

Поширеність ослабленого лібідо і гіпоактивного розладу статевого потягу

Г.С. Кочарян

Харківська медична академія післядипломної освіти

У статті наголошується, що ослаблене лібідо – досить частий сексологічний симптом, який зустрічається у 33,4% жінок та посідає перше місце серед інших таких симптомів, і у 15,8% чоловіків. Разом з тим гіпоактивний розлад сексуального потягу (ГРСП) визначається набагато рідше. Це пов'язано з тим, що одним із його діагностичних критеріїв є дистрес, обумовлений зниженим статевим потягом. Хоча слабе сексуальне бажання частіше з віком, однак дистрес з віком зменшується. Тому поширеність ГРСП у жінок залишається постійною величиною. На думку автора, конструктивним є підхід, що виключає високий ранг суб'єктивізму в діагностичному оцінюванні ослабленого статевого потягу (якщо у людини він є, але не викликає у неї дистрес, а, може бути, і влаштовує її, то вона здорова, а якщо викликає, то вона хвора).

Відзначається, що як частота слабого бажання, так і поширеність ГРСП варіюються залежно від віку, раси/етнічної приналежності, рівня освіти, індексу маси тіла, поточного статусу куріння, поточної депресії, використання антидепресантів людьми з попереднім діагнозом депресії, гормональної терапії (у жінок у період менопаузи), менопаузального статусу і країни проживання.

Повідомляється, що чоловіки більш біологічні в своїх сексуальних проявах порівняно з жінками, у яких більш виражену роль відіграють психологічні фактори. Чоловіки думають про секс і фантазують про нього частіше, ніж жінки; хочуть займатися сексом частіше, незалежно від сексуальної орієнтації; хочуть мати більшу кількість 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, роль біології пом'якшується соціальними факторами більшою мірою у жінок, ніж у чоловіків. Наводяться дані, які незаперечно свідчать про більшу сексуальну активність чоловіків порівняно з жінками. Так, було виявлено, що лесбійські пари живуть статевим життям значно рідше, ніж гетеросексуальні і гей-пари.

Предикторами (прогностичними факторами) слабого сексуального потягу у чоловіків виявилися «щоденне вживання алкоголю», «поганий або задовільний стан здоров'я», «емоційні проблеми або стрес». Наводяться дані інших досліджень щодо поширеності ослабленого статевого потягу у чоловіків, а також дані про частоту у них ГРСП. Відзначаються помітні відмінності в рівнях поширеності слабого статевого потягу в різних культурах у діапазоні від 12,5% у чоловіків з Північної Європи до 28% у чоловіків віком 40–80 років з Південно-Східної Азії. Почуття провини через секс може опосередковувати цю асоціацію між східноазійською етнічною приналежністю і сексуальним бажанням у чоловіків.

Ключові слова: ослаблене лібідо, гіпоактивний розлад статевого потягу, поширеність, жінки, чоловіки.

Prevalence of diminished libido and hypoactive sexual desire disorder

G.S. Kocharyan

Low sexual desire (LSD) is a rather common sexological symptom, which occurs in 33.4% of women, taking the first place among other such symptoms, and in 15.8% of men. At the same time, hypoactive sexual desire disorder (HSDD) is detected much less often due to the fact that one of its diagnostic criteria consists in distress caused by LSD. Although LSD becomes more frequent with age, distress reduces with age. Therefore the prevalence of HSDD among women remains a constant. In the author's opinion, the approach that excludes a high rank of subjectivism in the diagnostic assessment of LSD (if a person has LSD but the latter does not cause any distress in this case or even, maybe, is fine with him/her, this person is healthy; if distress is caused the person is ill) is constructive.

It is pointed out that both the rate of LSD and the prevalence of HSDD vary depending upon the age, race/ethnicity, educational level, body mass index, current smoking status, current depression, taking of antidepressants by people with a previous diagnosis of depression, hormonal therapy (in women during menopause), menopausal status and country of residence. It is reported that men are more biological in their sexual manifestations versus women, in whom psychological factors play a more marked role versus men. The latter think about sex and fantasize about it more frequently than women; they want to have sex more often irrespective of their sexual orientation; they want to have a larger number of sex partners; they masturbate more frequently; they are less inclined to give up their sexual activity; their sexual desire appears at an earlier age; they use a wide variety of sexual practices, and the role of biology is reduced by social factors in women to a greater extent than in men. Data are given that indisputably indicate a larger sexual activity of men versus women. For example, it has been revealed that lesbian couples have sexual relations significantly less frequently than heterosexual and gay couples.

The same study has shown that the worse the state of health and the greater the extent of misfortune, the larger the lack of sexual interest. "Everyday alcohol intake", "bad or satisfactory state of health" and "emotional problems or stress" have proved to be

predictors (prognostic factors) of LSD in men. Also, data of other studies on the prevalence of LSD in men as well as information about the rate of HSDD in them are given. It is pointed out that noticeable differences exist in the levels of LSD prevalence in different cultures in the range of 12.5% in men from Northern Europe to 28% in men from Southeastern Asia at the age of 40-80 years. The feeling of guilt caused by sex can mediate this association between the Southeastern ethnicity and sexual desire in men.
Keywords: *low sexual desire, hypoactive sexual desire disorder, prevalence, men, women.*

Распространенность ослабленного либидо и гипоактивного расстройства полового влечения
Г.С. Кочарян

В статье отмечается, что ослабленное либидо – довольно частый сексологический симптом, который встречается у 33,4% женщин, занимая первое место среди других таких симптомов, и у 15,8% мужчин. Вместе с тем гипоактивное расстройство сексуального влечения (ГРСВ) выявляется гораздо реже, что связано с тем, что одним из его диагностических критериев является дистресс, обусловленный сниженным половым влечением. Хотя слабое сексуальное желание учащается с возрастом, однако дистресс с возрастом уменьшается. Поэтому распространенность ГРСВ среди женщин остается постоянной величиной. По мнению автора, конструктивным является подход, исключаящий высокий ранг субъективизма в диагностической оценке ослабленного полового влечения (если у человека оно есть, но не вызывает у него дистресс, а, может быть, и устраивает его, то он здоров, а если вызывает, то он болен).

Отмечается, что как частота слабого желаяния, так и распространенность ГРСВ варьируются в зависимости от возраста, расы/этнической принадлежности, уровня образования, индекса массы тела, текущего статуса курения, текущей депрессии, использования антидепрессантов людьми с предыдущим диагнозом депрессии, гормональной терапии (у женщин в период менопаузы), менопаузального статуса и страны проживания.

Сообщается, что мужчины более биологичны в своих сексуальных проявлениях по сравнению с женщинами, у которых более выраженную по сравнению с мужчинами роль играют психологические факторы. Мужчины думают о сексе и фантазируют о нем чаще, чем женщины; хотя заниматься сексом чаще, независимо от сексуальной ориентации; хотя иметь большее количество половых партнеров; чаще мастурбируют; менее склонны отказываться от сексуальной активности; половое влечение возникает у них в более раннем возрасте; они используют более широкое разнообразие сексуальных практик, и роль биологии смягчается социальными факторами в большей степени у женщин, чем у мужчин. Приводятся данные, которые неоспоримо свидетельствуют о большей сексуальной активности мужчин по сравнению с женщинами. Так, было выявлено, что лесбийские пары живут половой жизнью значительно реже, чем гетеросексуальные и гей-пары.

Предикторами (прогностическими факторами) слабого сексуального влечения у мужчин оказались «ежедневное употребление алкоголя», «плохое или удовлетворительное состояние здоровья» и «эмоциональные проблемы или стресс». Приводятся и данные других исследований о распространенности ослабленного полового влечения у мужчин, а также данные о частоте у них ГРСВ. Отмечают заметные различия в уровнях распространенности слабого полового влечения в разных культурах в диапазоне от 12,5% у мужчин из Северной Европы до 28% у мужчин в возрасте 40–80 лет из Юго-Восточной Азии. Чувство вины из-за секса может опосредовать эту ассоциацию между восточноазиатской этнической принадлежностью и сексуальным желанием у мужчин.

Ключевые слова: *ослабленное либидо, гипоактивное расстройство полового влечения, распространенность, женщины, мужчины.*

Гипоактивный статевиий потяг – найчастіша сексологічна скарга у жінок, у чоловіків вона відзначається також досить часто. У 1999 р. були опубліковані результати масштабного дослідження, в якому взяли участь 1410 чоловіків і 1749 жінок віком від 18 до 59 років [25]. Опитування респондентів проводили досвідчені інтерв'юери. Відзначається, що демографічні характеристики даної вибірки дозволяють вважати її репрезентативною для популяції США [1]. У результаті цього дослідження у 43% жінок і 31% чоловіків було встановлено ті чи інші сексуальні дисфункції. Було виявлено, що ослаблення сексуального бажання – найчастіша сексологічна скарга у жінок (дані Національного дослідження здоров'я і соціального життя – National Health and Social Life Survey, США). Так, про слабе сексуальне бажання повідомили 33,4% жінок, що перевищує навіть число осіб із загальмованим оргазмом (табл. 1).

Водночас дані інших досліджень свідчать про значно більш низьку частоту гіпоактивного розладу статевого потягу у жінок (hypoactive sexual desire disorder; HSDD) порівняно зі скаргами на слабе сексуальне бажання. Це пояснюється тим, що в дослідженні

Е.О. Laumann і співавт. [25] не враховувався такий фактор, як наявність дистресу у зв'язку з ослабленням статевого потягу, який є одним з критеріїв при встановленні діагнозу HSDD.

На нашу думку, конструктивним є підхід Е.О. Laumann і співавт. [25], що виключає високий ранг суб'єктивізму в діагностичній оцінці ослабленого статевого потягу (якщо у людини він є, але не викликає у неї дистрес, а, може бути, і влаштовує її, то вона здорова, а якщо викликає його, то вона хвора). До речі, в літературі повідомляється, що існувала реко-

Таблиця 1
Поширеність сексуальних дисфункцій у жінок
(Е.О. Laumann і співавт., 1994)

| | |
|-----------------------------------|-------|
| Слабе бажання | 33,4% |
| Загальмований оргазм | 24,1% |
| Секс не приносить задоволення | 21,2% |
| Біль під час статевого акту | 14,4% |
| Виконавська тривожність | 11,5% |
| Проблеми з лубрикацією | 10,4% |
| Занадто швидке досягнення оргазму | 10,3% |

мендація щодо виключення при встановленні діагнозу HSDD дистресу як діагностичного критерію в DSM-IV-TR [37].

З урахуванням даного діагностичного критерію, HSDD «зачіпає» до 1 з 10 жінок у США [37]. Про таку саму частоту HSDD (близько/приблизно 10%) повідомляється і в інших публікаціях [12, 13, 31]. Однак називають і більш високу частоту HSDD. Так, J.J. Warnock і співавт. [40] повідомляють, що він може бути в одній третини жінок у США. В одній оглядовій статті відзначається, що поширеність слабого сексуального потягу може навіть досягати 43%, у той час як частота HSDD наближається до 10% [23].

S.J. Parish і співавт. [32] здійснили пошук літератури з використанням термінів HSDD і «жіноча сексуальна дисфункція» (female sexual dysfunction; FSD). Його результати свідчили про те, що HSDD спостерігається у 8,9% жінок віком від 18 до 44 років, у 12,3% жінок віком від 45 до 64 років та у 7,4% жінок старше 65 років. Автори відзначають, що хоча слабке сексуальне бажання збільшується з віком, однак дистрес від нього з віком зменшується. Тому поширеність HSDD залишається постійною величиною.

I. Goldstein і співавт. [20] повідомляють, що гіпоактивний розлад статевого потягу – поширений стан, який часто не діагностується. Спочатку епідеміологічні дослідження, які вивчають поширеність слабого бажання у жінок, не брали до уваги пов'язані з цим занепокоєння і дистрес, що є основним симптомом даного розладу. У великих групах жінок в менопаузі і постменопаузі в загальній популяції загальна поширеність HSDD коливалася від приблизно 8% до 19% [21, 26, 36, 42].

R.D. Hayes і співавт. [21] у результаті своїх досліджень, в яких взяли участь пацієнтки віком 20–70 років, котрі вступають у сексуальні стосунки, які брали участь у Міжнародному жіночому дослідженні здоров'я і сексуальності (n=1998, Європа; n=1591, США), повідомили про те, що частка європейських жінок з низьким бажанням збільшилася з 11% серед жінок віком 20–29 років до 53% серед жінок віком 60–70 років. Частка американських жінок з низьким бажанням також має тенденцію до збільшення його з віком. У віковій групі 20–29 років 65% європейських і 67% американських жінок з низьким сексуальним потягом страждали від цього. У віковій групі 60–70 років цей показник знизився до 22% і 37% відповідно.

В Європі та США поширеність HSDD серед населення суттєво не змінювалася з віком (6–13% в Європі, 12–19% у США). Автори зробили висновки, що частка жінок з низьким бажанням збільшувалася з віком, в той час як частка жінок, стурбованих своїм низьким бажанням, з віком зменшувалася. Отже, поширеність HSDD залишалася майже незмінною в осіб різних вікових категорій. Це може пояснити, чому в літературі часто не повідомляється про зв'язок між HSDD і віком.

S.R. Leiblum і співавт. [26] опублікували результати досліджень поширеності HSDD серед жінок у США залежно від репродуктивного статусу і віку. Були вивчені чотири групи жінок: жінки в постменопаузі після хірургічного втручання віком від 20 до 49 років і від 50

до 70 років; жінки в менопаузальному віці від 20 до 49 років і в природній постменопаузі віком від 50 до 70 років.

Отримані результати свідчили про те, що поширеність HSDD коливалася від 9% у жінок у природній постменопаузі до 26% у більш молодих жінок у постменопаузі, які піддалися хірургічному втручання. Частота HSDD була значно вище серед жінок віком від 20 до 49 років у постменопаузі після хірургічного втручання, ніж серед жінок у менопаузі того самого віку, тоді як не було значних відмінностей у поширеності HSDD між постменопаузальними жінками віком 50–70 років, у яких менструації зникли раніше в результаті гінекологічних операцій, і жінками в природній постменопаузі.

L. Dennerstein і співавт. [14] опублікували результати опитування 2467 європейських жінок віком від 20 до 70 років, які проживають у Франції, Німеччині, Італії та Великобританії. Для досліджень використовували Профіль жіночої сексуальної функції (the Profile of Female Sexual Function; PFSF), Шкалу особистісного дистресу (Personal Distress Scale; PDS) і Ступінь сексуальної активності (Sexual Activities Measure). В аналізовану групу увійшли 1356 жінок, що мають сексуальних партнерів, з хірургічно обумовленою менопаузою, регулярними менструаціями або природною постменопаузою. Показники сексуального бажання, сексуального збудження, оргазму і сексуального задоволення сильно корелювали ($P<0,001$), демонструючи, що слабке сексуальне бажання часто пов'язане зі зниженням функціонування в інших аспектах сексуальної реакції. Жінки з низьким сексуальним бажанням рідше вступали в статеве життя і з більшою ймовірністю були незадоволені своїм сексуальним життям і партнерськими відносинами, ніж жінки з нормальним бажанням ($P<0,001$). Виявлено, що жінки в період менопаузи після хірургічного втручання мають підвищений ризик розвитку HSDD.

S.L. West і співавт. [42] опитали по телефону 2207 американських жінок віком від 30 до 70 років, які перебувають в стабільних сексуальних відносинах (≥ 3 міс). Аналіз був зосереджений на 755 жінках, які перебувають в менопаузі, 552 жінках у природній і 637 у хірургічній менопаузі. Слабке сексуальне бажання визначалося з використанням Профілю домену бажання жіночої сексуальної функції (the Profile of Female Sexual Function desire domain), а HSDD – з використанням Профілю жіночої сексуальної функції (the Profile of Female Sexual Function) і Шкали особистісного дистресу (the Personal Distress Scale).

Проведені дослідження свідчили про те, що поширеність слабого сексуального бажання коливалася від 26,7% серед жінок у менопаузі до 52,4% серед жінок у природній менопаузі. Поширеність HSDD була найвищою серед жінок у менопаузі внаслідок хірургічного втручання (12,5%). Поширеність слабого статевого потягу у жінок, що перебувають у природній менопаузі, також була вище, ніж у жінок у менопаузі. Серед жінок, які перебувають у менопаузі після хірургічного втручання, HSDD зазначалося більш ніж у 2 рази частіше порівняно з жінками у менопаузі. Загалом

поширеність слабого статевого потягу була набагато вище, ніж поширеність HSDD. Це свідчить про те, що набагато більше жінок повідомили про слабе бажання, ніж були стурбовані цим станом. Загальна поширеність слабого бажання становила 36,2%, а HSDD, що характеризується переживанням з приводу слабого бажання, – 8,3% [42].

S.L. West і співавт. [42], посилаючись на літературні дані, також відзначають, що на високі показники HSDD у жінок у менопаузі, яким нещодавно видалили яєчники до співбесіди, можуть вплинути швидкі гормональні зрушення після оваріоектомії, на відміну від більш поступових гормональних змін у природній менопаузі (S.R. Davis, H.G. Burger, 1996; P.M. Sarrel, 1999). Як повідомляють автори, що цитуються, у жінок у менопаузі була висока поширеність слабого бажання, але найнижча поширеність HSDD. Крім того, що у жінок, які перебувають у природній менопаузі, є більше часу для фізичної адаптації до гормональних змін, вони можуть очікувати змін у своїй сексуальній реакції, які б змінили їхні переживання з приводу слабого бажання.

Як частота слабого бажання, так і поширеність HSDD варіювалися залежно від віку, раси/етнічної приналежності, рівня освіти, індексу маси тіла, поточного статусу куріння, поточної депресії, використання антидепресантів людьми з попереднім діагнозом депресії, гормональної терапії (у жінок у період менопаузи) і менопаузального статусу [42].

Jeffrey Simons, Michael P. Carey [38] у своїй оглядовій статті повідомляють, що в 7 дослідженнях оцінки поширеності HSDD серед жінок коливаються від 5% [39] до 46% [11]. Дві найвищі оцінки, а саме: 46% [11] і 37% [41], взяті з вибірок жінок у постменопаузі. В інших дослідженнях повідомляється, що річні оцінки HSDD варіюються від 14% [18] до 33% [25]. Тільки E. Lindal, J.G. Stefansson [27] використовували критерії DSM-III, і вони повідомили про значно більш високу поширеність HSDD протягом життя серед жінок (16%), ніж серед чоловіків (4%). Багато методологічних відмінностей у кількох дослідженнях роблять інтерпретацію наведених даних важкою.

D.J. Jamieson, J.F. Steege [22] повідомляють, що в даний час поширеність HSDD серед жінок у гінекологічній клініці становить 10%. E. Shahar і співавт. [35] обстежили жінок з передменструальним синдромом і повідомили про частоту HSDD у 21% протягом усього життя за критеріями DSM-III. L.M. Chiechi і співавт. [11] відзначають, що поширеність HSDD серед жінок постменопаузального віку становить 46%. Отже, поточні оцінки поширеності HSDD варіюються від 10% [22] до 46%.

G.R. Brown і співавт. [7, 8] відзначають, що поширеність HSDD серед ВІЛ-інфікованих жінок становить 20% і 31%. K. Goggin і співавт. [19] повідомили про позитивний зв'язок між HSDD і депресивними симптомами, низьким рівнем задоволеності життям і передбачуваним ризиком зараження ВІЛ. У цьому дослідженні також повідомляється про оцінку Jeffrey Simons і Michael P. Carey поширеності HSDD, яка становить 39% у вибірці, отриманій із товариства та клінік з ВІЛ/СНІДу.

Повідомляється про різну частоту HSDD, що залежить від країни проживання і раси. Так, на підставі проведеного дослідження відзначається, що поширеність HSDD у заміжніх австралійських жінок середнього віку була в три рази вище, ніж в іранських жінок, насамперед через більш високу поширеність особистих переживань сексуального характеру [16]. Також наголошується, що при дослідженні у США виявилось, що у чорношкірих неіспаномовних жінок була нижча поширеність слабого статевого потягу і HSDD, ніж у білих неіспаномовних або іспаномовних жінок, але менше 15% обстежених жінок були чорношкірими або латиноамериканцями [42].

У чоловіків сексуальні дисфункції зустрічаються рідше, ніж у жінок. Як було відзначено нами раніше, в 1999 р. були опубліковані результати масштабного дослідження, в якому взяли участь 1410 чоловіків і 1749 жінок віком від 18 до 59 років [25]. Було встановлено, що у чоловіків ті чи інші сексуальні дисфункції наявні в 31% випадків, в той час як у жінок – в 43%. Частота різних дисфункцій у чоловіків (дані Національного дослідження здоров'я і соціального життя – National Health and Social Life Survey, США), наведена в табл. 2.

Дані табл. 2 свідчать, що слабкий статевий потяг фіксують у 15,8% чоловіків, тобто практично більш ніж у 2 рази рідше, ніж у жінок, у яких ця скарга відзначається в 33,4% випадків. Водночас наприкінці 90-х років XX ст. низка клініцистів відзначали однаково частоту звернень зі скаргами на зниження сексуального бажання жінок і чоловіків (Pridal & LoPiccolo, 2000) [3].

Привертає увагу велика частота передчасної еякуляції (ПЕ) у чоловіків, яка, згідно з наведеними в табл. 2 даними, спостерігається майже втричі частіше, ніж ерекційна дисфункція. Проте в сексологічній практиці при зверненні за сексологічною допомогою чоловіки насправді значно частіше скаржаться на проблеми з ерекцією. Така значна поширеність ПЕ, яка в МКБ-11 буде називатися ранньою, насправді пов'язана з раніше існуючими підходами до оцінювання тривалості статевого акту, які закріпилися в суспільній свідомості.

В останній американській класифікації психічних розладів (2013), яка наведена в Діагностичному і статистичному посібнику з психічних захворювань 5-го перегляду (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition; DSM-5), ПЕ трактується як стійку або повторювану еякуляцію, яка відбувається під час партнерської сексуальної активності протягом приблизно 1 хв після проникнення в піхву і до того, як індивідуум побажає цього [2, 15]. У цьо-

Таблиця 2

Поширеність сексуальних дисфункцій у чоловіків (E.O. Laumann і співавт., 1994)

| | |
|-------------------------------|-------|
| Передчасна еякуляція | 28,5% |
| Виконавська тривожність | 17,0% |
| Слабкий потяг | 15,8% |
| Ерекційна дисфункція | 10,4% |
| Загальмована еякуляція | 8,3% |
| Секс не приносить задоволення | 8,1% |
| Біль під час статевого акту | 3,0% |

му посібнику підкреслюється, що більш ніж 20–30% чоловіків віком 18–70 років висловлюють занепокоєння з приводу того, як швидко у них відбувається еякуляція, проте з **прийняттям нового визначення ПЕ («сім'явиверження відбувається протягом приблизно 1 хв після проникнення в піхву»), даний розлад буде діагностуватися тільки у 1–3% чоловіків.**

Багато хто вважає, що зазвичай усі 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 в своїх сексуальних проявах порівняно з жінками, в яких більш виражену порівняно з чоловіками роль відіграють психологічні фактори. R.F. Vaumeister і співавт. [5] детально вивчили публікації, які порівнюють силу статевого потягу чоловіків і жінок. Вони повідомляють про те, що чоловіки думають про секс і фантазують про нього частіше, ніж жінки; хочуть займатися сексом частіше, незалежно від сексуальної орієнтації; хочуть мати більшу кількість статевих партнерів; частіше мастурбують; менш схильні відмовлятися від сексуальної активності; статевий потяг виникає у них в більш ранньому віці; вони використовують більш широке розмаїття сексуальних практик і готові піти на великі матеріальні жертви, щоб вступити в статеве життя. Вони резюмували зроблені ними висновки наступним чином: «Ми не знайшли жодного дослідження за допомогою одного з майже дюжини різних показників, яке показало б, що у жінок більш сильний статевий потяг, ніж у чоловіків». Намагаючись пояснити цю різницю, автори розглянули роль біології, а також соціальні та культуральні фактори і дійшли висновку, що «роль біології пом'якшується соціальними факторами більшою мірою у жінок, ніж у чоловіків».

Також існують інші дані, які незаперечно свідчать про більшу сексуальну активність чоловіків порівняно з жінками. Так, в одному дослідженні було виявлено, що лесбійські пари живуть статевим життям значно рідше, ніж гетеросексуальні і гей-пари [6]. Це можна пояснити тим, що сексуальні контакти в гетеросексуальних парах часто відбуваються з ініціативи чоловіків. Отже, можна припустити, що більш низький рівень сексуальної активності в лесбійських парах свідчить про те, що сексуальне бажання у жінок з кількісної точки зору менше, ніж у чоловіків.

William L. Maurice [28] повідомляє, що відмінним джерелом інформації про сексуальну незацікавленість чоловіків є раніше згадане нами Національне дослідження здоров'я і соціального життя (the National Health and Social Life Survey; NHLS) [24].

Під час проведення цього дослідження E.O. Laumann і його колеги опитали 3432 дорослих осіб віком від 18 до 59 років (у тому числі 1410 чоловіків) у США. У 90-хвилинному інтерв'ю з багатьох питань, пов'язаних із сексом, одне із заданих запитань формулювалося так: «Чи був за останні 12 місяців період в декілька місяців або більше, коли у вас не було інтересу до сексу?», 16% чоловіків проти 33% жінок відповіли на це питання позитивно. Коли відповіді були розділені по 5-річним групам, найбільша кількість тих, хто відповів «так», було серед чоловіків двох груп: віком 40–44 роки і 50–59 років, що

не відповідає поширеній думці про зменшення сексуального потягу з віком. Цій же думці не відповідають дані, згідно з якими найменше чоловіків, які відповіли «так», було в групі чоловіків віком від 44 до 49 років. Також не відповідає загальноприйнятим переконанням той факт, що позитивно на дане питання відповіли 14% чоловіків наймолодшої групи (від 18 до 24 років).

У цьому дослідженні також були виявлені деякі соціальні чинники, які корелювали з відсутністю сексуального потягу у чоловіків. На зазначене вище ствердно відповіли 20% чоловіків, які «ніколи не перебували у шлюбі» (проти 12%, що перебувають у шлюбі); 22% чоловіків, чия освіта була «нижче середньої» (порівняно з більшістю інших рівнів освіти, де діапазон становив 13–16%); 20% представників негроїдної раси проти 15% представників європеїдної (білої) раси. Позитивно на це питання відповіли 25% бідняків (порівняно з 13–15% чоловіків з іншими рівнями доходу). У тому самому дослідженні було показано, що як здоров'я, так і щастя корелювали із сексуальною незацікавленістю. Чим гірше був стан здоров'я і більше ступінь нещастя, тим більше була сексуальна незацікавленість.

Чоловіки віком 50-59 років порівняно з чоловіками віком 18-29 років втричі частіше відчували слабкий сексуальний потяг, а чоловіки, які «ніколи не перебували у шлюбі», майже в п'ять разів частіше відчували нестачу сексуального потягу порівняно з тими, хто на момент дослідження був одружений.

«Щоденне вживання алкоголю», «поганий або задовільний стан здоров'я», «емоційні проблеми або стрес» виявилися предикторами (прогностичними факторами) слабого сексуального потягу у чоловіків.

William L. Maurice [28] повідомляє і про інше дослідження, яке було проведено у Великій Британії і стосувалося поширеності сексуальних проблем у людей, в яких у минулому році був хоча б один гетеросексуальний партнер. Дослідження проводили з 1999 по 2000 рр., у ньому взяла участь 11461 чоловіків і жінок віком від 16 до 44 років [29]. Відсоток осіб, які відповіли на запитання, становив 65,4%. Про проблеми повідомлялося відповідно до двох періодів тривалості: не менше 1 міс в минулому році і не менше 6 міс в минулому році. Тридцять п'ять відсотків чоловіків повідомили принаймні про одну сексуальну проблему в минулому році. «Відсутність інтересу до сексу» була найбільш частою такою проблемою (17%) за більш короткий період часу. Поширеність знизилася до 2%, якщо розглядали тимчасові рамки «не менше 6 місяців».

У ще одному дослідженні за участю 100 «нормальних», переважно білих, добре освічених і щасливих у шлюбі пардубровольців було виявлено, що аналогічний (за даними досліджень у США і Великобританії) відсоток чоловіків (16%) були сексуально незацікавленими [17].

У DSM-5 зазначається, що приблизно 6% молодих людей віком від 18 до 24 років і 41% літніх чоловіків віком від 66 до 74 років мають проблеми зі статевим потягом [15].

B.R.S. Rosser і співавт. [34] при опитуванні чоловіків-геїв щодо їхніх сексуальних проблем виявили, що у 16% з них «відсутність інтересу або бажання до сексу» є поточною проблемою, а у 49% ця проблема була в якийсь момент їхнього життя.

Carol Apt і співавт. [4] виявили деякі фактори, які пов'язані з низьким сексуальним бажанням у чоловіків. Вони обстежили одружених чоловіків (n=21), які відповідали діагностичним критеріям DSM-III-R для HSDD. Використовували Індекс сексуального потягу Герлберта (the Hurlbert Index of Sexual Desire; HISSD), Тест міжособистісної залежності (the Interpersonal Dependency Inventory; IDI) та Індекс сексуальної асертивності Герлберта (Hurlbert Index of Sexual Assertiveness; HISA). Результати цього дослідження зазначили, що чоловіки, у яких рівень сексуальної самовпевненості був вище, ніж у їхніх партнерок, повідомили про найслабкіший рівень сексуального потягу. Крім того, найнижчий рівень сексуального бажання був виявлений у тих чоловіків, які повідомили про найбільшу емоційну залежність від інших.

Cindy M. Meston, Amelia M. Stanton [30], обговорюючи поширеність проблем у чоловіків, пов'язаних зі статевим потягом, повідомляють, що за самооцінкою вони коливаються від 4,8% у США (Laumann, Glasser, Neves, Moreira, 2009) до 17% у Великобританії (Mercer et al., 2003). Проблеми з бажанням посилюються з віком. У вибірці шведських чоловіків віком від 66 до 74 років 41% відчували слабкий сексуальний потяг (A. Fugl-Meyer, Sjogren, 1999). Показники поширеності зазвичай знижуються, коли дослідження вивчають стійку відсутність інтересу до сексуальної

активності. У вибірці з 40–80-річних чоловіків у США 4,8% повідомили про періодичну відсутність сексуального потягу, в той час як лише 3,3% – про часту його відсутність (Laumann, Glasser, Neves, Moreira, 2009). R.C. Rosen [33] повідомляє, що HSDD у популяційних дослідженнях було зареєстровано приблизно у 15% чоловіків. Він пов'язаний з широким спектром медичних і психологічних причин.

Два дослідження J. Catalan і співавт. [9, 10] інформують про високий рівень поширеності слабого статевого потягу серед ВІЛ-інфікованих чоловіків (75% і 55% відповідно). На жаль, автори не повідомляють жодних критеріїв, і невідомо, якою мірою виявлена ними «втрата інтересу до сексу» відповідає діагнозу HSDD.

Слід зазначити, що існують помітні відмінності в рівнях поширеності слабого статевого потягу в різних культурах у діапазоні від 12,5% у чоловіків з Північної Європи до 28% у чоловіків віком 40–80 років з Південно-Східної Азії. Почуття провини через секс може опосередковувати цю асоціацію між східноазійською етнічною приналежністю і сексуальним бажанням у чоловіків [15].

Отже, частота гіпоактивного статевого потягу пов'язана з різними факторами, що стане об'єктом спеціального розгляду й аналізу в окремій статті, присвяченій формуванню даного стану.

Відомості про автора

Кочарян Гарнік Сурунович – 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

Information about the author

Kocharyan Garnik S. – 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

Сведения об авторе

Кочарян Гарник Сурунович – 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

ПОСИЛАННЯ

1. Barlou D, redactor. Klinicheskoye rukovodstvo po psikhicheskim rasstroystvam: 3-e izd. Sankt Peterburh: Piter; 2008. 912 s.
2. Kocharyan GS. Prezhdevremennaya eyakulyatsiya: sovremennyy vzglyad na problem. Zdorovye muzhchiny. 2018;1(64):61-4.
3. Crooks R, Baur K. Seksualnost: per. s angl. Sankt Peterburh: Praym – EVRO-ZNAK; 2005. 480 s.
4. Apt C, Hurlbert DF, Powell D. Men with Hypoactive Sexual Desire Disorder: The Role of Interpersonal Dependency and Assertiveness. J Sex Edu Ther. 1993;19(2):108-16. doi: 10.1080/01614576.1993.11074074.
5. Baumeister RF, Catanese KR, Vohs KD. Is there a gender difference in strength of sex drive? Theoretical views, conceptual distinctions, and a review of relevant evidence. Personality Soc Psych Rev. 2001;5(3):242-72. doi: 10.1207/S15327957PSPR0503_5.
6. Blumstein P, Schwartz P. American Couples: Money, Work, Sex. New York: William Morrow and Company, Inc., 1983.
7. Brown GR, Rundell JB. A prospective study of psychiatric aspects of early HIV disease in women. Gen Hosp Psychiatry. 1993;15(3):139-47. doi: 10.1016/0163-8343(93)90116-6.
8. Brown GR, Rundell JR. Prospective study of psychiatric morbidity in HIV-seropositive women without AIDS. Gen Hosp Psychiatry. 1990;12(1):30-5. doi: 10.1016/0163-8343(90)90035-b.
9. Catalan J, Klimes I, Bond A, Day A, Garrod A, Rizza C. The psychosocial impact of HIV infection in men with haemophilia: controlled investigation and factors associated with psychiatric morbidity. J Psychosom Res. 1992;36(5):409-16. doi: 10.1016/0022-3999(92)90001-i.
10. Catalan J, Klimes I, Day A, Garrod A, Bond A, Gallwey J. The psychosocial impact of HIV infection in gay men. A controlled investigation and factors associated with psychiatric morbidity. Br J Psychiatry. 1992;161:774-8. doi: 10.1192/bjp.161.6.774.
11. Chiechi LM, Granieri M, Lobascio A, Ferreri R, Loizzi P. Sexuality in the climacterium. Clin Exp Obstet Gynecol. 1997;24(3):158-9.
12. Clayton AH. The pathophysiology of hypoactive sexual desire disorder in women. Int J Gynaecol Obstet. 2010;110(1):7-11. doi: 10.1016/j.ijgo.2010.02.014.
13. Davison SL. Hypoactive sexual desire disorder. Curr Opin Obstet Gynecol. 2012;24(4):215-20. <https://doi.org/10.1097/GCO.0b013e328355847e>.
14. 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):212-22. doi: 10.1111/j.1743-6109.2006.00215.x.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. United States: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
16. Fooladi E, Islam RM, Bell RJ, Robinson PJ, Masoumi M, Davis SR. The prevalence of hypoactive sexual desire disorder in Australian and Iranian women at midlife. Menopause. 2020;27(11):1274-80. doi: 10.1097/GM.E.0000000000001665.
17. Frank E, Anderson C, Rubenstein D. Frequency of sexual dysfunction in normal couples. New Engl J Med. 1978;299(3):111-5. doi: 10.1056/NEJM197807202990302.
18. Fugl-Meyer AR, Fugl-Meyer KS, Meyer KS, Sjogren K, Fugl A, Meyer K. Sexual disabilities, problems, and satisfaction in 18-74 year old Swedes. 1999;2:79-105.
19. Goggin K, Engelson ES, Rabkin JG., Kotler DP. The relationship of mood,

- endocrine, and sexual disorders in human immunodeficiency virus positive (HIV+) women: An exploratory study. *Psychosom Med.* 1998;60(1):11-6. doi: 10.1097/00006842-199801000-00003.
20. 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.
21. Hayes RD, Dennerstein L, Bennett CM, Koochaki PE, Leiblum SR, Graziottin A. Relationship between hypoactive sexual desire disorder and aging. *2007;87(1):107-12.* doi: 10.1016/j.fertnstert.2006.05.071.
22. Jamieson DJ, Steege JF. The prevalence of dysmenorrhea, dyspareunia, pelvic pain, and irritable bowel syndrome in primary care practices. *Obstet Gynecol.* 1996;87(1):55-8. doi: 10.1016/0029-7844(95)00360-6.
23. Kingsberg SA, Rezaee RL. Hypoactive sexual desire in women. *Menopause.* 2013;20(12):1284-300. doi: /10.1097/GME.000000000000131.
24. Laumann EO, Gagnon JH, Michael RT, Michaels S. *The Social Organization of Sexuality: Sexual Practices in the United States.* Chicago: The University of Chicago Press; 2000. 750 p.
25. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual Dysfunction in the United States. *JAMA.* 1999;281(6):537-44. doi: 10.1001/jama.281.6.537.
26. Leiblum SR, Koochaki PE, Rodenberg CA, Barton IP, Rosen RC. Hypoactive sexual desire disorder in postmenopausal women: US results from the Women's International Study of Health and Sexuality (WISHeS). *Menopause.* 2006;13(1):46-56. doi: 10.1097/01.gme.0000172596.76272.06.
27. Lindal E, Stefansson JG. The lifetime prevalence of psychosexual dysfunction among 55 to 57-year-olds in Iceland. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1993;28(2):91-5. doi: 10.1007/BF00802098.
28. Balon R, Seagraves T, editors. *Handbook of Sexual Dysfunction* Boca Raton: Taylor & Francis Group. 2005, Maurice WL. Male Hypoactive Sexual Desire Disorder, 67-109 p.
29. Mercer CH, Fenton KA, Johnson AM, Wellings K, Macdowall W, McManus S, et al. Sexual function problems and help seeking behaviour in Britain: national probability sample survey. *Br Med J.* 2003;327(7412):426-7. doi: 10.1136/bmj.327.7412.426.
30. Meston CM, Stanton AM. Hypoactive Sexual Desire Disorder. Definition, Diagnosis, and Prevalence. *The Sexual Psychophysiology Laboratory [Internet].* USA: The University of Texas at Austin; 2021. Available from: <https://labs.la.utexas.edu/mestonlab/hypoactive-sexual-desire-disorder/>.
31. Meyer P. Place de la testostérone dans le trouble du désir sexuel hypoactif chez la femme [Testosterone therapy in female hypoactive sexual desire disorder]. *Rev Med Suisse.* 2016;12(510):540-3.
32. 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.
33. Rosen RC. Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in men and women. *Curr Psychiatry Rep.* 2000;2(3):189-95. doi: 10.1007/s11920-996-0006-2. PMID: 11122954.
34. Rosser BRS, Metz ME, Bocking WO, Buroker T. Sexual difficulties, concerns, and satisfaction in homosexual men: an empirical study with HIV prevention implications. *J Sex Marital Ther.* 1997;23(1):61-73. doi: 10.1080/00926239708404418.
35. Shahar E, Lederer J, Herz MJ. The use of a self-report questionnaire to assess the frequency of sexual dysfunction in family practice clinics. *Fam. Pract.* 1991;8(3):206-12. doi: 10.1093/fampra/8.3.206.
36. Shifren JL, Monz BU, Russo PA, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: prevalence and correlates. *Obstet Gynecol.* 2008;112(5):970-8.
37. Simon JA. Low sexual desire--is it all in her head? Pathophysiology, diagnosis, and treatment of hypoactive sexual desire disorder. *Postgrad Med.* 2010;122(6):128-36. doi: 10.3810/pgm.2010.11.2230.
38. Simons J, Carey MP. Prevalence of Sexual Dysfunctions: Results from a Decade of Research. *Arch Sex Behav.* 2001;30(2):177-219. doi: 10.1023/a:1002729318254.
39. Ventegodt S. Sex and the quality of life in Denmark. *Arch. Sex. Behav.* 1998;27(3):295-307. doi: 10.1023/a:1018655219133.
40. Warnock JJ. Female hypoactive sexual desire disorder: epidemiology, diagnosis and treatment. *CNS Drugs.* 2002;16(11):745-53. doi: 10.2165/00023210-200216110-00003.
41. Wasti S, Robinson SC, Akhtar Y, Khan S, Badaruddin N. Characteristics of menopause in three socioeconomic urban groups in Karachi, Pakistan. *Maturitas.* 1993;16(1):61-9. doi: 10.1016/0378-5122(93)90134-4.
42. West SL, D'Aloisio AA, Agans RP, Kalsbeek WD, Borisov NN, Thorp JM. Prevalence of low sexual desire and hypoactive sexual desire disorder in a nationally representative sample of US women. *Arch Intern Med.* 2008;168(13):1441-9. doi: 10.1001/archinte.168.13.1441.

Стаття надійшла до редакції 01.09.2021. – Дата першого рішення 30.08.2021. – Стаття подана до друку 05.10.2021