

SECTION: SEXOLOGY AND GENDER PSYCHOLOGY
РОЗДІЛ: СЕКСОЛОГІЯ ТА ГЕНДЕРНА ПСИХОЛОГІЯ

DOI 10.26565/2410-1249-2024-21-07

UDC 616.69-008.1

ВИРАЖЕНІСТЬ СТАТЕВОГО ПОТЯГУ: НОРМА І ПАТОЛОГІЯ. РОЗДУМИ НА ТЕМУ

Кочарян Гарнік

Навчально-науковий інститут післядипломної освіти
Харківського національного медичного університету,
пр. Науки, 4, Харків, 61022, УкраїнаE-mail: kocharyangs@gmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-3797-5007>

Вираженість статевого потягу може бути різною і розташовується у певному континуумі. На одному його полюсі – відсутність статевого потягу, на іншому – його патологічне посилення. Серед розладів статевого потягу найчастіше діагностується його ослаблення (у 33,4% жінок, займаючи перше місце серед інших патосексологічних симптомів, і у 15,8% чоловіків). Наводяться визначення гіпоактивного статевого потягу в МКХ-10 (1992), його Діагностичних дослідницьких критеріях (ДДК) МКХ-10 (1993) і МКХ-11. У ДДК МКХ-10 одним із загальних діагностичних критеріїв сексуальних дисфункцій є тривалість їх існування, яка має становити щонайменше 6 місяців. Серед загальних діагностичних критеріїв сексуальних дисфункцій МКХ-11 виділяють такі, як наявність їх існування протягом як мінімум кількох місяців та необхідність існування пов'язаного з ними клінічно значущого дистресу. Ці критерії відображені й у характеристиці гіпоактивної дисфункції статевого потягу (HA00) МКХ-11. У МКХ-10 (1992) такі діагностичні критерії були відсутні. У зв'язку з цим виникають такі питання: (1) Чому встановлення діагнозу сексуальної дисфункції вимагає такого тривалого часу її існування? (2) Що мають робити лікар і хворий на протязі цього періоду: чекати доки сексуальний розлад, можливо, нівелюється сам по собі чи фіксувати подальше зниження якості життя пацієнта? (3) Чому фахівець у галузі сексуального здоров'я, який отримав професійну підготовку, не має можливості поставити відповідний діагноз до закінчення як мінімум тримісячного терміну? Інший аспект проблеми – можливість встановлення діагнозу тієї чи іншої сексуальної дисфункції в МКХ-11 лише в тому випадку, коли сексуальна проблема пов'язана із клінічно значущим дистресом. Раніше повідомлялося, що діагностичний посібник, який готується (МКХ-11), буде націлювати на те, що не існує жодних нормативів сексуальної активності. Якщо індивід задоволений своєю сексуальною активністю, можливість встановлення діагнозу сексуальної дисфункції одразу виключається. Охарактеризований підхід розмиває поняття норми та патології. Однак слід зазначити, що у затвердженій МКХ-11 гіпоактивна дисфункція статевого потягу представлена досить широко, і хоча одним з її діагностичних критеріїв є наявність особистісного дистресу, пов'язаного з нею, настільки жорсткого підходу до її діагностики порівняно з настановою, яка мала місце на етапі підготовки даної класифікації, не спостерігається. На думку автора, твердження, що асексуальність може бути одним із нормальних проявів, не є виправданим, і поняття «здорова асексуальність» є парадоксальним.

Ключові слова: статевий потяг, вираженість, різні підходи до її оцінювання.

Вираженість статевого потягу може бути різною і розташовується у певному континуумі. На одному його полюсі – відсутність статевого потягу, на іншому – його патологічне посилення. Якщо говорити про розлади статевого потягу, то найчастіше діагностується його ослаблення (у 33,4% жінок, займаючи перше місце серед інших патосексологічних симптомів, і у 15,8% чоловіків) (Laumann et al., 1994; Laumann et al., 1999.). У Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) (1992 р.) дається таке визначення коду F52.0 (Відсутність чи втрата сексуального потягу). Зазначається, що втрата сексуального потягу є основною, а не другорядною проблемою по відношенню до інших сексуальних труднощів, таких як відсутність ерекції або диспареунія. Відсутність сексуального бажання не виключає сексуального задоволення чи збудження, але робить ініціацію сексуальної активності менш

імовірною (The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural disorders, 1992). Через рік (1993) в Діагностичних дослідницьких критеріях МКХ-10 було дано більш розширене визначення коду F52.0 і виділялися наступні його критерії (The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research, 1993):

- А. Повинні відзначатись загальні критерії статевої дисфункції (F52).
- Б. Відсутність або втрата статевого потягу, що проявляється зменшенням вишукування натяків на сексуальні теми, або роздумів про секс, що поєднуються з цим потягом та сексуальними фантазіями.
- В. Відсутній інтерес до ініціації статевої активності з партнером або при мастурбації, що призводить до такої частоти статевої активності, яка чітко нижча, ніж очікується, виходячи з віку та умов,

How to cite: Kocharian G., (2024). Intensity of Sexual Desire: Norm and Pathology. Discussion on the Topic, *Psychological Counseling and Psychotherapy*, 21, 42-47. <https://doi.org/10.26565/2410-1249-2024-21-07>. (in Ukrainian)

Як цитувати: Кочарян Г., (2024). Вираженість статевого потягу: норма і патологія. Роздуми на тему, *Психологічне консультування і психотерапія*, 21, 42-47. <https://doi.org/10.26565/2410-1249-2024-21-07>

© Кочарян Г., 2024; CC BY 4.0 license

або до такої частоти, яка є чітко нижчою порівняно з попереднім рівнем.

Загальні критерії сексуальної дисфункції, не обумовленої органічним розладом чи захворюванням, про які йдеться у критерії А, такі:

- G1. Хворий не здатний брати участь у статевому житті відповідно до свого бажання.
- G2. Дисфункція має місце часто, але може бути відсутня у деяких випадках.
- G3. Дисфункція відзначається **щонайменше протягом 6 місяців**.
- G4. Розлад не може бути цілком приписаний будь-якому іншому психічному та поведінковому розладу в МКХ-10, соматичному розладу (зокрема, ендокринному розладу) або лікарській терапії.

1 січня 2022 року ВООЗ було рекомендовано перехід на МКХ-11. Ця класифікація набула чинності 11 лютого 2022 року. У ній розлад, про який йдеться, відповідає коду HA00 (Гіпоактивна дисфункція сексуального потягу), котра характеризується відсутністю чи вираженим зниженням бажання або мотивації до сексуальної активності, що проявляється у будь-якій з наступних ознак: 1) зниження чи відсутність спонтанного бажання (сексуальних думок чи фантазій); 2) зниження чи відсутність бажання реагувати на еротичні сигнали та стимуляцію; 3) нездатність підтримувати бажання чи інтерес до сексуальної активності після її початку. Зменшення або відсутність спонтанного бажання або бажання у відповідь чи нездатність підтримувати бажання чи інтерес до сексуальної активності мають місце епізодично або постійно **протягом як мінімум кількох місяців і пов'язані з клінічно значущим дистресом** (ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, 2024).

В МКХ-11 виділяють наступні варіанти гіпоактивної дисфункції сексуального потягу:

HA00.0 Гіпоактивна дисфункція статевого потягу, довічна (така, що існує з початку статевого життя) генералізована.

HA00.1 Гіпоактивна дисфункція статевого потягу, довічна ситуативна.

HA00.2 Гіпоактивна дисфункція статевого потягу, набута (така, що з'явилася після періоду статевого життя, в який вона була відсутня) генералізована.

HA00.3 Гіпоактивна дисфункція статевого потягу, набута ситуативна.

HA00.Z Гіпоактивна дисфункція статевого потягу, неуточнена.

У МКХ-11, на відміну від МКХ-10, прагнули не розділяти сексуальні дисфункції на органічні та неорганічні та намагалися дотримуватися біопсихосоціального підходу до оцінки того чи іншого розладу. Тому для сексуальних дисфункцій та сексуальних больових розладів виділяють їх різні етіологічні аспекти (HA40):

HA40.0 Етіологічні міркування, пов'язані з медичним станом (соматичним розладом), травмою або наслідками хірургічного втручання або променевої терапії.

HA40.1 Етіологічні міркування, пов'язані з психологічними чи поведінковими факторами, включаючи психічні розлади

HA40.2 Етіологічні міркування, пов'язані з вживанням психоактивних речовин або ліків

HA40.3 Етіологічні міркування, пов'язані з нестачею знань чи досвіду

HA40.4 Етіологічні міркування, пов'язані з факторами взаємовідносин між партнерами)

HA40.5 Етіологічні міркування, пов'язані з культуральними факторами

HA40.Y Інші уточнені етіологічні міркування щодо сексуальних дисфункцій та сексуальних больових розладів.

У МКХ-11 в загальній характеристиці сексуальних дисфункцій існують наступні 2 критерії, на які слід звернути увагу. Щоб вважатися сексуальною дисфункцією час її існування повинен дорівнювати **як мінімум декілька місяців**, і вона **повинна бути пов'язаною з клінічно значущим дистресом**. Кілька місяців – це щонайменше три. В зв'язку з цим виникають такі питання:

1. Чому встановлення діагнозу сексуальної дисфункції вимагає такого тривалого часу її існування?

2. Що мають робити лікар і хворий на протязі цього періоду? Очікувати поки сексуальний розлад, можливо, нівелюється сам по собі чи фіксувати подальше зниження якості життя пацієнта?

3. Чому фахівець в галузі сексуального здоров'я, який отримав професійну підготовку, не має можливості поставити відповідний діагноз до закінчення тримісячного терміну?

Треба звернути увагу на те, що в МКХ-10 спочатку (1992 р.) такий діагностичний критерій був відсутній (The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders, 1992.), але потім (1993 р.) в Дослідницьких діагностичних критеріях МКХ-10 (The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research, 1993.) він з'явився. Було зазначено, що для того, щоб діагноз сексуальної дисфункції був встановлений, вона повинна існувати **мінімум 6 місяців**. Ця настанова майже повністю відповідала тій, яка відображена в Діагностичному та статистичному посібнику з психічних розладів п'ятого перегляду (DSM-5) (США) 2013 року (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition, 2013), що містить класифікацію сексуальних розладів, хоча в даній класифікації цей діагностичний критерій виражено більш м'яко. Так, зазначається, що мінімальна тривалість ослабленого статевого потягу повинна бути **приблизно 6 місяців**. На наш погляд, зменшення тривалості часового критерію в МКХ-11 слід розцінювати як позитивний зсув.

Інший аспект проблеми – можливість встановлення діагнозу тієї чи іншої сексуальної дисфункції тільки в тому випадку, коли сексуальна проблема пов'язана з клінічно значущим дистресом. До того як МКХ-11 була затверджена, в літературі зазначалося, що в цій класифікації буде запропоновано новий підхід до оцінки сексуального бажання та активності, який є даниною гуманізації, але навряд чи відповідає медичному підходу в оцінці їх вираженості (Kocharyan, 2021; 2024.). Так, повідомлялося, що діагностичний посібник, який готується (МКХ-11),

буде націлювати на те, що не існує жодних нормативів сексуальної активності. «Задовільною» сексуальною активністю пропонується вважати таку, яка задовольняє дану конкретну людину. Якщо індивід задоволений своєю сексуальною активністю, можливість встановлення діагнозу сексуальної дисфункції відразу виключається, навіть якщо його сексуальна активність відрізняється від такої в інших людей, в інших культурах або субкультурах (Reed *et al.*, 2016).

Охарактеризований підхід розмиває поняття норми і патології, оскільки будь-який ступінь вираженості статевого потягу і будь-яка частота сексуальної активності можуть вважатися нормальними. Якщо людину з різко вираженим або навіть відсутнім статевим потягом це влаштовує, і вона не відчуває у зв'язку з цим дистрес, то згідно з цією настановою хворою її вважати не можна. У зв'язку з цим слід зазначити існування такого парадоксального терміну, як «здорова асексуальність».

Проте цілком справедливо зазначається, що нереалістичні очікування з боку партнера, невідповідність сексуальному бажанню партнерів не можуть вважатися підставами для встановлення діагнозу сексуальної дисфункції (Reed *et al.*, 2016).

В наших роботах, присвячених гіпоактивному сексуальному потягу, наводяться дані щодо підходу, який характеризується (Kocharyan, 2021, 2024.). Він, зокрема, відображений у книзі G. F. Kelly (2000). Автор пише: «Деякі люди, мабуть, дуже рідко відчувають потребу в сексі і не турбуються з цього приводу. Навіть в суспільстві, схибленому на сексі, можна зберігати почуття власного благополуччя і самодостатності при мінімальному рівні інтересу до сексу. Окремі люди можуть також вибирати безшлюбність або малоактивне сексуальне життя, що є одним із варіантів цілком зрілого, відповідального підходу до життя і проявляється у вигляді придушення сексуального бажання або, принаймні, у вигляді стриманого вираження цього бажання. Цей непатологічний спосіб життя отримав назву нормальної асексуальності, і в ньому не слід бачити якусь сексуальну проблему або розлад».

Sandra R. Leiblum (Leiblum, 2010) у 2010 році писала: «В останні роки голоси тих, хто ставить під сумнів законність (і мотиви) для діагностики слабого бажання стали голосніше і більш наполегливими. У 2003 році, наприклад, передова стаття Рея Мойніхена (Ray Moynihan) в *British Journal of Medicine* викликала бурю суперечок, коли він нападав на тих, хто розглядає, діагностує і ставиться до гіпоактивного розладу статевого потягу, як до сексуальної дисфункції, і висміював їх мотиви. Мойніхен стверджував, що ідентифікація слабого бажання як психічного розладу була всього лише вивертом фармацевтичних компаній і наївних клініцистів з метою створити дисфункцію, яку потім можна буде вилікувати таблеткою. Його стаття викликала багато суперечок в ЗМІ і багато листів до редакції» (Kocharyan, 2021, 2024.).

У затвердженій МКХ-11 гіпоактивна дисфункція статевого потягу представлена досить широко, і хоча

одним з її діагностичних критеріїв є наявність особистісного дистресу, пов'язаного з нею, настільки жорсткого підходу до її діагностики порівняно з настановою, яка мала місце на етапі підготовки даної класифікації, не спостерігається (Kocharyan, 2021, 2024.).

Хочеться відзначити, що коли МКХ-11 вже була прийнята, але ще не була впроваджена для використання, що має місце і в даний час, мною під час аналізу випадку гіпоактивного сексуального потягу в однієї пацієнтки було використано подвійний підхід до його діагностики. Перший базувався на МКХ-10, де немає критерію наявності дистресу, пов'язаного з цим феноменом, а другий – на МКХ-11, де такий критерій є (Kocharyan, 2023). Одним із розглянутих діагностичних заключень була виражена невідповідність у сексуальних потребах подружжя, тобто сексуальна дисгармонія, зумовлена цією невідповідністю, у двох сексуально здорових людей. На користь цього діагностичного заключення свідчило те, що у пацієнтки 1 раз на 2 тижні спонтанно виникає добре виражений статевий потяг. Особисто її це повністю влаштовує, і будь-якого дистресу у зв'язку з цим вона не відчуває. До лікаря звернулася виключно за ініціативи і наполягання чоловіка. Дані про гормональну дисфункцію (на підставі результатів гормональних досліджень) були відсутні. Це заключення відповідає критеріям МКХ-11, оскільки в цьому випадку відсутній клінічно виражений дистрес. Інше діагностичне заключення в цьому випадку – «Відсутність або втрата статевого потягу» відповідає шифру F52.0 МКХ-10, яка використовується на даний час, оскільки у пацієнтки зафіксовано різке зниження частоти виникнення статевого потягу (потреба пацієнтки в сексуальній активності зі щоденної в перші роки заміжжя зменшилася до такої, яка виникає 1 раз на 2 тижні, незважаючи на її молодий вік). Також у неї було невелике зниження вираженості статевого потягу порівняно з тією, яка була раніше. Усе це спочатку ініціювалося страхом абортів, на який нашарувалася наростаюча втрата сексуального інтересу до чоловіка внаслідок тривалого спільного проживання. У цьому випадку був відсутній такий компонент, як наявність значущого дистресу, зумовленого існуючою сексуальною проблематикою, що не передбачено МКХ-10. До речі, в сексології щодо чоловіків використовували такий термін, як «імпотенція, спричинена нудьгою», що зумовлена втратою сексуальної привабливості внаслідок звикання (Kocharyan, 2022). Доречно навести результати нашого терапевтичного втручання (10 сеансів гіпноугестивної терапії) в цьому випадку. Статевий потяг у цієї жінки після лікування став виникати 2–3 рази на тиждень (до лікування він виникав 1 раз на 2 тижні).

Вираженість сексуального потягу може визначатися різними чинниками: соціальними, психологічними, біологічними. Ці ж фактори можуть визначати й його порушення. G.S. Vasilchenko розробив вчення про статево конституцію, виділивши три її варіанти: слабку, середню та сильну. Існує запропонована ним шкала векторного визначення цієї

конституції у чоловіків. Статева конституція впливає як на рівень сексуальної потреби та сексуальної активності, так і на опірність та стійкість статевої системи по відношенню до різних патогенних впливів (Vasilchenko, 1977; Kocharyan 2024).

Існують дані про сексуальну активність і потребу в ній, які відрізняються у чоловіків та жінок. Багато хто вважає, що, як правило, всі молоді чоловіки, на відміну від жінок, завжди хочуть і можуть провести статевий акт. Хоча це і не відповідає дійсності, але в середньому чоловіки більш біологічні у своїх сексуальних проявах у порівнянні з жінками, у яких більш виражену в порівнянні з чоловіками роль відіграють психологічні фактори (Kocharyan, 2022, 2024);

Зазначається (Kocharyan, 2022, 2024), що R.F. Baumeister *et al.* (2001) докладно вивчили публікації, які порівнюють силу статевого потягу чоловіків та жінок. Автори повідомляють, що чоловіки думають про секс і фантазують про нього частіше ніж жінки; хочуть займатися сексом частіше, незалежно від сексуальної орієнтації; хочуть мати більше статевих партнерів; частіше мастурбують; менш схильні відмовлятися від сексуальної активності; статевий потяг виникає у них у більш ранньому віці; вони використовують більш широке розмаїття сексуальних практик і готові піти на більш великі матеріальні жертви, щоб вступити в статеві стосунки. Цитовані автори резюмували зроблені ними висновки наступним чином: «Ми не знайшли жодного дослідження ..., яке показало б, що у жінок сильніший статевий потяг, ніж у чоловіків». Намагаючись пояснити цю різницю, вони розглянули роль біології, соціальні і культуральні чинники і дійшли висновку, що «роль біології пом'якшується соціальними факторами більшою мірою у жінок, ніж у чоловіків».

Існують й інші дані, які незаперечно свідчать про більшу сексуальну активність чоловіків у порівнянні з жінками (Kocharyan 2022; 2024). Так, в одному дослідженні було виявлено, що лесбійські пари живуть статевим життям значно рідше, ніж гетеросексуальні та гей-пари (Blumstein, Schwartz, 1983). Це можна пояснити тим, що сексуальні контакти у гетеросексуальних парах часто відбуваються з ініціативи чоловіків. Отже, можна припустити, що нижчий рівень сексуальної активності у лесбійських парах свідчить про те, що сексуальне бажання жінок із кількісного погляду менше, ніж у чоловіків.

Встановлення нормальності чи аномальності вираженості статевого потягу не повинно ґрунтуватися тільки на середніх статистичних даних, які орієнтуються виключно на вік. Вони можуть бути лише одним з орієнтирів. Норма вираженості статевого потягу не точка, а певний діапазон, межі якого (нижню та верхню) інколи нелегко визначити. Проте асексуальність одним з проявів здоров'я вважати не можна.

Асексуалами вважають людей із відсутнім статевим потягом. Нині сперечаються у тому, є асексуальність вільним вибором, формою сексуальної орієнтації чи відхиленням від норми. Серед асексуалів, що примикають до мережі AVEN (Асексуальна демонстраційна та освітня мережа –

одна з великих асексуальних онлайн-спільнот), поширена думка, згідно з якою асексуалами є лише ті особи, які ніколи не відчували статевого потягу, незалежно від їхніх поглядів на секс. Таким чином, з цієї точки зору асексуальність зумовлена і є природною даністю, а не питанням вибору (Kocharyan, 2008).

При такому підході спроби віднести асексуальність до певної форми сексуальної орієнтації є неправомочними, оскільки відсутність явища складно вважати його різновидом. Деякі вважають, що асексуальність є сексуальним розладом, зумовленим, зокрема, наслідками сексуального переслідування, насильства, придушення (гомосексуального або, навпаки, гетеросексуального), гормональними проблемами, відставанням у розвитку тощо. Багато людей, які відносять себе до асексуалів, заперечують наявність цих причин, а також вказують, що їх асексуальність не викликає у них якихось страждань. На цій підставі робиться висновок, що асексуальність не слід відносити до патології (Kocharyan, 2008).

У зв'язку з обговоренням терміну «асексуальність» слід повідомити, що у 70-х роках ХХ століття в Сан-Франциско було проведено опитування гомосексуалів обох статей (Bell, Weinberg 1978). Внаслідок цього, на нашу думку неправомірно, було виділено групу асексуалів. Так були названі люди, які категорично не приймають і всіляко пригнічують свою гомосексуальність і практично відмовляються від статевого життя (Kon, 2006).

Існують суперечки у тому, можуть асексуали відчувати платонічне почуття чи ні. Одні вважають, що так, інші ж заперечують таку можливість. Очевидно, що повністю відповідають визначенню «асексуал» ті особи, у яких відсутній навіть платонічний (романтичний) компонент лібідо. На нашу думку, як зазначалося нами вище, асексуальність не може бути віднесена до норми, хоч і зазначається, що її не слід плутати з фізичною нездатністю до статевого акту та/або продовження роду. Кожен випадок відсутності статевого потягу потребує детального клінічного аналізу. Визнання асексуальності нормою насправді нівелює саме уявлення про неї. Той факт, що будь-яке явище регулярно зустрічалось за всіх часів, не є доказом його нормальності (Kocharyan, 2008).

Професор Ентоні Богерт з канадського Університету Богерта у 1994 році провів масштабне соціологічне опитування, у якому взяли участь 18 000 осіб. Серед них були переважно молоді студенти. 1% учасників (як чоловіків, так і жінок) заявили, що ніколи в житті не відчували сексуального бажання і чудово при цьому почуваються. Це дуже мала величина, але якщо перенести цю статистику на все населення Землі, то вийде, що 70 мільйонів людей абсолютно байдужі до сексу! Богерт стверджує, що ця цифра зростатиме. Ці дані побічно підтверджують і експерименти з тваринами: 2-3% баранів узагалі не цікавляться спарюванням, а в мишей цифра сягає 12% (Life without sex, 2024).

Асексуалів слід відрізняти від антисексуалів. Представники антисексуального руху пояснюють цю

різницю в такий спосіб. Хоча і асексуали, і антисексуали з тих чи інших причин не займаються сексом добровільно, проте антисексуали вважають секс негативним явищем як для себе особисто, так і для світу в цілому і, відповідно, борються проти нього, тоді як асексуали не займають такої активної соціальної позиції. Відповідно, антисексуали рішуче проти того, щоб вважати а- і антисексуальність формою сексуальної орієнтації, оскільки для них це, насамперед, питання свідомого вибору на користь відмови від сексу, і зробити такий вибір може людина, яка спочатку мала будь-яку сексуальну орієнтацію (або не мала ніякої) (Kocharyan, 2008).

На закінчення слід зазначити, що в даній статті представлено різні підходи до оцінки вираженості статевого потягу, що має стати предметом обговорення. На нашу думку, при визначенні цієї вираженості не слід розмивати відмінності між нормою і патологією.

Список використаних джерел/References

- Baumeister, R. F.; Catanese, K. R.; Vohs, K. D. (2001). Is there a gender difference in strength of sex drive? Theoretical views, conceptual distinctions, and a review of relevant evidence. *Personality Soc Psych Rev.* 5(3), 242–272.
- Bell, A. P.; Weinberg, M. S. (1978). *Homosexualities. A Study of Diversity Among Men and Women*. NY: Simon and Schuster, 1978.
- Blumstein, P.; Schwartz, P. (1983). *American Couples*. New York: William Morrow and Company, Inc.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. (2013). United States: American Psychiatric Association. 947 p.
- ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. 2024-01. <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1189253773>
- Kelly, G. F. (2000). *Fundamentals of modern sexology*. St. Petersburg: Piter. 896 p.
- Kocharyan, G. S. (2021). Diminished libido, its manifestations and definitions of hypoactive sexual desire disorder. *Health of Man*, No4 (79), 90–97. <https://doi.org/10.30841/2307-5090.4.2021.252407>
- Kocharyan, G. S. (2008). *Homosexuality and the modern society*. Kh.: EDENA. 240 p.
- Kocharyan, G. S. (2023). Hypnosuggestion in increasing sexual desire. Clinical observation. *Health of Man*, 2(85), 31–35. <https://doi.org/10.30841/2786-7323.2.2023.286434>
- Kocharyan, G. S. (2022). Hypoactive sexual desire due to physiological conditions, influences of social and psychological factors, disregard for sexual needs of a woman. *Health Man*; 82(3), 56–65. <https://doi.org/10.30841/2307-5090.3.2022.270828>
- Kocharyan, G.S. (2024). Hyposexuality its overcoming. Kharkov: Publisher O. A. Miroshnichenko. 390 p.
- Kocharyan, G. S. (2022). Prevalence of diminished libido and hypoactive sexual desire disorder. *Health of Man*, 4(79), 72–78. <https://doi.org/10.30841/2307-5090.4.2021.252399>
- Kocharyan, G. S. (2024). Sexual constitution and sexual biography. *Health of Man*, 1(88), 35–39. <https://doi.org/10.30841/2786-7323.1.2024.303816>
- Kon, I. S. (2006). *Faces and masks of same-sex love. Moonlight at dawn*. 2nd ed., revised and expanded. M.: Astrel, AST. 574 p.
- Laumann, E. O.; Gagnon, J. H.; Michael, R. T.; Michaels, S. (1994). *The Social Organization of Sexuality: Sexual Practices in the United States*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Laumann, E. O.; Paik, A.; Rosen, R. C. (1999). Sexual Dysfunction in the United States. *JAMA*, 281(6), 537–544. <https://doi.org/10.1001/jama.281.6.537>
- Leiblum, S. R., editor. (2010). Chapter 1. Introduction and Overview. Clinical Perspectives on and Treatment for Sexual Desire Disorders. Treating Sexual Desire Disorders. A Clinical Casebook. New York; London; The Guilford Press. 1–22.
- Life without sex: who are asexuals and antisexuals. <https://img1.zolushka-project.com/img/full/d84f9dbdcd4a4fc77baea6cead6376c06fe7fe84.jpeg>
- 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. <https://doi.org/10.1002/wps.20354>
- The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization, 1993. Reprinted 1997, 2003. Printed in Switzerland, reprinted in Malta. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/37108/9241544554.pdf>
- The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. (1992). Geneva: World Health Organization.
- Vasilchenko, G.S. (1977). *Sexual constitution. General sexopathology. Manual for physicians*. Moscow: Medicine. 216–233.

INTENSITY OF SEXUAL DESIRE: NORM AND PATHOLOGY. DISCUSSION ON THE TOPIC

Garnik Kocharyan

Educational and Scientific Institute of Postgraduate Education of Kharkiv National Medical University, Science Avenue, 4, Kharkiv, 61022, Ukraine

The intensity of sexual desire can be various and ranges in a certain continuum. One of its poles is occupied by absence of sexual desire, the other one having its pathological increase. Among the sex desire disorders its weakening is most commonly diagnosed disorder (in 33.4% of women, topping other sexopathological symptoms, and in 15.8% of men). The article contains definitions of hypoactive sexual desire in ICD-10 (1992), ICD-10 Research Diagnostic Guidelines (RDG) (1993) and ICD-11. According to ICD-10 RDG, one of general diagnostic criteria of sexual dysfunctions consists in duration of their existence, which should last at least 6 months. As for general diagnostic criteria of sexual dysfunctions, ICD-11 isolates such as presence of their existence during at least a few months and necessity of existence of clinically significant distress associated with the above dysfunctions. These criteria are also reflected in the characteristic of hypoactive dysfunction of sexual desire (HA00) in ICD-11. Such diagnostic criteria were absent in

ICD-10 (1992). In this connection the following questions arise: (1) Why does diagnosing of sexual dysfunction require such a long period of its existence? (2) What must the physician and patient do during this period: wait until the sexual disorder may smooth over spontaneously or record further decreases in the patient's quality of life? (3) Why is a specialist in the field of sexual health, who has received occupational training, unable to make a proper diagnosis before the end of at least 3-month period? Another aspect of the problem consists in the ability to diagnose one or another sexual dysfunction in ICD-11 only in the case when the sexual problem is associated with clinically significant distress. As it was previously stated, the diagnostic manual (ICD-11), which was preparing, would set its sights on absence of any standards of sexual activity. If an individual is satisfied with his/her sexual activity, the possibility of making the diagnosis of sexual dysfunction is immediately excluded. The characterized approach blurs the conception of norm and pathology. But it should be noted that hypoactive dysfunction of sexual desire is presented in the approved ICD-11 rather broadly, and though the presence of personality distress, associated with the above dysfunction, is one of its diagnostic criteria, such a harsh approach to its diagnosis, which took place at the stage of preparation of this classification, is not noted. In the author's opinion, the assertion that asexuality may be one of the normal manifestations is not justified and the notion of "healthy asexuality" is paradoxical.

Key words: *sexual desire, intensity, different approaches to its assessment.*

The article was received by the editors 13.02.2024 (Стаття надійшла до редакції 13.02.2024)

The article is recommended for printing 25.03.2024 (Стаття рекомендована до друку 25.03.2024)
