena Shekhar. Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations // *World Psychiatry.* – 2016. – 15 (3). – P. 205–221. DOI: 10.1002/wps.20354
46. Regan P. C., Berscheid E. Beliefs about the state, goals, and objects of sexual desire // *J Sex Marital Ther.* – 1996. – 22 (2). – P. 110–120. DOI: 10.1080/00926239608404915.
47. Sarin S., Amsel R. M., Binik Y. M. Disentangling desire and arousal: a classificatory conundrum // *Arch Sex Behav.* – 2013. – 42 (6). – 1079-100. DOI: 10.1007/s10508-013-0100-6.

48. Schreiner-Engel P., Schiavi R. C. Lifetime psychopathology in individuals with low sexual desire // *J Nerv Ment Dis.* – 1986. – 174 (11). – P. 646–651. DOI: 10.1097/00005053-198611000-00002.
49. Sexual Behavior Disorder. – URL: <https://www.yourbrainonporn.com/miscellaneous-resources/world-health-organizations-icd-11-compulsive-sexual-behavior-disorder/> (the date of the reference: 25.03.2019).
50. Sungur M. Z., Gündüz A. A comparison of DSM-IV-TR and DSM-5 definitions for sexual dysfunctions: critiques and challenges // *J Sex Med.* – 2014. – 11 (2). – P. 364–373. DOI: 10.1111/jsm.12379.
51. The World Health Organization (WHO) has announced the official publication of a new version of the International Classification of Diseases (ICD-11) which includes a new chapter on Conditions Related to Sexual Health, bringing together conditions that were previously categorized in other ways and mostly under mental disorders. – URL: https://www.isswsh.org/images/Draft_ICD-11_Statement_7-26-18_with_Simon_Edits.pdf (the date of the reference: 27.09.2020).
52. Weijmar Schultz W. C., Van De Wiel H. B., Hahn D. E., Bouma J. Psychosexual functioning after treatment for gynecological cancer: an integrative model, review of determinant factors and clinical guidelines // *Int J Gynecol Cancer.* – 1992. – 2 (6). – P. 281–290. DOI: 10.1046/j.1525-1438.1992.02060281.x. Retraction in: Beller U. // *Int J Gynecol Cancer.* – 2013. – 23 (7). – P. 1346.

REFERENCES

1. Vasil'chenko GS. 1977. Polovaya konstituciya // *Obshchaya seksopatologiya: Rukovodstvo dlya vrachej.* Pod red. G. S. Vasil'chenko. M.: Medicina. 216–233.
2. Kelly GF. 2000. *Osnovy sovremennoj seksologii.* Per. s angl. SPb: Piter, 896 s.
3. Kocharyan GS. 2020. *Giperseksual'nost'.* Har'kov: OOO «DISA PLYUS». 263 s.
4. Kocharyan GS. 2008. *Gomoseksual'nost' i sovremennoe obshchestvo.* H.: EDENA. 240 s.
5. Kocharyan GS. 2014. Diagnostika potentsii i nekotorye nyuansy obsledovaniya pacientov s seksual'nymi disfunkciyami (lekciya). *Zdorov'e muzhchiny.* No 3 (50): 139–144.

6. Kocharyan GS. 2018. Orgazm, ego rasstrojstva i ih preodolenie. Har'kov: «DISA PLYUS». 395 s.
7. Krishtal' VV., Grigoryan SR. Seksologiya. 2002. M.: PER SE. 879 s.
8. Mezhdunarodnaya klassifikaciya boleznej (10-j peresmotr). Klassifikaciya psihicheskikh i povedencheskikh rasstrojstv. Klinicheskie opisaniya i ukazaniya po diagnostike. 1994. SPb.: «ADIS». 304 s.
9. Svyadoshch AM. 1991. ZHenskaya seksopatologiya. Izdanie pyatoe, pererab. i dopol. Kishinev: SHtiinca. 184 s.
10. Arnow BA, Millheiser L, Garrett A, Lake Polan M, Glover GH, Hill KR, Lightbody A, Watson C, Banner L, Smart T, Buchanan T, Desmond JE. 2009. Women with hypoactive sexual desire disorder compared to normal females: a functional magnetic resonance imaging study. *Neuroscience*. 158 (2): 484–502. DOI: 10.1016/j.neuroscience.2008.09.044.
11. Balon R, Clayton AH. 2014. Female sexual interest/arousal disorder: a diagnosis out of thin air. *Arch Sex Behav*. 43 (7): 1227–1229.
12. Basson R. 2005. Female Hypoactive Sexual Desire Disorders. *Handbook of Sexual Dysfunction* (Eds. R. Balon, R. Taylor Seagraves). Boca Raton: Taylor & Francis Group. 43–65.
13. Berman JR, Berman LA, Toler SM, Gill J, Haughie S.; Sildenafil Study Group. 2003. Safety and efficacy of sildenafil citrate for the treatment of female sexual arousal disorder: a double-blind, placebo controlled study. *J Urol*. 170 (6 Pt 1): 2333–2338. DOI: 10.1097/01.ju.0000090966.74607.34.
14. Biddle AK, West SL, D'Aloisio AA, Wheeler SB, Borisov NN, Thorp J. 2009. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: quality of life and health burden. *Value Health*. 12 (5): P. 763–772. DOI: 10.1111/j.1524-4733.2008.00483.x.
15. Bishop JR, Ellingrod VL, Akroush M, Moline J. 2009. The association of serotonin transporter genotypes and selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI)-associated sexual side effects: possible relationship to oral contraceptives. *Hum Psychopharmacol*. 24 (3): 207–215. DOI: 10.1002/hup.1006.
16. Bishop JR, Moline J, Ellingrod VL, Schultz SK, Clayton AH. 2006. Serotonin 2A-1438 G/A and G-protein Beta3 subunit C825T polymorphisms in patients with depression and SSRI-associated sexual side-effects. *Neuropsychopharmacology*. 31 (10): 2281–2288. DOI: 10.1038/sj.npp.1301090.

17. Brotto LA. 2010. The DSM diagnostic criteria for hypoactive sexual desire disorder in women // *Arch Sex Behav.* 39 (2): 221–239. DOI: 10.1007/s10508-009-9543-1.
18. Brotto LA, Basson R, Luria M. 2008. A mindfulness-based group psychoeducational intervention targeting sexual arousal disorder in women. *J Sex Med.* 5 (7): 1646–1659. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2008.00850.x.
19. Brotto LA, Chivers ML, Millman RD, Albert A. 2016. Mindfulness-Based Sex Therapy Improves Genital-Subjective Arousal Concordance in Women With Sexual Desire/Arousal Difficulties. *Arch Sex Behav.* 45 (8): 1907–1921. DOI: 10.1007/s10508-015-0689-8.
20. Burri A, Greven C, Leupin M, Spector T, Rahman Q. 2012. A multivariate twin study of female sexual dysfunction // *J Sex Med.* – 2012. 9 (10): 2671–2681. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2012.02861.x.
21. Clayton AH, DeRogatis LR, Rosen RC, Pyke R. 2012. Intended or unintended consequences? The likely implications of raising the bar for sexual dysfunction diagnosis in the proposed DSM-V revisions: 2. For women with loss of subjective sexual arousal // *J Sex Med.* 9 (8): 2040–2046. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2012.02859.x.
22. Dennerstein L, Koochaki P, Barton I, Graziottin A. 2006. Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: a survey of Western European women. *J Sex Med.* 3 (2): 212–222. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2006.00215.x.
23. DeRogatis LR, Clayton AH, Rosen RC, Sand M, Pyke RE. 2011. Should sexual desire and arousal disorders in women be merged? *Arch Sex Behav.* 40 (2): 217–219; author reply 221–225. DOI: 10.1007/s10508-010-9677-1.
24. Derogatis LR, Melisaratos N. 1979. The DSFI: a multidimensional measure of sexual functioning. *J Sex Marital Ther.* 5 (3): 244–281. DOI: 10.1080/00926237908403732.
25. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition.* 2013. United States: American Psychiatric Association. x + 947 p.
26. *Diagnostic Criteria From DSM-IV™* 1994. Washington, DC: American Psychiatric Association. x + 358 p.
27. Donahey KM, Carroll RA. 1993. Gender differences in factors associated with hypoactive sexual desire. *J Sex Marital Ther.* 19 (1): P. 25–40. DOI: 10.1080/00926239308404886.

28. Galyer KT, Conaglen HM, Hare A, Conaglen JV. 1999. The effect of gynecological surgery on sexual desire. *J Sex Marital Ther.* 25 (2): 81–88. DOI: 10.1080/00926239908403981.
29. Garde K, Lunde I. 1980. Female sexual behaviour. A study in a random sample of 40-year-old women. *Maturitas.* 2 (3): 225–240. DOI: 10.1016/0378-5122(80)90007-9.
30. Goldstein I, Kim NN, Clayton AH, DeRogatis LR, Giraldi A, Parish SJ, Pfaus J, Simon JA, Kingsberg SA, Meston C, Stahl SM, Wallen K, Worsley R. 2017. Hypoactive Sexual Desire Disorder: International Society for the Study of Women’s Sexual Health (ISSWSH) Expert Consensus Panel Review. *Mayo Clin Proc.* 92 (1): P. 114–128. DOI: 10.1016/j.mayocp.2016.09.018.
31. Hill CA, Preston LK. 1996. Individual differences in the experience of sexual motivation: theory and measurement of dispositional sexual motives. *J Sex Res.* 33 (1): P. 27–45.
32. Kingsberg SA. 2014. Attitudinal survey of women living with low sexual desire. *J Womens Health (Larchmt).* 23 (10): 817–823. DOI: 10.1089/jwh.2014.4743.
33. Kinsey AC, Pomeroy VB, Martin CE. 1948. *Sexual Behavior in the Human Male.* Philadelphia: W. B. Saunders Company. – x + 804 p.
34. Klusmann D. 2002. Sexual motivation and the duration of partnership. *Arch Sex Behav.* 31 (3): P. 275–287. DOI: 10.1023/a:1015205020769.
35. Laumann E0, Gagnon JH, Michael RT, Michaels S. 1994. *The social organization of sexuality.* Chicago: University of Chicago Press.
36. Leiblum SR, Rosen RC. 1988. Introduction: Changing Perspectives on Sexual Desire. *Sexual Desire Disorders* (Eds. S. R. Leiblum, R. C. Rosen). New York; London: The Guilford Press. 1–17.
37. Leiblum Sandra R. 2010. Chapter 1. Introduction and Overview. *Clinical Perspectives on and Treatment for Sexual Desire Disorders. Treating Sexual Desire Disorders. A Clinical Casebook* (Ed. Sandra R. Leiblum). New York; London; The Guilford Press. 1–22.
38. Lunde I, Larson GK., Fog E, Garde K. 1991. Sexual desire, orgasm, and sexual fantasies: a study of 625 Danish women born in 1910, 1936 and 1958. *J Sex Educ.Ther.* 17 (2): 111–115. DOI: 10.1080/01614576.1991.11074012
39. Maserejian NN, Shifren J, Parish SJ, Seigraves RT, Huang L, Rosen RC. 2012. Sexual arousal and lubrication problems in women with clinically diagnosed hypoactive sexual desire disorder: preliminary

- findings from the hypoactive sexual desire disorder registry for women. *J Sex Marital Ther.* 38 (1): 41–62. DOI: 10.1080/0092623X.2011.569642.
40. Maurice William L. 2005. Male Hypoactive Sexual Desire Disorder. // *Handbook of Sexual Dysfunction* (Eds. R. Balon, R. Taylor Segraves). Boca Raton: Taylor & Francis Group. 67–109.
41. McCabe MP, Sharlip ID, Atalla E, Balon R, Fisher AD, Laumann E., Lee SW, Lewis R, Segraves RT. 2016. Definitions of Sexual Dysfunctions in Women and Men: A Consensus Statement From the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *J Sex Med.* 13 (2): 135–143. DOI: 10.1016/j.jsxm.2015.12.019.
42. Parish SJ, Goldstein AT, Goldstein SW, Goldstein I, Pfaus J, Clayton AH, Giraldi A, Simon JA, Althof SE, Bachmann G, Komisaruk B, Levin R, Spadt SK, Kingsberg SA, Perelman MA, Waldinger MD, Whipple B. 2016. Toward a More Evidence-Based Nosology and Nomenclature for Female Sexual Dysfunctions-Part II. *J Sex Med.* 13 (12): 1888–1906. DOI: 10.1016/j.jsxm.2016.09.020.
43. Parish SJ, Hahn SR. 2016. Hypoactive Sexual Desire Disorder: A Review of Epidemiology, Biopsychology, Diagnosis, and Treatment. *Sex Med Rev.* 4 (2): 103–120. DOI: 10.1016/j.sxmr.2015.11.009.
44. Pyke RE, Clayton AH. 2015. Psychological Treatment Trials for Hypoactive Sexual Desire Disorder: A Sexual Medicine Critique and Perspective. *J Sex Med.* 12 (12): 2451–2458. DOI: 10.1111/jsm.13056.
45. Reed Geoffrey M, Drescher Jack, Krueger Richard B, Atalla Elham, Cochran Susan D, First Michael B, Cohen-Kettenis Peggy T, Arango-de Montis Iván, Parish Sharon J, Cottler Sara, Briken Peer, Saxena Shekhar. 2016. Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World Psychiatry.* 15 (3): 205–221. DOI: 10.1002/wps.20354
46. Regan PC, Berscheid E. 1996. Beliefs about the state, goals, and objects of sexual desire. *J Sex Marital Ther.* 22 (2): 110–120. DOI: 10.1080/00926239608404915.
47. Sarin S, Amsel RM, Binik YM. 2013. Disentangling desire and arousal: a classificatory conundrum. *Arch Sex Behav.* 42 (6). 1079-100. DOI: 10.1007/s10508-013-0100-6.
48. Schreiner-Engel P, Schiavi RC. 1986. Lifetime psychopathology in individuals with low sexual desire. *J Nerv Ment Dis.* 174 (11): 646–651. DOI: 10.1097/00005053-198611000-00002.

49. Sexual Behavior Disorder. – URL: <https://www.yourbrainonporn.com/miscellaneous-resources/world-health-organizations-icd-11-compulsive-sexual-behavior-disorder/> (the date of the reference: 25.03.2019).
50. Sungur MZ, Gündüz A. 2014. A comparison of DSM-IV-TR and DSM-5 definitions for sexual dysfunctions: critiques and challenges. *J Sex Med.* 11 (2): P. 364–373. DOI: 10.1111/jsm.12379.
51. The World Health Organization (WHO) has announced the official publication of a new version of the International Classification of Diseases (ICD-11) which includes a new chapter on Conditions Related to Sexual Health, bringing together conditions that were previously categorized in other ways and mostly under mental disorders. – URL: https://www.isswsh.org/images/Draft_ICD-11_Statement_7-26-18_with_Simon_Edits.pdf (the date of the reference: 27.09.2020).
52. Weijmar Schultz WC., Van De Wiel HB, Hahn DE, Bouma J. 1992. Psychosexual functioning after treatment for gynecological cancer: an integrative model, review of determinant factors and clinical guidelines. *Int J Gynecol Cancer.* 2 (6): 281–290. DOI: 10.1046/j.1525-1438.1992.02060281.x. Retraction in: Beller U. 2013. *Int J Gynecol Cancer.* 23 (7): 1346.

Бібліографічні дані про статтю (citation): Кочарян Г. С. Ослаблене лібідо, його проявлення і визначення гіпоактивного розладу статевих бажань // *Здоров'я чоловіка.* – 2021. – № 4 (79). – С. 90–97. [Kocharyan, G. S. (2021). Diminished libido, its manifestations and definitions of hypoactive sexual desire disorder. *Health of Man.* No 4 (79): 90–97.] DOI: <https://doi.org/10.30841/2307-5090.4.2021.252407> (This is the Russian version of the article in Ukrainian.)