

# Ослаблене лібідо, його прояви і визначення гіпоактивного розладу статевого потягу

Г.С. Кочарян

Харківська медична академія післядипломної освіти

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 з психічних розладів 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 зазначеній 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), позаяк 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 значущий дистрес.

Автор повідомляє про існування автономної класифікації жіночих сексуальних дисфункцій двох міжнародних груп експертів у 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.

Привертає увагу той факт, що в цій класифікації відбулася повна абсолютизація суб'єктивного сприйняття гіпосексуальності. Так, повідомляється, що зазначений діагностичний посібник націлює на те, що не існує ніяких нормативів сексуальної активності. «Задовільною» сексуальною активністю пропонується вважати таку, що задовольняє цю 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.

## 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.

**Keywords:** *diminished libido, manifestations, hypoactive sexual desire disorder, definitions, women, men.*

## Ослабленное либидо, его проявления и определения гипоактивного расстройства полового влечения

**Г.С. Кочарян**

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 гипоактивного расстройства 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.*

Ослаблення сексуального потягу є найчастішою скаргою сексологічного характеру у жінок. У чоловіків воно спостерігається набагато рідше і проявляється зменшенням сексуальної активності: коїтальної і некоїтальної (включаючи ласки, поцілунки і мастурбацію), більш рідкісним виникненням сексуальних думок і фантазій, а також еротичних сновидінь. У випадках вираженого послаблення статевого потягу або його відсутності будь-яка сексуальна активність і фантазування можуть бути близькі до нуля або зовсім відсутні.

### Загальні положення

S. R. Leiblum, R. C. Rosen [36] задаються питанням: «Чи можна виміряти сексуальне бажання?». Автори відзначають, що раніше з цією метою зосереджувалися на частоті статевих контактів, сексуальних думок або фантазій і кількості сексуальних контактів, що ведуть до оргазму. Цей підхід на момент написання цитованої роботи продовжує переважати в самозвітах

про сексуальну поведінку, що знайшло відображення в опитувальнику сексуального функціонування L. R. Derogatis [24]. У цьому опитувальнику індекс сексуального бажання виводиться із суми всіх видів сексуальної поведінки, включаючи статевий акт, ласки, мастурбацію і фантазії. Однак автори звертають увагу на той факт, що у цього підходу є кілька обмежень. Так, людина може займатися сексом з різних мотивів, які можуть включати чи не включати суб'єктивне переживання бажання. Наприклад, вона може ініціювати або приймати сексуальні пропозиції, зумовлені великою кількістю мотивів (вина, зобов'язання, фінансова компенсація, потреба догодити і т. д.) без внутрішньої сексуальної мотивації, і, навпаки, у неї може бути високий рівень лібідо, що проявляється в таких «неспостережуваних явищах», як сексуальний потяг, фантазії, думки і почуття. Проте вона не може ініціювати або брати участь у відкритій сексуальній активності через відсутність можливості, страху негативних наслідків хвороб, що передаються статевим шляхом, або

сексуальної дисфункції в анамнезі. Крім того, ступінь прояву сексуального бажання може не відображати його інтенсивність або частоту, з якою людина відчуває таке бажання. Це особливо помітно у випадках сексуального примусу. У будь-якому випадку міра поведінкового прояву сексуального бажання не зможе адекватно відобразити інтенсивність або гостроту сексуального потягу.

Сьогодні, за думкою авторів [36], дослідники схильні використовувати як об'єктивні, так і суб'єктивні критерії при визначенні сексуального бажання. Наприклад, Р. Schreiner-Engel і R. Schiavi (П. Шрейнер-Енгель та Р. Скъяві) [48] визначають сексуальне бажання як з точки зору частоти всіх скоєних сексуальних дій, так і з точки зору суб'єктивної зацікавленості людини в участі в кожному з цих видів діяльності. З цього погляду, як відсутність внутрішньої мотивації, так і реальної поведінки свідчить про розлад бажання. К. Garde, I. Lunde (Гарде і Лунді) [29] розрізняють спонтанне бажання сексуальної активності і бажання, викликане будь-якою формою зовнішньої сексуальної стимуляції (наприклад, ласками партнера).

Цитовані автори [36] вказують, що у зв'язку з відсутністю норм для різних популяцій і вікових груп важко визначити будь-які критерії надійності для лібідинальної(го) недостатності або надлишку. Більш того, у випадках ситуативних розладів бажання або його невідповідності виникають проблеми при прийнятті рішень про правомірність встановлення медичного діагнозу.

### Визначення

Існують різні визначення гіпоактивного статевого потягу. Так, у Міжнародній класифікації хвороб 10-го перегляду (МКХ-10) йому відповідає шифр F52.0 («Відсутність або втрата статевого потягу»). Наводиться наступне його визначення: «Втрата статевого потягу є основною проблемою, а не вторинною по відношенню до інших сексуальних утруднень, таких, як відсутність ерекції або диспареунія. Відсутність статевого потягу не виключає сексуального задоволення або збудження, але робить ініціацію статевої активності менш вірогідною» [8]. Це визначення є загальним для чоловіків і жінок.

У діагностичному і статистичному посібнику з психічних розладів 4-го перегляду (США) [26] наводиться таке загальне для жінок і чоловіків визначення гіпоактивного розладу статевого потягу (Hypoactive Sexual Desire Disorder; HSDD) (шифр 302.71):

А. Постійно або періодично недостатні (або відсутні) сексуальні фантазії і бажання сексуальної активності. Рішення про дефіцит або відсутність приймає лікар з урахуванням факторів, що впливають на сексуальне функціонування, таких як вік і умови життя людини.

В. Це порушення викликає виражений дистрес або труднощі в міжособистісному спілкуванні.

С. Дана сексуальна дисфункція чи не краще пояснюється іншим розладом осі I та не пов'язана виключно з прямими фізіологічними ефектами речовини (наприклад, зловживання наркотиками, ліками) або загальним станом здоров'я.

Нагадаємо, що ось I включає більшість психічних розладів, за винятком розладів особистості і затримки розумового розвитку.

В останньому американському діагностичному і статистичному посібнику з психічних розладів 5-го перегляду (2013 р.) [25], у зв'язку зі складністю диференціації та частою коморбідністю розладів сексуального інтересу і статевого збудження у жінок, їхні гіпоактивні варіанти представлені єдиним шифром (302.72) під загальною назвою «Female Sexual Interest / Arousal Disorder» («Розлад жіночого сексуального інтересу/збудження»). У цьому діагнозі звертає на себе увагу заміна слова «потяг» на слово «інтерес», що надає певний психологічний відтінок першій частині діагнозу і зменшує його біологічність.

R. Basson [12], обговорюючи доцільність вживання у жінок терміна «сексуальний інтерес» замість терміна «статевий потяг» і необхідність використання саме терміну «сексуальний інтерес», висловлює свою точку зору з даного питання: «Термін «гіпоактивний розлад сексуального потягу у жінок» явно фокусується на відсутності сексуального бажання, а не на відсутності інтересу або мотивації (причин/стимулів) до сексу. Він підкріплює віру в те, що сексуально здорові жінки погоджуються на секс або ініціюють його в основному тому, що усвідомлюють сексуальне бажання до того, як почнеться якесь сексуальне збудження. Насправді, це відповідає традиційній моделі сексуальних реакцій людини Masters, Johnson і Kaplan. У цій моделі після невизначеного часу усвідомлення бажання відбувається збудження». На думку цитованого автора, «ця концептуалізація суперечить як клінічним, так і емпіричним даним – жінки, що знаходяться у встановлених відносинах, нечасто вступають в статеві відносини із-за сексуального бажання [28, 31, 34, 38, 46, 52]. Це почуття бажання, потреби або «голоду», проте відчувається, коли воно суб'єктивно порушено/пробуджено. Коли цього збудження недостатньо або воно не приносить задоволення, мотивація до сексу зазвичай згасає. Іншими словами, приємне суб'єктивне збудження, хоча зазвичай і не є основною причиною заняття сексом, необхідне для підтримки вихідної мотивації. Отже, відсутність суб'єктивного збудження є ключем до скарг жінок на відсутність інтересу до сексу».

Діагностичні критерії узагальненого діагнозу «Гіпоактивний розлад жіночого сексуального інтересу/збудження» (шифр 302.72) наступні [25]:

А. Відсутність або значне зниження сексуального інтересу/збудження, що проявляється як мінімум у трьох з таких ознак:

1. Відсутність/зниження інтересу до сексуальної активності.
2. Відсутність/зниження сексуальних/еротичних думок або фантазій.
3. Відсутність початку сексуальної активності або її зниження, і зазвичай несприйнятливості до спроб партнера почати статеве життя.
4. Відсутність/зниження сексуального збудження/задоволення під час статевої активності майже в усіх або у всіх (приблизно 75–100%) сексуальних контактах (у певних ситуаційних контекстах або у всіх контекстах).

5. Відсутність/зниження сексуального інтересу/збудження у відповідь на будь-які внутрішні чи зовнішні сексуальні/еротичні сигнали (наприклад, письмові, усні, візуальні).

6. Відсутність/ослаблення генітальних або негенітальних відчуттів під час сексуальної активності майже в усіх або всіх (приблизно 75–100%) сексуальних контактах (у певних ситуаційних контекстах або у всіх контекстах).

В. Симптоми критерію А зберігаються протягом мінімум 6 міс.

С. Симптоми, зазначені в критерії А, викликають у людини клінічно значущий дистрес.

Д. Сексуальну дисфункцію чи не краще пояснити несексуальним психічним розладом або як наслідок важкого розладу у відносинах (наприклад, насильство з боку партнера), або як наслідок інших значних факторів стресу. Вона не може бути віднесена до результату впливу речовини/медикаменту або іншого захворювання.

*Важить:*

Протягом усього життя: порушення присутне з того часу, як людина почала статеве життя.

Придбане: порушення почалося після періоду відносно нормального сексуального функціонування.

*Важить:*

Узагальнене: не обмежується певними типами стимуляції, певними ситуаціями або партнерами.

Ситуаційне: виникає тільки при певних типах стимуляції, в певних ситуаціях або з певними партнерами.

*Важить існуючу тяжкість:*

Легка: існує легкий дистрес, обумовлений симптомами критерію А.

Помірна: існує помірний дистрес, обумовлений симптомами критерію А.

Важка: існує важкий або екстремальний дистрес, обумовлений симптомами критерію А.

При оцінюванні стану слід враховувати віковий аспект, позаяк сексуальні інтерес, збудження, думки, фантазії та активність з віком зменшуються.

При характеристиці цього шифру відзначається, що якщо у жінки бажання сексуальної активності менше, ніж у її партнера, то це недостатньо для діагностики у неї розладу сексуального інтересу/збудження. Також повідомляється, що короточасні зміни сексуального інтересу або збудження – звичайні явища, які можуть бути адаптивними реакціями на події в житті жінки і не є сексуальною дисфункцією.

Предметом дискусії може стати критерій, згідно з яким обговорюваний діагноз може бути поставлений лише при існуванні симптомів протягом мінімум 6 міс, оскільки це свідчить про те, що вони є постійною проблемою. У зв'язку з цим виникає питання, чому мова йде саме про 6 міс, а не 1, 2, 3, 4 або 5, і що слід робити лікарю при існуванні симптомів менше 6 міс? У цих випадках, коли, на думку фахівця, мова йде про наявність патології, яка характеризується, чи потрібно приступати до лікування або ж вичікувати 6 міс, протягом яких людина може страждати, і якість її життя в цей період буде перебувати на низькому рівні.

Слід зазначити, що у статті, яка відповідає точці зору Міжнародного товариства з вивчення сексуального здоров'я у жінок (International Society for the Study of Women's Sexual Health; ISSWSH), зокрема повідомляється, що діагноз гіпоактивного розладу статевого потягу (HSDD) може бути поставлений, коли симптоми, притаманні цьому розладу, існують, принаймні протягом 3 останніх місяців [30]. Також у цій статті наводиться розширене визначення HSDD, яке може включати в себе будь-яке з наступного:

1) відсутність мотивації до сексуальної активності, що проявляється в зниженні або відсутності спонтанного бажання (сексуальні думки чи фантазії);

2) знижене або відсутнє бажання реагувати на еротичні сигнали і стимуляцію або нездатність підтримувати бажання або інтерес за допомогою сексуальної активності;

3) втрата бажання ініціювати статеву активність або брати участь у ній, включаючи поведінкові реакції, такі, як уникнення ситуацій, що можуть привести до сексуальної активності, не вторинні по відношенню до больових сексуальних розладів;

4) ці клінічні прояви поєднуються зі значним особистісним дистресом, який включає розчарування, горе, некомпетентність, втрату, печаль або занепокоєння.

У зв'язку з можливістю встановлення діагнозу тільки у випадках, якщо гіпоактивні прояви існують протягом мінімум 6 міс, звертає на себе увагу точка зору, яка висловлюється в DSM-5 щодо гіпоактивного розладу статевого потягу у чоловіків (шифр 302.71) [25]. Відзначається, що відсутність бажання сексу і недостатні/відсутні еротичні думки або фантазії повинні бути постійними або рецидивуючими і тривати протягом мінімального часу (**приблизно 6 міс**).

Відзначається, що необхідність включення цього критерію тривалості призначене для захисту від встановлення діагнозу в разі, коли ослаблене сексуальне бажання чоловіка може бути адаптивною реакцією на несприятливі умови життя (наприклад, занепокоєння з приводу вагітності партнерки, коли чоловік розглядає можливість переривання відносин). Включення слова «приблизно» у критерій «В» дозволяє лікарю встановити такий діагноз, коли тривалість симптомів не відповідає рекомендованому 6-місячному порозу. Отже, в даному визначенні гіпоактивного розладу статевого потягу у чоловіків закладений певний часовий діапазон існування відповідних симптомів, хоча широта його не вказана.

У DSM-5 наводиться така характеристика гіпоактивного розладу статевого потягу у чоловіків (Male Hypoactive Sexual Desire Disorder) (шифр 302.71) [25].

А. Постійний або періодичний дефіцит (або відсутність) сексуальних/еротичних думок або фантазій і бажання сексуальної активності. Рішення про дефіцит приймає клініцист, враховуючи фактори, що впливають на сексуальне функціонування, такі, як вік, загальний і соціокультурний контекст життя людини.

В. Симптоми критерію А зберігаються протягом мінімального періоду часу (приблизно 6 міс).

С. Симптоми, зазначені в критерії А, викликають у людини клінічно значущий дистрес.



Д. Сексуальна дисфункція чи не краще пояснюється несексуальним психічним розладом або наслідками важкого стресу в стосунках, або іншими значними факторами стресу і не може бути віднесена до результату впливу речовини/медикаменту або іншого захворювання.

*Важкість:*

Існує протягом усього життя: порушення наявне з того часу, як індивід став сексуально активним.

Придбане: порушення почалося після періоду відносно нормального сексуального функціонування.

*Важкість:*

Узагальнене: не обмежується певними типами стимуляції, певними ситуаціями або партнерами.

Ситуаційне: виникає тільки при певних типах стимуляції, в певних ситуаціях або з певними партнерами.

*Важкість існуючої тяжкості:*

Легка: наявність легкого дистресу, обумовленого симптомами критерію А.

Помірна: наявність помірного дистресу, обумовленого симптомами критерію А.

Важка: наявність важкого або екстремального дистресу, обумовленого симптомами критерію А.

У МКХ-11 відбулися істотні зміни, пов'язані із сексуальними розладами. Так, введена нова глава: «Стани, пов'язані з сексуальним здоров'ям» [51]. До цих станів, зокрема відносять сексуальні дисфункції, сексуальні больові розлади, парафільні розлади, гендерну невідповідність, адреногенітальні розлади, зміни в анатомії жіночих і чоловічих статевих органів.

У МКХ-11 використовується діагноз «Гіпоактивна дисфункція статевого потягу» («Hypoactive sexual desire dysfunction»), який можна застосовувати як до жінок, так і до чоловіків. Отже, термін «сексуальний інтерес» було змарновано в якості заміни терміна «сексуальне бажання». Також у цій класифікації є окремий діагноз «Дисфункція жіночого сексуального збудження» («Female sexual arousal dysfunction»). При характеристиці відмінностей МКХ-11 від DSM-5 у спеціальній статті, присвяченій сексуальним розладам, наголошується [45], що, як згадувалося нами раніше, DSM-5 об'єднує розлади сексуального інтересу і збудження в загальну категорію [17], однак це дуже суперечливо [11, 23, 43, 47, 50].

Наводяться аргументи проти об'єднання двох названих діагнозів, які базуються на генетичних дослідженнях близнюків [20], дослідженні генетичних поліморфізмів, використанні серотонінергічних антидепресантів [15, 16], дослідженнях, що включають в себе нейровізуалізаційні методики [10]. Ця аргументація доповнюється існуючими свідченнями та доказами того, що для лікування розладів, пов'язаних зі зниженням статевого потягу як у чоловіків, так і у жінок, необхідний однаковий підхід, в той час як гіпоактивний розлад жіночого сексуального збудження вимагає застосування зовсім іншої терапії [13, 18, 19, 44]. Цитовані автори підкреслюють [45], що хоча й існує якась коморбідність між гіпоактивним розладом статевого потягу і гіпоактивним розладом сексуального збудження, вони

не являють собою одне і теж. Тому слід розглядати ці розлади з позиції їхніх відмінностей [39]. Слід зазначити, що коморбідність, навіть висока, не повинна розглядатися як незаперечна і достатня умова об'єднання тих чи інших діагнозів.

Необхідно зазначити, що така сама точка зору відображена у статті I. Goldstein і співавт. [30], в якій висловлюється думка консенсусної групи експертів Міжнародного товариства вивчення сексуального здоров'я жінок (the International Society for the Study of Women's Sexual Health expert consensus panel). У зв'язку з цим слід зазначити, що в січні 2016 року Виконавчий комітет Міжнародного товариства з вивчення сексуального здоров'я жінок (International Society for the Study of Women's Sexual Health; ISSWSH) ініціював створення групи з 13 дослідників і клініцистів, які зібралися в Далласі (штат Техас), щоб представити і обговорити існуючі знання щодо гіпоактивного розладу статевого потягу (hypoactive sexual desire disorder; HSDD). Автори статті відзначають, що HSDD був виключений з DSM-5 як окрема діагностична одиниця і був замінений об'єднаним діагнозом HSDD і розладу жіночого сексуального збудження, що має назву «Розлад жіночого сексуального інтересу/збудження» («Female sexual interest/arousal disorder»).

У цитованій статті повідомляється, що зазначена зміна викликала суперечки серед експертів у галузі медичної сексології, позаяк у сучасних клінічних дослідженнях майже не має емпіричної підтримки або підтвердження цієї нової діагностичної категорії [21, 23]. Це призвело до розроблення автономної класифікації жіночих сексуальних дисфункцій двома міжнародними групами експертів у галузі медичної сексології (Номенклатурний комітет ISSWSH і Міжнародний комітет з питань сексуальної медицини) [41, 42]. Важливо відзначити, що зазначена класифікація ISSWSH зберігає HSDD як окрему діагностичну одиницю. Це узгоджується з тим, що багато фахівців вважають це застосованим на емпіричному клінічному досвіді, а також з тим, що вказаний діагноз використовується в МКХ-10, де HSDD (код F 52.0) існує як незалежна діагностична категорія, як це було в системі DSM до DSM-5 [30]. Слід зазначити, що ISSWSH – це некомерційна міждисциплінарна академічна і наукова організація. Її діяльність спрямована на підтримку найвищих стандартів етики і професіоналізму в дослідженнях, освіті та клінічній практиці сексуального здоров'я жінок.

Необхідно підкреслити, що в МКХ-11 пропонується новий підхід до оцінки сексуального бажання і активності, який являє собою данину гуманізації, але навряд чи відповідає медичному підходу в оцінюванні їх вираженості. Так, повідомляється, що **запропонований діагностичний посібник націлює 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, то можливість встановлення діагнозу сексуальної дисфункції відразу виключається, навіть якщо його сексуальна активність відрізняється від такої в інших людей, в**

*інших культурах або субкультурах.* Також наголошується, що нереалістичне очікування з боку партнера, невідповідність сексуального бажання партнерів не можуть вважатися підставами для встановлення діагнозу сексуальної дисфункції [45].

Підхід, що характеризується, розмиває поняття норми і патології, коли будь-яка ступінь вираженості статевого потягу і частота сексуальної активності вважається нормальною. Він відображений у книзі Г. Ф. Келлі (G. F. Kelly) [2]. 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 [37] 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 в British Journal of Medicine Рея Мойніхена (Ray Moynihan) викликала бурю суперечок, коли він нападав на тих, хто розглядає, діагностує і ставиться до HSDD 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».

Слід зазначити, що на пострадянському просторі існує таке поняття, як «статева конституція», яка може бути сильною, середньої і слабкою. Існує і можливість її ідентифікації за допомогою шкали векторного визначення статевої конституції [4]. У випадках визначення слабкої статевої конституції, коли вона сприяє розвитку сексуального розладу, навіть використовуються термін «на тлі слабкої статевої конституції» або запропонований нами термін «на тлі конституціональної сексуальної дефіцитарності» [5, 6]. У тих самих випадках, коли головною у виникненні сексуального розладу є слабка статева конституція, кажуть про «конституціональну форму» статевого розладу (у жінок і у чоловіків) [5, 7, 9].

A. Kinsey і співавт. [33] описали невелику групу чоловіків (147 з приблизно 12 000 опитаних) молодше 36 років з «низьким рейтингом», чий показники сексуальної поведінки в середньому складають одну подію за 2 тиж і рідше. Також вони повідомили про іншу групу чоловіків, яка була приблизно вдвічі менше. Цих чоловіків назвали «сексуально апатичними» в тому сенсі, що «вони ніколи, жодного разу в своєму анамнезі не привели доказів того, що були здатні на щось, крім низької активності» [33]. Зі спостережень А. Kinsey,

можна було зробити висновок, що ці чоловіки не тільки все життя не цікавилися сексом, але і були досить незвичайними [40].

В одній з наших книг [4] також обговорюється дана проблема. Відзначається, що існують такі терміни, як «асексуал» і «асексуальність». Асексуалами вважають людей з відсутнім статевим потягом. Сьогодні сперечаються про те, чи є асексуальність вільним вибором, формою сексуальної орієнтації або відхиленням від норми. Серед асексуалів, що примикають до мережі AVEN (Асексуальна демонстраційна і освітня мережа – одна з великих асексуальних онлайн-спільнот), поширена точка зору, згідно з якою асексуалами є лише ті особи, які ніколи не відчували статевого потягу, незалежно від їх поглядів на секс. З цієї точки зору асексуальність зумовлена і є природною даністю, а не питанням вибору. При такому підході спроби віднести асексуальність до якоїсь форми сексуальної орієнтації виглядають неправомочними, оскільки відсутність явища складно вважати його різновидом. Деякі вважають, що асексуальність є сексуальним розладом, обумовленим, зокрема, наслідками сексуального переслідування, насильства, придушення (гомосексуального або, навпаки, гетеросексуального), гормональними проблемами, відставанням у розвитку тощо. Хоча асексуальність в низці випадків може обумовлюватися себе до асексуалів, заперечують наявність подібних причин, а також вказують, що їхня асексуальність не викликає у них будь-яких страждань.

На цій підставі можна зробити висновок, що асексуальність не слід відносити до патології. Існують суперечки про те, чи 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 платонічний (романтичний) компонент лібідо.

На нашу думку, асексуальність не може бути віднесена до норми, хоча і наголошується, що її не слід плутати з фізичною нездатністю до статевого акту і/або продовження роду. Кожен випадок відсутності статевого потягу вимагає детального клінічного аналізу. Визнання асексуальності нормою по суті нівелює саме уявлення про останню. Той факт, що будь-яке явище регулярно зустрічалось в усі часи, не є доказом його нормальності.

У МКБ-11 з класифікації сексуальних розладів також виключено «Підвищений статевий потяг» (в МКБ-10 шифр F52.7), що представляє «прорив» верхньої межі норми. Це теж потрібно розцінити як гуманістичний акт, позаяк крім фізіологічної гіперсексуальності існує гіперсексуальність патологічна. У МКБ-11 також відсутні такі коди, як «гіперсексуальність» і «сексуальна залежність (адикція)». Разом з тим у проєкт МКБ-11 був введений код 6C92 «Компульсивний розлад сексуальної поведінки» («Compulsive sexual behaviour disorder») [49]. Безсумнівно, що цей розлад є різновидом патологічної гіперсексуальності.

Слід зазначити, що на сьогодні існує 4 моделі патологічної гіперсексуальності:

- обсесивно-компульсивна;
- адиктивна;

- зумовлена порушенням контролю імпульсів;  
- запропонована нами і пов'язана з розладом у формі постійного генітального збудження і синдромом роздратованих статевих органів [3].

Висловлюється думка, що гіперсексуальність може бути як нормальною, так і патологічною, і кожна з представлених концептуалізацій (моделей) патологічної гіперсексуальності є корисною в певних випадках, позаяк краще, ніж інші характеризує стан конкретного хворого [3].

#### Пов'язані з гіпосексуальністю і супутні їй клінічні прояви

I. Goldstein і співавтор. [30] посилаються на публікації, в яких повідомляється, що у жінок з гіпоактивним розладом статевого потягу (HSDD) погіршується зовнішній вигляд тіла, знижується впевненість в собі і самооцінка, і вони відчувають себе менш пов'язаними зі своїми партнерами [32]. У них знижувалася якість життя, і вони були схожі на дорослих з іншими хронічними захворюваннями, такими, як діабет і біль у спині [14].

В одному дослідженні показники сексуального бажання і сексуального збудження, оргазму і сексуального задоволення сильно корелювали ( $P < 0,001$ ), демонструючи, що слабе сексуальне бажання часто

пов'язано зі зниженням функціонування в інших аспектах сексуальної реакції [22]. Може йтися про коморбідність HSDD з іншими сексуальними розладами.

Г.Ф. Келлі (G.F. Kelly) [2] повідомляє, що жінки з гіпоактивним сексуальним бажанням (ГСЖ) частіше раніше протягом тривалого часу страждали від якогось іншого сексуального розладу (наприклад, від розладу сексуального збудження), тоді як у чоловіків інший сексуальний розлад (наприклад, порушення ерекції) частіше відзначався протягом нетривалого періоду часу перед тим, як у них виявлялося ГСЖ. Люди з ГСЖ (жінки частіше, ніж чоловіки) повідомляють про такі психологічні проблеми, як почуття занепокоєння, пригніченості і неприязні. Також вони скаржаться на те, що часто відчувають сильний стрес. У жінок ГСЖ зазвичай буває тісно пов'язане з іншими труднощами у взаєминах. Їх необхідно вирішити, перш ніж сексуальні контакти зможуть налагодитися або стати більш частими [27].

У DSM-5 зазначається, що наявність іншої сексуальної дисфункції не виключає діагностики гіпоактивного чоловічого статевого потягу. Є дані, що половина чоловіків зі слабим статевим потягом також мають проблеми з ерекцією, а у трохи меншої їх кількості можуть бути присутні труднощі з ранньої еякуляцією [25].

#### Відомості про автора

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

#### Information about the author

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

#### Сведения об авторе

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

#### ПОСИЛАННЯ

- Vasil'chenko GS. Polovaya konstituciya. Obshchaya seksopatologiya: Rukovodstvo dlya vrachej. Pod red G. S. Vasil'chenko. Moscow: Medicina; 1977. 216-33 p.
- Kelly GF. Osnovy sovremennoj seksologii. Per. s angl. Sankt Peterburh: Piter; 2000. 896 p.
- Kocharyan GS. Giperseksual'nost'. Har'kov: OOO DISA PLYUS; 2020. 263 p.
- Kocharyan GS. Gomoseksual'nost' i sovremennoe obshchestvo. Har'kov: EDENA; 2008. 240 p.
- Kocharyan GS. Diagnost rasstrojstv potentsii i nekotorye nyuansy obsledovaniya pacientov s seksual'nymi disfunkciyami (lekciya). Zdorov'e muzhchini. 2014;3(50):139-44.
- Kocharyan GS. Orgazm, ego rasstrojstva i ih preodolenie. Har'kov: DISA PLYUS; 2018. 395 p.
- Krishtal' W, Grigoryan SR. Seksologiya. Moscow: PER SE; 2002. 879 p.
- Mezhdunarodnaya klassifikaciya boleznej (10-j peresmotr). Klassifikaciya psichicheskikh i povedencheskikh rasstrojstv. Klinicheskie opisaniya i ukazaniya po diagnostike. Sankt Peterburh: ADIS; 1994. 304 p.
- Svyadoshch AM. Zhenskaya seksopatologiya. Izdanie pyatoye, pererab. i dopol. Kishinev: SHTinca; 1991. 184 p.
- Arnou BA, Millheiser L, Garrett A, Lake PM, Glover GH, Hill KR, et al. Women with hypoactive sexual desire disorder compared to normal females: a functional magnetic resonance imaging study. Neurosci. 2009;158(2):484-502. doi: 10.1016/j.neuroscience.2008.09.044.
- Balon R, Clayton AH. Female sexual interest/arousal disorder: a diagnosis out of thin air. Arch Sex Behav. 2014;43(7):12279. doi: 10.1007/s10508-013-0247-1.
- Basson R, Segraves RT, editors. Female Hypoactive Sexual Desire Disorders. Handbook of Sexual Dysfunction. Boca Raton: Taylor & Francis Group; 2005. 43-65 p.
- Berman JR, Berman LA, Toler SM, Gill J, Haughey 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):2333-8. doi: 10.1097/01.ju.0000090966.74607.34.
- Biddle AK, West SL, D'Aloisio AA, Wheeler SB, Borisov NN, Thorp J. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: quality of life and health burden. Value Health. 2009;12(5):763-72. doi: 10.1111/j.1524-4733.2008.00483.x.
- Bishop JR, Ellingrod VL, 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):207-15. doi: 10.1002/hup.1006.
- Bishop JR, Moline J, Ellingrod VL, Schultz SK, Clayton AH. Serotonin 2A-1438 G/A and G-protein Beta3 subunit C825T polymorphisms in patients with depression and SSRI-associated sexual side-effects. Neuropsychopharmacol. 2006;31(10):2281-8. doi: 10.1038/sj.npp.1301090.
- Brotto LA. The DSM diagnostic criteria for hypoactive sexual desire disorder in women. Arch Sex Behav. 2010;39(2):221-39. doi: 10.1007/s10508-009-9543-1.
- Brotto LA, Basson R, Luria M. A mindfulness-based group psychoeducational intervention targeting sexual arousal disorder in women. J Sex Med. 2008;5(7):1646-59. doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.00850.x.
- Brotto LA, Chivers ML, Millman RD, Albert A. Mindfulness-Based Sex Therapy Improves Genital-Subjective Arousal Concordance in Women With Sexual Desire/Arousal Difficulties. Arch Sex Behav. 2016;45(8):1907-21. doi: 10.1007/s10508-015-0689-8.
- Burri A, Greven C, Leupin M, Spector T, Rahman Q. A multivariate twin study of female sexual dysfunction. J Sex Med. 2012;9(10):2671-81. doi: 10.1111/j.1743-6109.2012.02861.x.
- Clayton AH, DeRogatis LR, Rosen RC, 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):2040-6. 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):212-2. doi: 10.1111/j.1743-6109.2006.00215.x.
23. DeRogatis LR, Clayton AH, Rosen RC, Sand M, Pyke RE. Should sexual desire and arousal disorders in women be merged? *Arch Sex Behav.* 2011;40(2):221-5. doi: 10.1007/s10508-010-9677-1.
24. Derogatis LR, Melisaratos N. The DSFI: a multidimensional measure of sexual functioning. *J Sex Marital Ther.* 1979;5(3):244-81. doi: 10.1080/00926237908403732.
25. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. United States: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
26. American Psychiatric Association. Diagnostic Criteria From DSM-IV-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994. 358 p.
27. Donahey KM, Carroll RA. Gender differences in factors associated with hypoactive sexual desire. *J Sex Marital Ther.* 1993;19(1):25-40. doi: 10.1080/00926239308404886.
28. Galyer KT, Conaglen HM, Hare A, Conaglen JV. The effect of gynecological surgery on sexual desire. *J Sex Marital Ther.* 1999;25(2):81-8. 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):225-40. doi: 10.1016/0378-5122(80)90007-9.
30. Goldstein I, Kim NN, Clayton AH, DeRogatis LR, Giraldi A, Parish SJ, et al. 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):114-28. doi: 10.1016/j.mayocp.2016.09.018.
31. Hill CA, Preston LK. Individual differences in the experience of sexual motivation: theory and measurement of dispositional sexual motives. *J Sex Res.* 1996;33(1):27-45. doi: 10.1080/00224499609551812.
32. Kingsberg SA. Attitudinal survey of women living with low sexual desire. *J Womens Health (Larchmt).* 2014;23(10):817-23. doi: 10.1089/jwh.2014.4743.
33. Kinsey AC, Pomeroy VB, Martin CE. *Sexual Behavior in the Human Male.* Philadelphia: W. B. Saunders Company; 1948. 804 p.
34. Klusmann D. Sexual motivation and the duration of partnership. *Arch Sex Behav.* 2002;31(3):275-87. <https://doi.org/10.1023/a:1015205020769>.
35. Laumann EO, Gagnon JH, Michael RT, Michaels S. *The social organization of sexuality.* Chicago: University of Chicago Press; 1994. p.
36. Leiblum SR, Rosen RC, editors. Introduction: Changing Perspectives on Sexual Desire. *Sexual Desire Disorders.* New York; London: The Guilford Press; 1988. 1-17.
37. Leiblum SR, editor. 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; 2010. 1-22.
38. Lunde I, Larson GK, 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):111-15. doi:10.1080/01614576.1991.11074012.
39. Maserejian NN, Shifren J, Parish SJ, Seagraves RT, Huang L, Rosen RC. 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):41-62. doi: 10.1080/0092623X.2011.569642.
40. Maurice WL. *Male Hypoactive Sexual Desire Disorder. Handbook of Sexual Dysfunction.* Boca Raton: Taylor & Francis Group; 2005. 67-109.
41. McCabe MP, Sharlip ID, Atalla E, Balon R, Fisher AD, Laumann E, et al. 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):135-43. doi: 10.1016/j.jsxm.2015.12.019.
42. Parish SJ, Goldstein AT, Goldstein SW, Goldstein I, Pfaus J, Clayton AH, et al. Toward a More Evidence-Based Nomenclature and Nomenclature for Female Sexual Dysfunctions-Part II. *J Sex Med.* 2016;13(12):1888-906. doi: 10.1016/j.jsxm.2016.09.020.
43. Parish SJ, Hahn SR. Hypoactive Sexual Desire Disorder: A Review of Epidemiology, Biopsychology, Diagnosis, and Treatment. *Sex Med Rev.* 2016;4(2):103-20. doi: 10.1016/j.sxmr.2015.11.009.
44. Pyke RE, Clayton AH. Psychological Treatment Trials for Hypoactive Sexual Desire Disorder: A Sexual Medicine Critique and Perspective. *J Sex Med.* 2015;12(12):2451-8. doi: 10.1111/jsm.13056.
45. Reed GM, Drescher J, Krueger RB, Atalla E, Cochran SD, First MB, et al. 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):20-21. doi: 10.1002/wps.20354.
46. Regan PC, Berscheid E. Beliefs about the state, goals, and objects of sexual desire. *J Sex Marital Ther.* 1996;22(2):110-20. doi: 10.1080/00926239608404915.
47. Sarin S, Amsel RM, Binik YM. 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 RC. Lifetime psychopathology in individuals with low sexual desire. *J Nerv Ment Dis.* 1986;174(11):646-51. doi: 10.1097/00005053-198611000-00002.
49. World Health Organization. *World Health Organization's ICD-11: Compulsive Sexual Behavior Disorder [Internet].* Geneva: WHO; 2019. Available from: <https://www.yourbrainonporn.com/miscellaneous-resources/world-health-organizations-icd-11-compulsive-sexual-behavior-disorder/>.
50. Sungur MZ, Gündüz A. A comparison of DSM-IV-TR and DSM-5 definitions for sexual dysfunctions: critiques and challenges. *J Sex Med.* 2014;11(2):364-73. doi: 10.1111/jsm.12379.
51. World Health Organization. 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 [Internet]. Geneva: WHO; 2018. Available from: [https://www.isswsh.org/images/Draft\\_ICD-11\\_Statement\\_7-26-18\\_with\\_Simon\\_Edits.pdf](https://www.isswsh.org/images/Draft_ICD-11_Statement_7-26-18_with_Simon_Edits.pdf).
52. Weijmar Schultz WC, Van De Wiel HB, Hahn DE, 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):281-90. doi: 10.1046/j.1525-1438.1992.02060281.x.

*Стаття надійшла до редакції 18.08.2021. – Дата першого рішення 25.08.2021. – Стаття подана до друку 05.10.2021*