

ГИПЕРСЕКСУАЛЬНОСТЬ: ТЕРМИНЫ, ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ, КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИЯ, РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ

Г. С. Кочарян

Харьковская медицинская академия последипломного образования

В статье представлены некоторые аспекты проблемы гиперсексуальности: используемые термины, отражение ее в современных классификациях (МКБ-10, DSM-5, проекте МКБ-11), различные модели патологической гиперсексуальности: обсессивно-компульсивная, аддиктивная, обусловленная нарушением контроля импульсов, а также связанная с расстройством в форме постоянного генитального возбуждения и синдромом раздраженных гениталий. 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. Приводятся данные о частоте гиперсексуальности.

Ключевые слова: гиперсексуальность, термины, диагностические подходы, концептуализация (модели), распространенность.

Гиперсексуальность – явление, которому в специальной отечественной литературе уделяется очень небольшое внимание. Поэтому целью данной работы стало детально обсудить некоторые ее аспекты, опираясь на современные представления об этой проблеме.

Термины

Гиперсексуальность проявляется в форме усиления полового влечения и интенсификации сексуального поведения. А. М. Свядощ [13] сообщает, что гиперсексуальность представляет собой патологическое усиление полового влечения и повышение способности к переживанию оргазма. Первое получило название сексомании или нимфомании у женщин и сатириазы – у мужчин, второе – гиперпотенцемии. Термины «сатириаз» и «нимфомания» являются несколько архаичными. Их происхождение следующее. Сати́рами (др.-греч. Σάτυροι, ед. ч. Σάτυρος) в греческой мифологии называли лесные

божества, демоны плодородия, жизнерадостные козлоногие существа, населявшие греческие острова. Они были ленивы, распутны и проводили время в пьянстве и охоте за нимфами [12]. Нимфы (др.-греч. νύμφαι, лат. nymphae – невесты) – божества природы в древнегреческой мифологии в виде девушек, олицетворяющих различные живительные и плодоносные силы Земли, природные объекты и явления. Их интимную жизнь с божествами и людьми характеризуют так. Большинство их половых контактов были кратковременными, но были и долгосрочные союзы [11].

Существует целый ряд других терминов, под которыми описывают гиперсексуальность, главными из которых, помимо гиперсексуальности, являются сексуальная аддикция (включающая и порноаддикцию) и неконтролируемое сексуальное поведение. Помимо этого, можно встретиться с различными другими названиями, характеризующими это состояние: навязчивая мастурбация, навязчивое сексуальное поведение, киберсекс, эротомания, чрезмерное сексуальное влечение, гиперфилия, гиперсексуальное расстройство, проблематичная гиперсексуальность, сексуальная компульсивность (принуждение), сексуальная импульсивность. Термины, описывающие гиперсексуальных мужчин, следующие: донжуанист (donjuanist), сатиromanьяк (satyromaniac), сатириак (satyriac) и сатириасист (satyriacist). Гиперсексуальных женщин называли не только нимфоманками, но и клитороманками (clitoromaniac). Существуют и нейтральные в отношении половой принадлежности термины, такие как гиперсексуалист, сексоголик, онанист, гиперфили(а)к (hyperphiliac) и эротоман. Также можно встретиться с такими терминами, как донжуанизм, комплекс Мессалины, сексоголизм, гиперлибидо (hyperlibido) и фурор матки (furor uterinus) [41].

Интерес представляют сведения о выдающихся личностях, которые отличались высокой сексуальной активностью. Так, В. П. Эфроимсон в своей книге «Генетика гениальности» [15] сообщает: «Безудержной сексуальностью отличались Генрих II Плантагенет, Ярослав Мудрый, Атилла, Чингиз-хан, Гаральд Гарфагар, Иван Грозный, Август II Сильный,

Генрих VIII Тюдор, Генрих IV Бурбон, Петр I, Екатерина II, Жорж Санд, Д. Г. Байрон, А. С. Пушкин, М. Ю. Лермонтов, Ф. И. Тютчев, А. Мюссе, О. Бальзак, Г. Гейне, Г. Мопассан, А. А. Блок, С. А. Есенин, В. В. Маяковский, Л. Н. Толстой и многие другие. У некоторых повышенная сексуальность сохранялась до глубокой старости (И. В. Гете), и если биографии многих замечательных деятелей свидетельствуют о полной или почти полной сублимации секса творчеством (Кант, Людвиг ван Бетховен), то когда-нибудь появится возможность рассмотреть и этот возможный источник творческой потенции, столь ярко проявившийся у аскетов-подвижников, священников, монахов».

Диагностические подходы

В Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) существует рубрика F52.7 «Повышенное половое влечение». Там сказано, что как «мужчины, так и женщины могут иногда жаловаться на повышенное половое влечение как на самостоятельную проблему обычно в юношеском и молодом возрасте. Когда повышенное половое влечение является вторичным по отношению к аффективному расстройству (F30-F39) или когда оно развивается на ранних стадиях деменции (F00-F03), следует кодировать основное расстройство» [10, с. 191.]. В МКБ-10 также есть код F98.8 – чрезмерная мастурбация. В последнем американском Диагностическом и статистическом руководстве по психическим расстройствам 5-го пересмотра (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition; DSM-V) 2013 года [33] рубрика, которая бы соответствовала повышенному половому влечению, отсутствует.

Тем не менее гиперсексуальное расстройство предлагалось включить в качестве психического расстройства в раздел «Сексуальные расстройства» DSM-V. Рассматривались исторические прецеденты, описывающие гиперсексуальное поведение, а также предшествующие представления и предложения по включению данного состояния в предыдущие версии DSM.

Были представлены как эпидемиологические, так и клинические данные, свидетельствующие о том, что непарафильные «перегибы» сексуального поведения (то есть гиперсексуальное поведение и гиперсексуальные расстройства) могут сопровождаться как клинически значимым дистрессом личности, так и заболеваниями. Основываясь на обширном обзоре литературы, гиперсексуальное расстройство концептуализировали прежде всего как непарафильное расстройство полового влечения с импульсивным компонентом. Предлагались диагностические критерии и поведенческие характеристики гиперсексуальности [43]. Однако в 2013 г. редакторы DSM-5 отказались добавить гиперсексуальное расстройство в список патологий. Такой диагноз можно было бы использовать для диагностики сексуальной поведенческой аддикции. Эксперты говорят, что это препятствовало усилиям по профилактике, исследованиям и лечению данного состояния и лишало клиницистов официального диагноза компульсивного расстройства сексуального поведения [80].

Однако в проект МКБ-11 был введен код 6C92 «Compulsive sexual behaviour disorder» (CSBD) («Компульсивное расстройство сексуального поведения»; КРСП), которое характеризуется постоянной неспособностью контролировать интенсивные, повторяющиеся сексуальные импульсы или побуждения, приводящие к повторяющемуся сексуальному поведению. Его симптомы могут включать повторяющиеся сексуальные действия, становящиеся главным центром жизни человека, вплоть до пренебрежения здоровьем и заботой о себе или другими интересами, действиями и обязанностями. Также характерны многочисленные неудачные попытки значительно уредить повторяющееся сексуальное поведение, несмотря на неблагоприятные его последствия или небольшое или полное отсутствие удовлетворения от него. Паттерн неспособности контролировать интенсивные сексуальные побуждения и, как следствие, повторяющееся сексуальное поведение проявляется в течение длительного периода времени (например, 6 месяцев или более) и вызывает заметный дистресс или

значительные нарушения в личной, семейной, социальной, образовательной, профессиональной или других важных областях функционирования. [80]. В МКБ-11 отсутствуют такие коды как гиперсексуальность и сексуальная зависимость.

Концептуализация

В настоящее время гиперсексуальность рассматривается как:

1. Тип обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР) или «расстройство спектра ОКР». J. Bancroft и Z. Vukadinovic [18] отмечают, что в нескольких исследованиях были обнаружены признаки ОКР среди сексуальных аддиктов, однако частота выявления ОКР при данной патологии невелика и составляет 15% (Black et al., 1997; Shapira, Goldsmith, Keck, Khosia и McElroy 2000). Навязчивые мысли типа ОКР, отмечают авторы, часто имеют сексуальное содержание, но обычно они сопровождаются негативным настроением и отсутствием сексуального возбуждения. Они высказывают предположение, что у большинства людей обсессивно-компульсивного типа со склонностью к расстройствам настроения имело бы место снижение сексуальной возбудимости во время «негативных состояний настроения», что отмечается у большинства людей. Вместе с тем сообщается, что Н. М. С. Warwick и Р. М. Salkovskis [77] описали двух мужчин, чьи обсессивно-компульсивные симптомы включали навязчивые сексуальные мысли, сопровождающиеся эрекцией полового члена.

Г. С. Васильченко [2, с. 283] выделил персевераторно-обсессивную мастурбацию, которая характеризуется чертами навязчивости. В наиболее тяжелых случаях мастурбация этого типа осуществляется при отсутствии либидо, эрекций и оргазма. Так, один из больных, страдающий шизофренией, сообщает автор, жаловался: «Желания никакого нет, оргазм сперва притупился, а затем и совсем исчез... радости от этого не испытываю никакой; зачем мне все это – не знаю, а остановиться не могу».

К нам однажды на консультацию из эндокринологического института был направлен мужчина, который «снял» головную боль посредством половых актов, что превратилось у него в навязчивость. При обращении в психоневрологический диспансер главный врач сказал ему, что необходима кастрация. В связи с этим у меня даже возникла идея, кому ее следует провести. Один, обратившийся к нам за лечебной помощью в связи с наличием у него сексуального расстройства пациент, мастурбировал в среднем по 10 раз в день 4-5 раз в неделю, а иногда более чем 30 раз в сутки (подчас до 50). Утром чувствовал себя плохо, «тархтело» сердце. Ему был поставлен диагноз шизофрении.

2. Зависимость (аддикцию) (СА) [22; 57; 78]. Концепция гиперсексуальности как зависимости появилась в 1970-х годах. Она была инициирована членами организации «Анонимные алкоголики», которые чувствовали, что испытывают такое же отсутствие контроля и принуждение (компульсивность) в сексуальном поведении, как и в случае с алкоголем [41].

Отмечается, что СА характеризуется компульсивным участием в сексуальной активности или принудительным вовлечением в нее (по интрапсихическим механизмам), несмотря на негативные последствия [51]. Термин «сексуальная зависимость» также используется для обозначения людей, которые сообщают о неспособности контролировать свои сексуальные побуждения, поведение или мысли.

П. Карнес (P. Carnes, 1986) предположил, что типичный цикл аддикции включает четыре стадии. Первоначально сексуальный аддикт входит в трансподобное состояние *озабоченности*, в котором навязчивые мысли о специфическом сексуальном поведении создают потребность в реализации такого поведения. Эта сильная озабоченность вызывает определенные *ритуалистические* действия, которые усиливают сексуальное возбуждение, возникшее на стадии озабоченности. Следующая стадия – фактическое выражение *сексуального акта*. За ней следует заключительная стадия, стадия *упадка*, во время которой сексуальные аддикты испытывают чувство

никчемности, депрессии и тревоги. Единственный способ уменьшить или обезболить эти ощущения состоит в том, чтобы начать цикл снова. С каждым повторным циклом аддиктивное поведение становится более интенсивным и неуправляемым, «таким образом подкрепляя лежащее в основе чувство неполноценности, которое является ядром системы убеждений аддикта» [по 8].

Сексуальная зависимость не является клиническим диагнозом ни в проекте МКБ-11, ни в DSM-V. В последней Китайской классификации психических расстройств (Chinese Society of Psychiatry produces the Chinese Classification of Mental Disorders; CCMD) третьего пересмотра (CCMD-3) такой диагноз тоже отсутствует. Некоторые утверждают, что применение такого понятия к сексуальному поведению проблематично, так как может послужить патологизации нормального поведения и причинить вред. Однако в версии DSM-III-R, опубликованной в 1987 г., была ссылка на сексуальную зависимость [31], которую впоследствии удалили [43]. DSM-IV-TR, опубликованная в 2000 году, не включала сексуальную зависимость как психическое расстройство [32].

В ноябре 2016 г. Американская ассоциация преподавателей, консультантов и терапевтов по сексуальности (the American Association of Sexuality Educators, Counselors and Therapists; AASECT) – официальный орган по сексуальной терапии и терапии отношений в Соединенных Штатах – опубликовала заявление о позиции в отношении сексуальной зависимости, в котором говорится, что AASECT «... не находит достаточно эмпирических данных для поддержки диагноза сексуальной аддикции или порноаддикции как расстройства психического здоровья, и не находит тренинговые и лечебные методы и образовательные методики, адекватно информирующие посредством точного знания о человеческой сексуальности» [16].

Следует отметить, что Mayo Clinic (клиника Майо, США) рассматривает сексуальную зависимость как форму обсессивно-компульсивного расстройства и называет его сексуальной принудительностью. Однако среди

психиатров, психологов, сексологов и других специалистов ведутся серьезные споры о том, является ли навязчивое сексуальное поведение зависимостью [по 67]. Некоторые авторы предложили повторно ввести сексуальную зависимость в систему DSM, однако эта попытка не увенчалась успехом и такой диагноз не был включен в DSM-5. Тем не менее отмечается, что, несмотря на это, исследования показывают, что существует явная распространенность неблагоприятного сексуального поведения, которое по своему развитию аналогично «химической» зависимости [53].

Drew A. Kingston [45] в своей статье рассматривает полезность и приемлемость концептуализации сексуальной зависимости при описании гиперсексуального поведения как, возможно, наиболее распространенной модели, используемой в научных кругах и в популярных средствах массовой информации. Автор сообщает, что идея о том, что сексуальное поведение может вызывать привыкание, принадлежит J. Orford (Дж. Орфорду) [58], но наиболее широко она была представлена в книге Patrick Carnes (Патрика Карнеса) «Out of the Shadows: Understanding Sexual Addiction» («Из тени: понимание сексуальной зависимости») [22], который, наряду с другими авторами [39; 64], выявил общие клинические характеристики непарафильной (а также парафильной) гиперсексуальности и аддикции.

3. Расстройство импульсивности (a disorder of impulsivity). R. Irons, Jennifer P Schneider [42] в своей статье сообщают, что некоторые авторы (например, Barth и Kinder, 1987) считают компульсивное сексуальное поведение по сути расстройством контроля импульсов (impulse control disorder). По мнению авторов статьи, некоторые случаи «сексуального избытка» («sexual excess») представляют собой нарушение контроля импульсов, в то время как большинство случаев связано с другими диагнозами DSM. «Существенной особенностью расстройств контроля импульсов является неспособность противостоять импульсу, влечению или искушению совершить действие, которое является вредным для самого человека или других людей. Индивидуум испытывает усиливающееся

чувство напряжения или возбуждения, прежде чем совершить действие, а затем испытывает удовольствие, удовлетворение или облегчение, связанные с деятельностью. После сексуального отыгрывания могут иметь место или отсутствовать сожаления, самообвинения или чувство вины».

Shane W. Kraus и соавт. [47] в качестве основного термина для обозначения этой патологии выбрали «компульсивное сексуальное поведение» (КСП). Они отмечают, что хотя предыдущие исследования выявили сходство между сексуальной зависимостью, проблемной гиперсексуальностью / гиперсексуальным расстройством и сексуальной компульсивностью, они используют термин «компульсивное сексуальное поведение», чтобы охватить более широкую категорию проблемного чрезмерного сексуального поведения, которая включает все вышеперечисленные термины. Авторы рассматривают КСП как сексуальное поведение, «определяемое как трудности в контроле неуместных или чрезмерных сексуальных фантазий, побуждений / пристрастий или поведения, которые вызывают субъективное расстройство или ухудшение повседневного функционирования человека ...». Они сообщают, что, несмотря на растущий объем исследований, среди исследователей и клиницистов существует небольшое согласие относительно определения КСП [45].

Некоторые авторы рассматривают проблематичное / чрезмерное участие в сексуальном поведении как признак гиперсексуального расстройства [43], непарафильного КСП [28], расстройства настроения, такого как биполярное расстройство [52], или как поведенческую зависимость [21; 46]. КСП, как было отмечено нами ранее, также рассматривается в качестве диагностического объекта в категории расстройств контроля импульсов в МКБ-11 [40]. В течение последнего десятилетия исследователи и врачи начали осмысливать КСП в рамках проблемной гиперсексуальности.

Eli Coleman [27] отмечает, что КСП обусловлено механизмами снижения тревоги, а не сексуальным желанием. Оно временно ослабляет

психологический стресс, но при постоянном функционировании приводит к еще большему стрессу. Сексуальная активность приносит временное облегчение, но за ней следуют дальнейшие психологические расстройства. По его мнению, КСП «может быть более точно описано как симптом основного обсессивно-компульсивного расстройства, при котором поведение, обусловленное тревогой, носит сексуальный характер. Люди могут описывать генерализованную тревогу, дистимию, приступы паники, навязчивые мысли и/или навязчивые побуждения. Они также могут чувствовать себя «неуправляемыми» в отношении секса. Они обычно жалуются на хроническую тревогу или низкую степень депрессии с пиками острой тревоги или депрессии. Пациенты часто соответствуют диагнозам «генерализованное тревожное расстройство» или «дистимия» «Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам» («Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders»; DSM III-R) [31]. Большинство врачей сходятся во мнении, что навязчивые идеи и компульсии приводят к вторичным ощущениям тревоги и депрессии» [27, p. 12].

Цитируемый автор также обращает внимание на следующее: «Навязчивые идеи неприятны, потому что они являются проявлением того, что чьи-то мысли выходят из-под контроля. Поскольку сексуальное поведение часто воспринимается как приятное занятие, некоторые утверждают, что КСП не соответствует строгим диагностическим критериям обсессивно-компульсивного расстройства (ОКР). Тем не менее, люди с КСП редко сообщают об удовольствии от их навязчивых мыслей или компульсивного поведения. Они также знают, что их повторяющиеся мысли или поведение бессмысленны или неприятны, что является важной отличительной чертой между нормальным сексуальным поведением и КСП. Следовательно, КСП следует рассматривать как вариант ОКР ...» [27, p. 12].

Далее отмечается, что люди с КСП описывают половой акт как то, что устраняет тревогу, депрессию или навязчивые мысли. Однако за этим

следует кратковременное облегчение, которое сменяется негативными чувствами, что вынуждает людей вновь искать облегчение. Eli Coleman [27] негативно относится к аддиктивной модели гиперсексуальности и отмечает, что хотя термин «зависимость» может быть интересной метафорой, он устраняет сущностное понимание этиологии КСП.

Drew A. Kingston [45], концептуально анализируя проблему гиперсексуальности, сообщает о существовании трех преобладающих патофизиологических моделей. Они были разработаны на основе наблюдаемого сходства между гиперсексуальным расстройством и обсессивно-компульсивными расстройствами (сексуальная компульсивность), расстройствами контроля импульсов (сексуальная импульсивность) и аддикциями (сексуальная аддикция). Каждая модель включает в себя сходные черты, однако существуют ключевые различия в отношении основных мотивационных состояний. Суть этих различий состоит в степени выраженности импульсивности или компульсивности. Хотя импульсивность и компульсивность часто функционируют взаимозаменяемо, это относительно разные конструкции. Импульсивность обычно определяется как склонность действовать спонтанно и без обдумывания [23, р. 313] и как предрасположенность к быстрым, незапланированным реакциям на внутренние или внешние раздражители без учета негативных последствий [54]. Автор отмечает, что компульсивность, в отличие от импульсивности, характеризуется повторяющимися действиями, которые направлены на уменьшение тревоги или дистресса [33]. Люди с компульсивными чертами, как правило, проявляют повышенную бдительность и желание избежать вреда и уменьшить беспокойство. Эти черты были включены в большинство определений аддикции. Цитируемый автор сообщает, что аддиктивное поведение характеризуется переходом от импульсивности (использования вещества для удовольствия) к принуждению (избавление с помощью вещества от негативных эмоциональных состояний). Для поддержки моделей гиперсексуальности как обсессивно-компульсивного расстройства [26; 27] и

расстройства контроля импульсов [19; 65] была специально использована степень, в которой гиперсексуальные пациенты проявляют компульсивные и импульсивные черты.

Сообщается, что некоторые люди с гиперсексуальностью для смягчения негативных эмоциональных состояний проявляют компульсивность [20; 59], тогда как другие – импульсивность, направленную на усиление позитивных эмоциональных состояний [60; 62; 65; 66]. Сравнения мотивационных состояний проводились не только между отдельными выборками, но и внутри них. Так, в одном исследовании треть участников выборки сочли свои мысли навязчивыми, и 87% опрошенных пытались сопротивляться таким побуждениям, что являлось доказательством компульсивности. Тем не менее использование Миннесотского многоаспектного личностного опросника (Minnesota Multiphasic Personality Inventory; MMPI) свидетельствовало о более высоком уровне импульсивности по сравнению с нормативными образцами [69]. В целом, эти исследования показывают, что как импульсивные, так и компульсивные признаки могут быть иметь место в выборке лиц с гиперсексуальным расстройством. У людей, страдающих им, возможен переход от импульсивности к компульсивности, но возможна и альтернатива, когда сексуальное поведение вначале будет направлено на регуляцию негативного настроения, а потом, в соответствии с принципами подкрепления, будет усиливать удовольствие и позитивное настроение [45].

4. В настоящее время, вероятно, можно обозначить еще одну концептуализацию поведенческой гиперсексуальности. Так, некоторые авторы выделяют *синдром постоянного сексуального возбуждения* (persistent sexual arousal syndrome [PSAS]), который потом назвали *расстройством в форме постоянного генитального возбуждения* (persistent genital arousal disorder [PGAD]) [37; 48], а также *синдром раздраженных гениталий* (restless genital syndrome [ReGS]) [75; 76]. Эти расстройства впервые на постсоветском пространстве были детально представлены в наших статьях [5-7].

D. Goldmeier и соавт. [38] приводят следующие диагностические критерии PGAD:

1. Симптомы, характерные для сексуального возбуждения (генитальное набухание и чувствительность с набуханием сосков или без него), которые сохраняются в течение длительного периода времени (часы или дни) и самостоятельно полностью не утихают.

2. Симптомы физиологического возбуждения, которые не проходят при обычном оргазме, и могут потребоваться множественные оргазмы на протяжении часов или дней для уменьшения этого возбуждения.

3. Симптомы возбуждения, как правило, не воспринимаются как связанные с каким-либо субъективным ощущением сексуального возбуждения или желания.

4. Стойкое генитальное возбуждение может быть вызвано не только посредством сексуальной активности, но, видимо, также несексуальными раздражителями или вообще без видимых стимулов.

5. Симптомы воспринимаются как неуместные, навязчивые и нежелательные.

6. Эти симптомы вызывают у женщины по крайней мере умеренную степень дистресса.

Когда PSAS/PGAD сочетается с синдромом беспокойных ног (restless legs syndrome [RLS]) и/или с синдромом гиперактивного мочевого пузыря (overactive bladder syndrome [OABS]), и/или с гиперчувствительностью мочеиспускательного канала (hypersensitivity of the urethra), его называют синдромом раздраженных гениталий (restless genital syndrome [ReGS]) [71-73; 75; 76].

По мнению нидерландского сексолога М. Д. Waldinger (М. Д. Вальдингер), ReGS является генитальной формой RLS.

Диагноз ReGS ставят на основании наличия следующих 7 критериев [71]:

1) нежелательные и неприятные беспокоящие генитальные ощущения при отсутствии сексуального желания или сексуальных фантазий;

2) нежелательные неприятные спонтанные оргазмы при отсутствии сексуального желания или сексуальных фантазий;

3) жалобы, характерные для синдрома беспокойных ног;

4) жалобы, характерные для синдрома гиперактивного мочевого пузыря;

5) усиление нежелательных неприятных беспокоящих генитальных ощущений в положении сидя;

6) постоянная механическая гиперестезия генитальной области при сенсорном тестировании (пальпации);

7) появление нежелательных и неприятных генитальных ощущений при мануальном обследовании нижней ветви лобковой кости.

Сообщается, что существенным проявлением этого синдрома является ощущение приближения нежелательного непроизвольного оргазма у женщин, что его симптомы вызывают страдания, существуют длительное время и не проходят после одного или более оргазмов [4].

Для того чтобы поставить диагноз ReGS, вовсе не обязательно наличие всех вышеприведенных критериев. Например, при отсутствии жалоб, характерных для синдрома беспокойных ног, могут иметь место проявления гиперактивного мочевого пузыря, или наоборот. Во многих публикациях сообщается о наличии при ReGS нежелательных и неприятных ощущений в гениталиях [74], что и стало одним из его диагностических критериев.

Если говорить о специфике данной модели, то следует обратить внимание на следующие, приведенные нами выше, ее характеристики. Так, симптомы возбуждения не воспринимаются как связанные с каким-либо субъективным ощущением сексуального возбуждения или желания [38]. Также фиксируют внимание на нежелательных и неприятных беспокоящих генитальных ощущениях и нежелательных неприятных *спонтанных оргазмах*, количество которых в день может достигать очень больших величин (один мужчина испытывал до 100 оргазмов в день, а одна женщина – до 500 [5]). И то и другое имеет место при отсутствии сексуального желания

или сексуальных фантазий [71]. Механизмы, которые находятся в основе этой модели, были представлены нами ранее [6].

Является ли гиперсексуальность патологией?

Ряд авторов высказывается против включения гиперсексуальности и сексуальной зависимости в классификационные системы по следующим обстоятельствам:

1. Подчеркивается тот факт, что в настоящее время якобы недостаточно проверенных фактических данных для установления диагностических критериев, чтобы идентифицировать такое поведение как психическое расстройство [33]. Отмечалось, что использование таких меток, как сексуальная аддикция, сексуальная компульсивность и импульсивность, является как преждевременным, так и диагностически опасным, поскольку исследования еще не выяснили, действительно ли патологические симптомы, согласующиеся с этими метками, такие как тревожность и импульсный контроль, действительно связаны с чрезмерным сексуальным поведением [63].

Однако систематический обзор сексуальной зависимости (2014 г.) показал, что «отсутствие эмпирических данных о сексуальной зависимости является результатом полного отсутствия этого заболевания в версиях Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам» [44].

2. Не признают данную патологию на основании гуманистических искажений. Утверждают, что это состояние просто отражает культурную неприязнь к исключительному сексуальному поведению [50; 63]. Заявляют, что маркировка сексуальных побуждений «экстремальными» просто стигматизирует людей, которые не соответствуют нормам их культуры или нормам группы сверстников [49].

В ряде публикаций отмечается, что сексуальная зависимость сама по себе является мифом, побочным продуктом культурных и других влияний,

что это условие является способом проецирования социальной стигмы на пациентов, и что критерии сексуальной аддикции создают проблемы беспорядочному опыту и в результате патологизируют большинство людей [36; 49]

М. Р. Levine, R. R. Troiden (М. П. Левин, Р. Р. Тройден) [49] утверждают, что «определения сексуальной аддикции и компульсии «концептуально порочны», и что критерии, используемые для диагностики этих состояний, «субъективны и надуманны». Они указывают, что компульсивное половое поведение в 1970-1980-х гг. считалось вполне законным и лишь позднее было признано аномальным «моралистами от медицины», давшими ему наукообразное название – «сексуальная аддикция» – и признавшими его, таким образом, болезнью. По их мнению, специалисты по психиатрии, защищающие модель сексуальной аддикции, выступают в роли «общественных контролеров» и навязывают свои ортодоксальные взгляды большинству населения страны» [по 9, с. 427].

3. Концепцию сексуальной аддикции подверг критике и Стентон Пиль (S. Peele, 1989) на том основании, что «чем чаще психологи и адвокаты объявляют те или иные формы поведения неконтролируемыми компульсиями, тем меньше людей привлекают к ответственности за их действия, даже если эти действия наносят вред другим людям. Часто все наказание за очевидное, даже криминальное правонарушение сводится к консультациям в лечебном центре. Вводя термин «аддиктивные болезни», мы рискуем создать мир, в котором все будет прощательно, мир, который неизбежно сползет к хаосу» [по 9, с. 427].

4. Указывают на отсутствие четких различий между нормальным и патологическим уровнем сексуальных желаний и поведения [55; 70; 79]. Приведем материал, который заставляет задуматься в этом плане. Некоторые клиницисты и теоретики психодинамического подхода считают усиление сексуального влечения нормой, так как полагают, что это выполняет эго-

оборонительную функцию, порой облегчая бессознательное беспокойство, коренящееся в интрапсихических конфликтах [17].

Р. К. Вестхеймер (R. K. Westheimer) [3] сообщает, что в юности люди могут заниматься сексом несколько месяцев подряд, а рецидивы подобного поведения могут иметь место в разное время в отдельные периоды последующей жизни. В данном случае отличительным признаком, обуславливающим норму, является ограниченная продолжительность неконтролируемого сексуального поведения, после чего люди обычно возвращаются к нормальной сексуальному поведению.

Г. С. Васильченко [1] среди различных типов сексуальной мотивации выделяет гомеостабилизирующий тип. Он отмечает, что у зрелого мужчины после каждой очередной эякуляции и следующего за ней периода сексуального умиротворения может постепенно нарастать сексуальное возбуждение, которое проявляется тягостными ощущениями, нарушающими состояние «нервной уравновешенности». Это состояние в зрелом возрасте оценивается достаточно высоко. У определенной части мужчин сексуальный ритм обеспечивает сохранение физиологического комфорта. Этот тип поведения особенно часто встречается у творческих личностей, у которых сексуальная сфера занимает подчиненное место в шкале ценностных ориентаций. Люди, испытывающие наибольшую радость в моменты творчества, могут воспринимать начальные стадии пищевой или половой абстиненции как отвлекающие и поэтому нежелательные моменты. При этом они отнюдь не теряют вкуса к самому процессу удовлетворения голода или полового возбуждения. Для демонстрации данного типа сексуальной мотивации автор приводит следующее наблюдение:

«И. Скульптор И., 42 лет, живущий интенсивной творческой жизнью. Двери его ателье всегда гостеприимно открыты для посетителей. Будучи человеком экстравертированным, он не смущается присутствием посторонних лиц; даже наоборот – черпает в их интересе к его работе дополнительные стимулы. Этот человек, не проявляющий никаких

неврологических отклонений, на протяжении многих лет должен был иметь не менее 6-7 эякуляций в сутки. Без этого у него затрудняется и даже полностью прекращается способность выполнять творческую работу. Нарастание сексуального возбуждения нарушает способность концентрации внимания, создает ощущение физиологического дискомфорта. Однако как явление нежелательное воспринимается лишь сексуальная возбужденность, в особенности в начальных фазах, когда она нарушает ход работы, само же удовлетворение этого возбуждения доставляет радость. В тех случаях, когда в фазе нарастающего сексуального возбуждения он не имеет возможности провести половой акт с женщиной, он вызывает эякуляцию мастурбаторно и, получив облегчение, тотчас возвращается к работе» [1, с. 146].

Резюмируя данное наблюдение, автор отмечает, что существует группа мужчин, которые, не отказываясь от радостей сексуального удовлетворения, прежде всего всё же ценят их как средство избавления от сексуального напряжения, отвлекающее от выполнения других задач (чаще всего творческих), которые котируются ими более высоко. Так как состояние относительной стабильности обозначается в физиологии как состояние гомеостаза, данный тип мотивации сексуального поведения следует называть гомеостабилизирующим.

По нашему мнению, существует как физиологическая, так и патологическая гиперсексуальность. Каждая из представленных нами концептуализаций (моделей) патологической гиперсексуальности является полезной в определенных случаях, так как лучше, чем другие, характеризует состояние конкретного больного. Следует отметить, что эти модели могут «пересекаться» на одном больном, а их проявления сменять друг друга в динамике течения гиперсексуальности.

Распространенность

В статье 1987 г. отмечалось, что по некоторым данным приблизительно 8% мужчин и 3% женщин в США являются сексуальными аддиктами [19].

Были выявлены четыре основных типа препятствий для зависимых женщин, не обращающихся за лечением. Они включали индивидуальные, социальные, исследовательские и терапевтические барьеры [30]. В настоящее время указывают на увеличившуюся частоту сексуальной аддикции. Существуют данные, что сексуальной зависимостью страдает каждый 10-й мужчина и каждая 12-я женщина. Об этом сообщает The Daily Mail, ссылаясь на новые исследования Университета Миннесоты. В предыдущих исследованиях распространенность гиперсексуальности в США варьировалась от одного до шести процентов у взрослого населения. В новое исследование были вовлечены 2325 взрослых в возрасте от 18-ти до 50-ти лет, 50,5% из которых составляли женщины. Выяснилось, что 10,3% мужчин и 7% женщин из-за постоянного контроля своих сексуальных желаний испытывают дистресс. Данное исследование свидетельствует о том, что в этом опросе половые различия были невелики. Ранее бытовала точка зрения, что гиперсексуальность присуща скорее мужчинам, чем женщинам. Ученые уверены, что распространенность гиперсексуальности среди женщин в дальнейшем будет только расти [14].

Katherine L. Derbyshire и Jon E. Grant [29] в своем обзоре литературы по компульсивному сексуальному поведению (КСП) приводят данные о его частоте, выявленной теми или иными авторами. Некоторые из них представлены в составленной нами таблице.

Авторы обзора указывают, что не было проведено крупных эпидемиологических исследований относительно выявления распространенности КСП. Естественно, что процент выявления такого поведения может не соответствовать истинной картине из-за деликатности проблемы, смущения и стыда перед ее раскрытием.

В одной статье сообщается, что частота сексуальной зависимости колеблется от 1,2% до 32,2%, и что она может варьировать в зависимости от «используемого инструмента скрининга» [24].

Частота компульсивного сексуального поведения

Авторы и год исследования	Частота (%)			Кол-во обследованных	Контингент
	муж.	жен.	без разбивки по полу		
Coleman, 1992			3 – 6	не указано	не указан
Carnes, 1992			3 – 6	не указано	не указан
Seegers, 2003			17,4	240	студенты университетов
Grant, Williams & Potenza, 2007	0	8,9		102	подростки, госпитализированные по психиатрическим причинам
Odlaug & Grant, 2010			3,7	791	студенты частного колледжа
Odlaug et al., 2013	3	1,2		1837	студенты университетов

Shane W. Kraus и соавт. [47] в статье 2016 г. сообщают, что данных о распространенности КСП недостаточно, и не было проведено исследований по оценкам такой распространенности. Поэтому истинная частота КСП неизвестна. Вместе с тем отмечается, что распространенность КСП составляет 3–6% [43], причем взрослые мужчины составляют большинство (80% и выше) пострадавших [61].

Продолжая освещать проблему распространенности КСП, цитируемые авторы сообщают, что большое исследование студентов университетов США выявило, что она составляет 3% для мужчин и 1% для женщин [56]. Распространенность такого поведения в США среди мужчин – ветеранов боевых действий приближается к 17% [68]. В США Национальным эпидемиологическим исследованием по алкоголю и связанным с ним состояниям (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions; NESARC) было установлено, что частота сексуальной импульсивности выше у мужчин (18,9%), чем у женщин (10,9%) [34].

Также сообщаются [47] результаты исследований, где показана зависимость между КСП и расовой принадлежностью, а также социально-экономическим статусом. Так, КСП чаще встречается у европейцев по сравнению с афроамериканцами, латиноамериканцами, американцами азиатского происхождения [56; 61]

Ограниченные данные свидетельствуют о том, что у лиц, обращающиеся за лечением в связи с КСП, может быть более высокий социально-экономический статус по сравнению с лицами, у которых имеют место другие психические расстройства [35; 61], хотя этот вывод может отражать более широкий доступ к лечению лиц с более высокими доходами (включая возможность частной оплаты лечения в связи с ограничениями в страховом покрытии).

Katherine L. Derbyshire и Jon E. Grant [29] также отмечают, что КСП можно подразделить на три клинических элемента: повторяющиеся сексуальные фантазии, повторяющиеся сексуальные побуждения и повторяющееся сексуальное поведение [25]. Одно исследование показало, что 42% лиц выборки имели трудности с контролем своих сексуальных фантазий, 67% сообщили о проблемах с сексуальными побуждениями, а 67% участвовали в повторяющихся сексуальных действиях, которые, по их мнению, вышли из-под контроля [20]. Авторы указывают, что хотя большой процент людей сообщают об удовлетворении сексуальным поведением (например, 70% обследованных чувствовали удовлетворение от этого поведения, а 83% – устранение напряжения после этого) [59], за этим поведением часто следуют вина или раскаяние [19].

Таким образом, что вполне естественно, различные исследования свидетельствуют о разной частоте выявленных проявлений патологической гиперсексуальности.

Гіперсексуальність: терміни, діагностичні підходи, концептуалізація, поширеність

Г. С. Кочарян

У статті наведені деякі аспекти проблеми гіперсексуальності: терміни, що використовуються, відображення її в сучасних класифікаціях (МКБ-10, DSM-5, проєкті МКБ-11), різні моделі патологічної гіперсексуальності: obsесивно-компульсивна, адиктивна, зумовлена порушенням контролю імпульсів, а також пов'язана з розладом у формі постійного генітального збудження і синдромом роздратованих геніталій. Висловлюється думка, що гіперсексуальність може бути як нормальною, так і патологічною, і кожна з представлених концептуалізацій (моделей) патологічної гіперсексуальності є корисною в певних випадках, так як краще, ніж інші, характеризує стан конкретного хворого. Наводяться дані про частоту гіперсексуальності.

Ключові слова: *гіперсексуальність, терміни, діагностичні підходи, концептуалізація (моделі), поширеність.*

Hypersexuality: terms, diagnostic approaches, conceptualization, prevalence

G.S. Kocharyan

The article submits some aspects of the hypersexuality problem: the terms used, its reflection in modern classifications (ICD-10, DSM-5, ICD-11 project), different models of pathological hypersexuality: obsessive-compulsive, addictive, caused by the lost of impuls control, and also associated with persistent genital arousal disorder and restless genital syndrome. Opinion is expressed that hypersexuality can be both normal and pathological, and each of the models of submitted pathological hypersexuality is useful in certain cases, since it describes the condition of a particular patient better than other models. The data on the frequency of hypersexuality are given.

Key words: *hypersexuality, terms, diagnostic approaches, conceptualization (models), prevalence.*

Сведения об авторе

Кочарян Гарник Суменович – Харьковская медицинская академия последипломного образования, 61176, г. Харьков, ул. Амосова, 58. Моб. тел.: +38 (095) 259-65-23 (также представлен в Wiber и WhatsApp), +38 (098) 521-61-46. E-mail: kochargs@rambler.ru

ЛИТЕРАТУРА

1. Васильченко Г. С. Мотивационные аспекты либидо // Общая сексопатология: Руководство для врачей / Под ред. Г. С. Васильченко. – М.: Медицина, 1977. – С. 144–148.
2. Васильченко Г. С. Различные клинические типы мастурбации, их патогенетическая характеристика, идентификационные критерии и семиологическое значение // Общая сексопатология: Руководство для врачей / Под ред. Г. С. Васильченко. – М.: Медицина, 1977. – С. 281–295.
3. Вестхеймер Р. К. (Westheimer R. K.) Энциклопедия сексуальности человека / Пер. с англ. – М.: КРОН-ПРЕСС, 1995. – 400 с.
4. Гузов И. И. Синдром беспокойных гениталий – выяснена причина загадочного диагноза. – URL: [http://www. cironline.ru/board/index.php?action=viewmessage&id=83305](http://www.cironline.ru/board/index.php?action=viewmessage&id=83305) (дата обращения: 22.12.2014).
5. Кочарян Г. С. Расстройство в форме постоянного генитального возбуждения, синдром раздраженных половых органов: распространенность, диагностические критерии, клинические проявления (часть I) // Здоровье мужчины. – 2015. – №2 (53). – С. 69–74.
6. Кочарян Г. С. Расстройство в форме постоянного генитального возбуждения, синдром раздраженных половых органов: формирование (часть II) // Здоровье мужчины. – 2015. – №3 (54). – С. 75–78.
7. Кочарян Г. С. Расстройство в форме постоянного генитального возбуждения, синдром раздраженных половых органов: терапевтический аспект (часть III) // Здоровье мужчины. – 2015. – №3 (54). – С. 79–83.
8. Крукс Р., Баур К. (Kruks R., Baur K.) Сексуальность / Пер. с англ. – СПб.: Прайм–ЕВРОЗНАК, 2005. – 480 с.
9. Мастерс У. Джонсон В., Колодни Р. (Masters W., Johnson V., Kolodny R.) Основы сексологии / Пер. с англ. – М.: Мир, 1998. – х + 692 с.
10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. – СПб.: «АДИС», 1994. – 304 с.
11. Нимфы. Материал из Википедии – свободной энциклопедии. – URL: <https://ru.wikipedia.org/wiki/Нимфы> (дата обращения: 24.03.2019).
12. Сатиры. Материал из Википедии – свободной энциклопедии. – URL: <https://ru.wikipedia.org/wiki/Сатиры> (дата обращения: 24.03.2019).
13. Свядоц А. М. Женская сексопатология. Издание пятое, перераб. и допол. – Кишинев: Штиинца, 1991. – 184 с.
14. Сексуальной зависимостью страдает каждая 12-я женщина. – URL: https://kafanews.com/novosti/151523/seksualnoy-zavisimostyu-stradaet-kashdaya-12-ya-shenshchina_2018-11-11 (дата обращения: 30.03.2019).

15. Эфроимсон В. П. Генетика сексуальности. – М.: Тайдекс Ко, 2002. – 376 с.
16. AASECT Position on Sex Addiction – AASECT: American Association of Sexuality Educators, Counselors and Therapists. Aasect.org. Retrieved 28 December 2017.
17. Asiff M., Sidi H., Masiran R., Kumar J., Das S., Hatta N. H., Alfonso C. Hypersexuality As a Neuropsychiatric Disorder: The Neurobiology and Treatment Options // *Curr Drug Targets*. – 2018. – 19 (12). – P. 1391–1401. doi: 10.2174/1389450118666170321144931.
18. Bancroft J., Vukadinovic Z. Sexual addiction, sexual compulsivity, sexual impulsivity, or what? Toward a theoretical model // *J Sex Res*. – 2004. – 41 (3). – P. 225–234.
19. Barth R. J., Kinder B. N. The mislabeling of sexual impulsivity // *J Sex Marital Ther*. – 1987. – 13 (1). – P. 15–23.
20. Black D. W., Kehrberg L. L. D., Flumerfelt D. L., Schlosser S. S. Characteristics of 36 subjects reporting compulsive sexual behaviors // *Am J Psychiatr*. – 1997. – 154 (2). – P. 243–249.
21. Carnes P. J., Hopkins T. A., Green B. A. Clinical relevance of the proposed sexual addiction diagnostic criteria: relation to the Sexual Addiction Screening Test-Revised // *J Addict Med*. – 2014. – 8 (6). – P. 450–461.
22. Carnes P. *Out of the shadows: Understanding sexual addiction*. – Minneapolis, MN: CompCare, 1983.
23. Carver C. S. Impulse and constraint: perspectives from personality psychology, convergence with theory in other areas, and potential for integration // *Personal Soc Psychol Rev*. – 2005. – 9 (4). – P. 312–333.
24. Castro-Calvo J., Ballester-Arnal R., Billieux J., Gil-Juliá B., Gil-Llario M. D. Spanish validation of the Sexual Addiction Screening Test // *J Behav Addict*. – 2018. – 7 (3). – P. 584–600. doi: 10.1556/2006.7.2018.57.
25. Christenson G. A., Faber R. J., De Zwaan M., Raymond N. C., Specker S. M., Ekern M. D., Mackenzie T. B., Crosby R. D., Crow S. J., Eckert E. D., et al. Compulsive buying: Descriptive characteristics and psychiatric comorbidity // *The Journal of Clinical Psychiatry*. – 1994. – 55 (1). – P. 5–11.
26. Coleman E. Is your patient suffering from compulsive sexual behavior? // *Psychiatr Ann*. – 1992. – 22. – P. 320–325.
27. Coleman E. The obsessive-compulsive model for describing compulsive sexual behavior // *Am J Prev Psych Neurol*. – 1990. – 2 (1). – P. 9–14.
28. Coleman E., Raymond N., McBean A. Assessment and treatment of compulsive sexual behavior // *Minnesota Medicine*. – 2003. – 86 (7). – P. 42–47.
29. Derbyshire Katherine L., Grant Jon E. Compulsive Sexual Behavior: A Review of the Literature // *J Behav Addict*. – 2015. – 4 (2). – P. 37–43.

30. Dhuffar M. K., Griffiths M. D. Barriers to female sex addiction treatment in the UK // *J Behav Addict.* – 2016. – 5 (4). – P. 562–567. doi: 10.1556/2006.5.2016.072.
31. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed. rev. – Washington, D.C: American Psychiatric Association, 1987.
32. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (fourth edition, text revision). – Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing, 2000.
33. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. – United States: American Psychiatric Association, 2013. – 947 p.
34. Erez G., Pilver C. E., Potenza M. N. Gender-related differences in the associations between sexual impulsivity and psychiatric disorders // *J Psychiatr Res.* – 2014. – 55. – P. 117–125. doi: 10.1016/j.jpsychires.2014.04.009
35. Farré J. M., Fernández-Aranda F., Granero R., Aragay N., Mallorquí-Bague N., Ferrer V., More A., Bouman W. P., Arcelus J., Savvidou L. G., Penelo E., Aymamí M. N., Gómez-Peña M., Gunnard K., Romaguera A., Menchón J. M., Vallès V., Jiménez-Murcia S. Sex addiction and gambling disorder: similarities and differences // *Compr Psychiat.* – 2015. – 56. – P. 59–68. doi: 10.1016/j.comppsy.2014.10.002.
36. Giles J. No such thing as excessive levels of sexual behavior // *Archives of Sexual Behavior.* – 2006. – 35 (6). – P. 641–642. doi:10.1007/s10508-006-9098-3.
37. Goldmeier D., Leiblum S. R. Persistent genital arousal in women – a new syndrome entity // *Int J STD AIDS.* – 2006. – 17 (4). – P. 215–216.
38. Goldmeier D., Mears A., Hiller J., Crowley T.; BASHH Special Interest Group for Sexual Dysfunction. Persistent genital arousal disorder: a review of the literature and recommendations for management // *Int J STD AIDS.* – 2009. – 20 (6). – P. 373–377.
39. Goodman A. Diagnosis and treatment of sexual addiction // *J Sex Marital Ther.* – 1993. – 18 (4). – P. 303–314.
40. Grant J. E., Atmaca M., Fineberg N. A., Fontenelle L. F., Matsunaga H., Janardhan Reddy Y. C., Simpson H. B., Thomsen P. H., van den Heuvel O. A., Veale D., Woods D. W., Stein D. J. Impulse control disorders and «behavioural addictions» in the ICD-11 // *World Psychiatry.* – 2014. – 13 (2). – P. 125–127. doi: 10.1002/wps.20115.
41. Hypersexuality. – URL: <https://en.wikipedia.org/wiki/Hypersexuality> (the date of the reference 02.03.2019).
42. Irons R., Schneider Jennifer P. Differential Diagnosis of Addictive Sexual Disorders Using the DSM-IV // *Sexual Addiction & Compulsivity.* – 1996. – 3. – P. 7–21.
43. Kafka M. P. Hypersexual Disorder: A proposed diagnosis for DSM-V (PDF) // *Archives of Sexual Behavior.* – 2010. – 39 (2). – P. 377–400. doi:10.1007/s10508-009-9574-7.

44. Karila L., Wéry A., Weinstein A., Cottencin O., Petit A., Reynaud M., Billieux J. Sexual addiction or hypersexual disorder: different terms for the same problem? A review of the literature // *Curr. Pharm. Des.* – 2014. – 20 (25). – P. 4012–4020. doi:10.2174/13816128113199990619.
45. Kingston Drew A. Debating the Conceptualization of Sex as an Addictive Disorder // *Curr Addict Rep.* – 2015. – 2 (3). – P. 195–201. doi: 10.1007/s40429-015-0059-6
46. Kor A., Fogel Y. A., Reid R. C., Potenza M. N. Should hypersexual disorder be classified as an addiction? // *Sexual addiction & compulsivity.* – 2013. – 20 (1–2). – P. 27–47. doi: 10.1080/10720162.2013.768132.
47. Kraus Shane W., Voon Valerie, Potenza Marc N. Should compulsive sexual behavior be considered an addiction? // *Addiction.* – 2016. – 111 (12). – P. 2097–2106.
48. Leiblum S. R., Nathan S. G. Persistent sexual arousal syndrome: A newly discovered pattern of female sexuality // *J Sex Marital Ther.* – 2001. – 27 (4). – P. 365–380.
49. Levine M. P. Troiden, R. R. The myth of sexual compulsivity // *Journal of Sex Research.* – 1988. – 25 (3). – P. 347–363. doi:10.1080/00224498809551467.
50. Levine S. B. What is sexual addiction? // *Journal of Sex & Marital Therapy.* – 2010. – 36 (3) – P. 261–275. doi: 10.1080/00926231003719681.
51. Malenka R. C., Nestler E. J., Hyman S. E. Chapter 15: Reinforcement and Addictive Disorders / Sydor A., Brown R. Y. (Eds.) *Molecular Neuropharmacology: A Foundation for Clinical Neuroscience* (2nd ed.). – New York: McGraw-Hill Medical, 2009. – P. 364–365, 375.
52. McElroy S. L., Pope H. G. Jr., Keck P. E Jr., Hudson J. I., Phillips K. A., Strakowski S. M. Are impulse-control disorders related to bipolar disorder? // *Compr Psychiatry.* – 1996. – 37 (4). – P. 229–240.
53. Mental Health Disorder Treatment Guidelines and Consumer Guides. – URL: <https://www.psychguides.com/guides/sex-addiction-symptoms-causes-and-effects/> (the date of the reference: 03.03.2019).
54. Moeller F. G., Barratt E. S., Dougherty D. M., Schmitz J. M., Swann A. C. Psychiatric aspects of impulsivity // *Am J Psychiatr.* – 2001. – 158 (11). – P. 1783–1793.
55. Moser C. Hypersexual disorder: Searching for clarity // *Sexual Addiction & Compulsivity.* – 2013. – 20 (1). – P. 48–58.
56. Odlaug B. L., Lust K., Schreiber L. R., Christenson G., Derbyshire K., Harvanko Golden D., Grant J. E. Compulsive sexual behavior in young adults // *Ann Clin Psychiatry.* – 2013. – 25 (3). – P. 193–200.
57. Orford J. *Excessive appetites: A psychological view of the addictions.* – Chichester, England: John Wiley & Sons, 1985.
58. Orford J. Hypersexuality: implications for a theory of dependence // *Br J Addict Alcohol Other Drugs.* – 1978. – 73 (3). – P. 299–310.

59. Raymond N. C., Coleman E., Miner M. H. Psychiatric comorbidity and compulsive/impulsive traits in compulsive sexual behavior // *Compr Psychiatry*. – 2003. – 44 (5). – P. 370–380.
60. Reid R. C., Berlin H. A., Kingston D. A. Sexual impulsivity in hypersexual men // *Current Behavioral Neuroscience Reports*. – 2015. – 2 (1). – P. 1–8.
61. Reid R. C., Carpenter B. N., Hook J. N., Garos S., Manning J. C., Gilliland R., Cooper E. B., McKittrick H., Davtian M., Fong T. Report of Findings in a DSM-5 Field Trial for Hypersexual Disorder // *J Sex Med*. – 2012. – 9 (11) – P. 2868–2877. doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02936.x.
62. Reid R. C., Cyders M. A., Moghaddam J. F., Fong T. W. Psychometric properties of the Barratt Impulsiveness Scale in patients with gambling disorders, hypersexuality, and methamphetamine dependence // *Addict Behav*. – 2014. – 39 (11). – P. 1640–1645.
63. Rinehart N. J., McCabe M. P. Hypersexuality: Psychopathology or normal variant of sexuality? // *Sexual and Marital Therapy*. – 1997. – 12 (1). – P. 45–60.
64. Schneider J. P. Irons R. Differential diagnosis of addictive sexual disorders using the DSM-IV // *Sex Addict Compulsivity*. – 1996. – 3 (1). – P. 7–21.
65. Schwartz S. A. Abramowitz J. S. Contrasting nonparaphilic sexual addictions and OCD / Abramowitz J. S., Houts A. C. (Eds.). *Concepts and controversies in obsessive-compulsive disorder*. – New York: Springer, 2005. – P. 177–184.
66. Schwartz S. A., Abramowitz J. S. Are nonparaphilic sexual addictions a variant of obsessive-compulsive disorder? A pilot study // *Cogn Behav Pract*. – 2003. – 10 (4). – P. 372–377.
67. Sexual Addiction. – URL: https://en.wikipedia.org/wiki/Sexual_addiction (the date of the reference: 03.03.2019).
68. Smith P. H., Potenza M. N., Mazure C. M., McKee S. A., Park C. L., Hoff R. A. Compulsive sexual behavior among male military veterans: Prevalence and associated clinical factors // *J Behav Addict*. – 2014. – 3 (4). – P. 214–222. doi: 10.1556/JBA.3.2014.4.2
69. Tellegen A. Structures of mood and personality and their relevance to assessing anxiety with an emphasis on self-report / Tuma A. H, Maser J. D (Eds.). *Anxiety and the anxiety disorders* Hillsdale. – N. J: Erlbaum, 1992. – P. 681–706.
70. Wakefield J. C. The DSM-5's proposed new categories of sexual disorder: The problem of false positives in sexual diagnosis // *Clinical Social Work Journal*. – 2012. – 40 (2). – P. 213–223.
71. Waldinger M. D., de Lint G. J., Venema P. L., van Gils A. P., Schweitzer D. H. Successful transcutaneous electrical nerve stimulation in two women with restless genital syndrome: The role of A-delta and C-nerve fibers // *J Sex Med*. – 2010. – 7 (3). – P. 1190–1199.

72. Waldinger M. D., Schweitzer D. H. Persistent genital arousal disorder in 18 Dutch women: Part II. A syndrome clustered with restless legs and overactive bladder // *J Sex Med.* – 2009. – 6 (2). – P. 482–497.
73. Waldinger M. D., van Gils A. P. G., Ottervanger H. P., Vandenbroucke W. V. A., Tavy D. L. J. Persistent genital arousal disorder in 18 Dutch women: Part 1. MRI, EEG and transvaginal ultrasonography investigations // *J Sex Med.* – 2009. – 6. – P. 474–481.
74. Waldinger M. D., Venema P. L., van Gils A. P. G., de Lint G. J., Schweitzer D. H. Stronger evidence for small fiber sensory neuropathy in restless genital syndrome: two case reports in males // *J Sex Med.* – 2011. – 8 (1). – P. 325–330.
75. Waldinger M. D., Venema P. L., van Gils A. P. G., Schutter E. M. J., Schweitzer D. H. Restless genital syndrome before and after clitoridectomy for spontaneous orgasms: A case report // *J Sex Med.* – 2010. – 7 (2 Pt 2). – P. 1029–1034.
76. Waldinger M. D., Venema P. L., van Gils A. P. G., Schweitzer D. H. New insights into restless genital syndrome: Static mechanical hyperesthesia and neuropathy of the nervus dorsalis clitoridis // *J Sex Med.* – 2009. – 6 (10). – P. 2778–2787.
77. Warwick H. M. C., Salkovskis P. M. Unwanted erections in obsessive-compulsive disorder // *British Journal of Psychiatry.* – 1990. – 157. – P. 919–921.
78. Weiss Douglas. *The Final Freedom: Pioneering Sexual Addiction Recovery.* – Fort Worth, Tex.: Discovery Press, 1998.
79. Winters J. Hypersexual disorder: A more cautious approach // *Archives of sexual behavior.* – 2010. – 39 (3). – P. 594–596. doi: 10.1007/s10508-010-9607-2.
80. World Health Organization's. ICD-11: Compulsive 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)/

Библиографические данные о статье: Кочарян Г. С. Гиперсексуальность: термины, диагностические подходы, концептуализация, распространенность // *Здоровье мужчины.* – 2019. – №2 (69). – С. 61–68. DOI: <https://doi.org/10.30841/2307-5090.2.2019.179977>