

# МКХ-11. Стани, пов'язані із сексуальним здоров'ям: коди та обговорення інновацій

Г. С. Кочарян

Навчально-науковий інститут післядипломної освіти Харківського національного медичного університету

Перехід на МКХ-11 рекомендовано ВООЗ з 1 січня 2022 року. Ця класифікація набула чинності 11 лютого 2022 року. Усі сексуальні розлади, крім парафілій, які у МКХ-11 називають парафілічними розладами і відносять до розділу «Психічні, поведінкові розлади та порушення нейропсихічного розвитку», було виведено з цього класу. Але слід зазначити, що парафілічні розлади одночасно увійшли і до нової рубрики МКХ-11 «Стани, пов'язані із сексуальним здоров'ям». Усі інші сексуальні розлади також було включено до цієї глави. Одним із поштовхів до виділення цієї рубрики стало наступне. ЛГБТ-активісти та організації звернулися до проекту МКХ-11 з вимогою виключити цю патологію зі списку психічних розладів, оскільки її наявність у цьому списку, на їхню думку, порушує права людини. Це звернення не залишилося поза увагою. У МКХ-11 весь блок F64 «Розлади статевої ідентифікації» з МКХ-10 був замінений на «Гендерну невідповідність» («Gender incongruence»). Також у МКХ-11 гендерну невідповідність (трансгендерність) було перенесено з «Психічних розладів та розладів поведінки» МКХ-10 до «Станів, пов'язаних із сексуальним здоров'ям».

Таким чином психічна патологія «була перетворена» на норму за допомогою «депатологізуючого» впливу соціальних факторів. Однак навіть термінологія, яка знайшла свій відбиток у МКХ-11, не подобається лідерам організації трансгендерів. Вони вважають, що термін «гендерна невідповідність» також є стигматизуючим, оскільки однією його складовою є слово «невідповідність». Проблеми, що увійшли до групи «Стани, пов'язані із сексуальним здоров'ям», представлені в 17 розділі МКХ-11, а саме: (1) сексуальні дисфункції; (2) сексуальні больові розлади; (3) гендерна невідповідність (інконгруентність); (4) зміни в анатомії жіночих статевих органів; (5) зміни в анатомії чоловічих статевих органів; (6) парафілічні розлади; (7) адреногенітальні розлади; (8) інфекції, що переважно передаються статевим шляхом; (9) контакт із службами охорони здоров'я з питань використання контрацептивів.

У статті обговорюються питання щодо сексуальних дисфункцій: необхідна тривалість їх існування для встановлення відповідного діагнозу; обов'язковість наявності діагностичного критерію, згідно з яким сексуальна проблема повинна викликати клінічно значущий дистрес; виключення сексуальної аверсії з категорії сексуальних дисфункцій; перехід надмірного сексуального потягу до рубрики «компульсивний розлад сексуальної поведінки»; обговорення питання про нормальну тривалість статевого акту та ін. Наводиться складена автором таблиця зіставлень сексуальних дисфункцій, а також сексуальних больових розладів у МКХ-10 та МКХ-11. Повідомляється, що із МКБ-11 було повністю виключено розділ F66 «Психологічні та поведінкові порушення, пов'язані із сексуальним розвитком та орієнтацією», який включав і гомосексуальну его-дистонічну орієнтацію.

Також обговорюється часткова депатологізація парафілій, яка знайшла відображення у МКХ-11, що базується на відсутності діагностичного критерію наявності дистресу, обумовленого ними. Згідно з цим підходом, якщо такий дистрес відсутній і людина повністю приймає спрямованість свого статевого потягу, то йдеться про психічно здорову людину, у якої має місце парафілія, а при неприйнятті парафілії та наявності обумовленого нею дистресу – про парафілічний розлад, що належить до психічної патології. Це повною мірою стосується і додефілії. Звертає увагу відсутність мазохізму серед перелічених парафілічних розладів. На думку автора, з медичної точки зору часткова депатологізація парафілій, що знайшла відображення в МКХ-11, є науково необґрунтованою, результатом впливу виключно соціальних факторів, і при встановленні діагнозу цих розладів доцільно використовувати традиційний підхід до їх визначення.

**Ключові слова:** МКХ-11; стани, пов'язані із сексуальним здоров'ям; коди та їх опис; обговорення інновацій.

## ICD-11. Conditions related to sexual health: codes and discussion of innovations

G. S. Kocharyan

The transition to ICD-11 was recommended by the WHO beginning from January 1, 2022. This classification went into effect on February 11, 2022. All sexual disorders, apart from paraphilias that in ICD-11 are termed as paraphilic disorders and included into the Chapter "Mental, behavioural or neurodevelopmental disorders", were removed from this class. But it should be noted that paraphilic disorders were also simultaneously included into the new ICD-11 rubric "Conditions related to sexual health". All other sexual disorders have also been included in this chapter. The following fact served as one of impulses for separation of the above chapter. LGBT activists and organizations applied to the ICD-11 project demanding to exclude this pathology from the list of mental disorders, because its presence in the above list, in their opinion, broke human rights. That application was not ignored. In ICD-11 the block F64 "Gender identity disorders" from ICD-10 was replaced with "Gender incongruence". Also, gender incongruence (transgenderism) in ICD-11 was transferred from "Mental and behavioural disorders" ICD-10 to "Conditions related to sexual health". In this way mental pathology "was turned" into the norm by means of a "depathologizing" effect of social factors. But leaders of organizations of transgenders do not like even the terminology, which reflects in the ICD-11.

What do they think, the term "gender incongruence" is stigmatizing too, because it contains the word "incongruence" as one of its components. The problems, which compose the group "Conditions related to sexual health", are present in Chapter 17 of ICD-11. These include (1) sexual dysfunctions; (2) sexual pain disorders; (3) gender incongruence; (4) changes in female genital anatomy; (5) changes in male genital anatomy; (6) paraphilic disorders; (7) adrenogenital disorders; (8) predominantly sexually transmitted infections; (9) contact with health services for contraceptive management.

The article discusses aspects associated with sexual dysfunctions: the required duration of their existence for making a proper diagnosis; the obligation of presence of the diagnostic criterion, according to which a sexual problem must cause clinically significant distress; the exclusion of sexual aversion from this category; the transfer of excessive sexual drive to the Chapter "Compulsive sexual behaviour disorder"; the discussion of the problem of a normal duration of a sexual intercourse, and others. The article contains the author's table of comparisons of sexual dysfunctions as well as sexual pain disorders in ICD-10 and ICD-11. The author informs that Chapter F66 "Psychological and behavioural disorders associated with sexual development and orientation", which also contained egodystonic sexual orientation, was completely excluded from ICD-11.

The discussion also involves partial depathologizing of paraphilias, which is based on the absence of a diagnostic criterion of the presence of distress caused by them, which is reflected in ICD-11. According to this approach, if such distress is absent and a person fully accepts the direction of his sexual drive, then we are talking about a mentally healthy person who has paraphilia, and if paraphilia is not accepted and causes distress, then this is a paraphilic disorder, which refers to mental pathology. The above is fully applied to paedophilia too. What calls attention to itself is absence of masochism among the paraphilic disorders listed above. The author believes that, from a medical point of view, the partial depathologization of paraphilias, which is reflected in ICD-11, is scientifically unfounded, a consequence of the action of exclusively social factors. Therefore, when diagnosing these disorders, it is advisable to use the traditional approach to their diagnosis.

**Keywords:** ICD-11; conditions related to sexual health; codes and their description; discussion of innovations.

11-й перегляд Міжнародної статистичної класифікації хвороб та проблем, пов'язаних зі здоров'ям (МКХ-11), розпочато у 2007 році. Його проведення обумовлювалося необхідністю обліку досягнень у сфері медицини, науки та інформаційних технологій. У розробці МКХ-11, яка тривала понад десять років, взяли участь понад 300 фахівців із 55 країн, які були поділені на 30 робочих груп. Крім цього, додатково надійшло 10 000 пропозицій від людей з усього світу [1]. Бета-версію МКБ-11 було підготовлено до травня 2012 року, а до кінця 2015 року для неї було запропоновано понад 5000 змін [2].

Версія для подання асамблеї та перекладу національними мовами була офіційно випущена 18 червня 2018 року. МКБ-11 була представлена на 144-му засіданні Виконавчого комітету ВООЗ у січні 2019 року та затверджена в рамках 72-ї сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я (ВАЗ) у травні 2019 року, яка є найвищим керівним органом ВООЗ. Перехід на МКХ-11 рекомендовано ВООЗ з 1 січня 2022 року. Ця класифікація набула чинності 11 лютого 2022 року [1].

Цілком природно, що різні країни не відразу перейдуть на використання нової класифікації, оскільки для цього потрібен якийсь підготовчий період. У зв'язку з цим, слід зазначити, що МКХ-10 була схвалена на 43-й сесії ВООЗ у травні 1990 року і з 1994 року у різні роки почала впроваджуватися в різних країнах. Першою країною, яка перейшла на використання МКХ-10, у 1994 році став Таїланд. Деякі країни зробили це набагато пізніше, наприклад, США – лише у 2015 році. У кількох країнах-членах ВООЗ ще у 2019 році використовувалися класифікації МКХ-9 та МКХ-8 [3].

Слід зазначити, що у проект МКХ-11 та у саму МКХ-11 було внесено певні зміни у класифікацію сексуальних розладів [4–8]. Оскільки ВООЗ прагнула триматися подалі від жорсткого Декартівського поділу розуму від тіла, оскільки вважає його застарілим, органічні та неорганічні розлади були об'єднані. Тому розділ «Сексуальні дисфункції, не обумовлені органічними захворюваннями», який раніше існував у МКХ-10, у МКХ-11 відсутній.

У зв'язку з цим зазначається, що одна частина сексуальних розладів у МКХ-10 належить до класу «Хвороби сечостатевої системи», а інша – до класу «Психічні розлади та розлади поведінки». Проте за роки функціонування МКХ-10 було проведено значну кількість досліджень. Їхні результати одногослоно доводять синергізм соматичного та психічного факторів у формуванні сексу-

альної дисфункції. Зазначається, що таким чином класифікація МКХ-10 йде у розріз із сучасним, більш інтегрованим підходом до питань сексуального здоров'я [9].

Більше того, всі сексуальні порушення, крім розладів сексуальної переваги, які в МКХ-11 називають парафілічними розладами і відносять до розділу 06 «Психічні, поведінкові розлади та порушення нейропсихічного розвитку», були виведені з цього класу. Але слід зазначити, що парафілічні розлади одночасно увійшли і до нової рубрики МКБ-11 «Стани, пов'язані із сексуальним здоров'ям» («Conditions related to sexual health»). Усі інші сексуальні розлади також було включено до цієї глави. Одним із поштовхів до виділення цієї рубрики стало те, що ЛГБТ-активісти та організації звернулися до проекту МКХ-11 з вимогою виключити транссексуалізм зі списку психічних розладів, оскільки його наявність у цьому списку, як вони вважають, порушує права людини. Це звернення не залишилося поза увагою. У МКХ-11 весь блок F64 «Розлади статевої ідентифікації» МКХ-10 був замінений на «Гендерну невідповідність» («Gender incongruence»), яку у МКХ-11 було перенесено з «Психічних розладів та розладів поведінки» МКБ-10 до «Станів, пов'язаних із сексуальним здоров'ям». Таким чином психічна патологія «була перетворена» на норму за допомогою «депатологізуючого» впливу соціальних факторів. Однак навіть термінологія, яка знайшла свій відбиток у МКХ-11, не подобається лідерам організацій трансгендерів. На їхню думку, термін «гендерна невідповідність» також є стигматизуючим, оскільки однією його складовою є слово «невідповідність» [10].

Назвемо проблеми, які увійшли до групи «Стани, пов'язані із сексуальним здоров'ям» [11] і представлені у 17 розділі МКБ-11:

### 1. Сексуальні дисфункції

Це синдроми (у низці випадків симптоми – прим. автора), що обумовлюють труднощі при сексуальній активності дорослих людей, яка не вимагає примусу і приносить особисте задоволення. Сексуальна реакція – це складна взаємодія психологічних, міжособистісних, соціальних, культурних та фізіологічних процесів, один або декілька з яких можуть вплинути на будь-який етап сексуальної реакції людини. Для того, щоб вважатися сексуальною дисфункцією, остання повинна:

- 1) виникати часто, хоча в деяких випадках може бути відсутня;

- 2) бути наявна протягом як мінімум кількох місяців;
  - 3) бути пов'язаною з клінічно значущим дистресом.
- Кодується в іншому місці – сексуальна дисфункція, пов'язана із опущенням тазових органів (GС42).

У МКХ-11 виділяються такі форми сексуальних дисфункцій:

**HA00 Гіпоактивна дисфункція сексуального потягу**

Гіпоактивна дисфункція сексуального потягу характеризується відсутністю чи вираженим зниженням бажання чи 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 відбуваються епізодично або постійно протягом як мінімум кількох місяців і пов'язані з клінічно значущим дистресом.

**HA00.0** Гіпоактивна дисфункція статевого потягу, довічна генералізована.

Людина постійно відчуває гіпоактивну дисфункцію сексуального потягу з початку сексуальної активності, і нині бажана реакція відсутня чи знижена за будь-яких обставин, включаючи мастурбацію.

**HA00.1** Гіпоактивна дисфункція статевого потягу, довічна ситуаційна.

Людина завжди відчувала гіпоактивну дисфункцію сексуального потягу, починаючи з початку сексуальної активності, і нині бажана реакція відсутня чи зменшується за деяких обставин, з деякими партнерами чи у відповідь на деякі стимули, але не в інших ситуаціях.

**HA00.2** Гіпоактивна дисфункція статевого потягу, набута генералізована.

Початок гіпоактивної дисфункції сексуального потягу послідував за періодом часу, протягом якого людина не відчувала її, і нині бажана реакція відсутня або знижена за будь-яких обставин, зокрема й при мастурбації.

**HA00.3** Гіпоактивна дисфункція статевого потягу, набута ситуаційна.

Гіпоактивна дисфункція статевого потягу виникла після періоду часу, протягом якого людина не відчувала її, і нині бажана реакція відсутня або знижена за певних обставин, з деякими партнерами або у відповідь на деякі стимули, але не в інших ситуаціях.

**HA00.Z** Гіпоактивна дисфункція статевого потягу, неуточнена.

**HA01 Дисфункції сексуального збудження**

Дисфункції сексуального збудження включають труднощі, пов'язані з фізіологічними або суб'єктивними аспектами сексуального збудження.

**HA01.0** Жіноча дисфункція сексуального збудження.

Дисфункція сексуального збудження у жінок характеризується відсутністю або вираженим зниженням реакції на сексуальну стимуляцію, що проявляється будь-яким з наступних симптомів:

- 1) відсутність або виражене зниження генітальної реакції, включаючи вульвовагінальну лубрикацію, кровонаповнення і чутливість геніталій;
- 2) відсутність або виражене зниження негенітальних реакцій, таких, як затвердіння сосків, почервоніння шкіри, збільшення частоти серцевих скорочень, підвищення артеріального тиску і почастішання дихання;
- 3) відсутність або виражене зниження почуття сексуального збудження та сексуального задоволення від будь-якого типу сексуальної стимуляції.

Відсутність або виражене зниження реакції на сексуальну стимуляцію відбуваються, незважаючи на бажання сексуальної активності та адекватну сексуальну стимуляцію, спостерігаються епізодично або безперервно протягом щонайменше декількох місяців і пов'язані з клінічно значущим дистресом.

**HA01.00** Жіноча дисфункція сексуального збудження, довічна генералізована.

Людина завжди відчувала дисфункцію сексуального збудження з моменту початку сексуальної активності, а бажана реакція в даний час відсутня або знижена за будь-яких обставин, включаючи мастурбацію.

**HA01.01** Жіноча дисфункція сексуального збудження, довічна ситуаційна.

Людина завжди відчувала дисфункцію жіночого сексуального збудження з моменту початку сексуальної активності, і нині бажана реакція відсутня або знижена в деяких обставинах, з деякими партнерами або у відповідь на деякі стимули, але не в інших ситуаціях.

**HA01.02** Жіноча дисфункція сексуального збудження, набута генералізована.

Початок дисфункції жіночого сексуального збудження послідував за періодом часу, протягом якого людина не відчувала її, і нині бажана реакція відсутня або знижена за будь-яких обставин, зокрема й при мастурбації.

**HA01.03** Жіноча дисфункція сексуального збудження, набута ситуаційна.

Виникнення дисфункції сексуального збудження після періоду часу, протягом якого людина не відчувала її, і нині бажана реакція відсутня або знижена за певних обставин, з деякими партнерами або у відповідь на деякі стимули, але не в інших ситуаціях.

**HA01.0Z** Жіноча дисфункція статевого збудження, неуточнена.

**HA01.1** Чоловіча еректильна дисфункція.

Ця дисфункція характеризується нездатністю чи вираженим зниженням здатності чоловіків досягати чи підтримувати ерекцію статевого члена достатньої тривалості чи жорсткості, щоб забезпечити сексуальну активність. Труднощі з ерекцією виникають, незважаючи на бажання сексуальної активності та адекватну сексуальну стимуляцію, мають епізодичний або постійний характер протягом як мінімум кількох місяців і пов'язані з клінічно значущим дистресом.

**HA01.10** Чоловіча еректильна дисфункція, довічна генералізована.

Людина постійно відчуває еректильну дисфункцію з початку сексуальної активності, і нині бажана реакція відсутня чи знижена за будь-яких обставин, включаючи мастурбацію.

**HA01.11** Чоловіча еректильна дисфункція, довічна ситуаційна.

Людина постійно відчуває еректильну дисфункцію з моменту початку сексуальної активності, і наразі бажана реакція відсутня або зменшується за певних обставин, з деякими партнерами або у відповідь на деякі стимули, але не в інших ситуаціях.

**HA01.12** Чоловіча еректильна дисфункція, набута генералізована.

Початок чоловічої еректильної дисфункції послідував за періодом часу, протягом якого чоловік її не відчував, і нині бажана реакція відсутня або знижується за будь-яких обставин, включно з мастурбацією.

**HA01.13** Чоловіча еректильна дисфункція, набута ситуаційна.

Початок чоловічої еректильної дисфункції послідував за періодом часу, протягом якого людина не відчувала її, і наразі бажана реакція відсутня або зменшується за деяких обставин, з деякими партнерами або у відповідь на деякі стимули, але не в інших ситуаціях.

**HA01.1Z** Чоловіча еректильна дисфункція, неуточнена.

**HA01.Y** Інші уточнені порушення сексуального збудження.

**HA01.Z** Дисфункції сексуального збудження, неуточнені.

## **HA02 Оргазмічні дисфункції**

Оргазмічні дисфункції – це проблеми, пов’язані із суб’єктивним переживанням оргазму.

### **HA02.0** Аноргазмія.

Аноргазмія характеризується відсутністю оргазму, його зниженою частотою чи помітним зниженням інтенсивності оргазмічних відчуттів. У жінок це включає виражену затримку оргазму, яка у чоловіків діагностується як затримка еякуляції. Патерн відсутності, затримки або зниження частоти чи інтенсивності оргазму виникає, незважаючи на адекватну сексуальну стимуляцію, бажання сексуальної активності та оргазму, відбувається епізодично або постійно впродовж періоду щонайменше кількох місяців та пов’язаний із клінічно значущим дистресом.

#### **HA02.00** Аноргазмія, довічна генералізована.

Людина завжди відчувала аноргазмію з початку сексуальної активності, і нині бажана реакція відсутня чи знижена за будь-яких обставин, включаючи мастурбацію.

#### **HA02.01** Аноргазмія, довічна ситуативна.

Людина завжди відчувала аноргазмію з моменту початку сексуальної активності, і нині бажана реакція відсутня або зменшується за певних обставин, із деякими партнерами або у відповідь на деякі стимули, але не в інших ситуаціях.

#### **HA02.02** Аноргазмія, набута генералізована.

Початок аноргазмії послідував за періодом часу, протягом якого людина не відчувала її, і нині бажана реакція відсутня або зменшується за будь-яких обставин, включно з мастурбацією.

#### **HA02.03** Аноргазмія, набута ситуативна.

Аноргазмія виникла після періоду часу, протягом якого людина її не відчувала, і наразі бажана реакція

відсутня або зменшується за певних обставин, з деякими партнерами або у відповідь на деякі стимули, але не в інших ситуаціях.

### **HA02.Y** Інші уточнені оргазмічні дисфункції.

### **HA02.Z** Оргазмічні дисфункції, неуточнені.

## **HA03 Еякуляторні дисфункції**

Під еякуляторними дисфункціями розуміються труднощі з еякуляцією у чоловіків, включаючи надто коротку (рання еякуляція) або надто велику тривалість статевого акту.

### **HA03.0** Рання еякуляція у чоловіків.

Рання еякуляція у чоловіків характеризується сім’явипорскуванням, яке відбувається до або протягом дуже короткого часу після початку вагінального проникнення або іншої сексуальної стимуляції, при цьому контроль над сім’явипорскуванням відсутній або практично не відчувається. Рання еякуляція відбувається епізодично або постійно протягом щонайменше кількох місяців і асоціюється з клінічно значущим дистресом.

**HA03.00** Рання еякуляція у чоловіків, довічна генералізована.

У людини рання еякуляція виникає спочатку статевого активності, включаючи мастурбацію.

**HA03.01** Рання еякуляція у чоловіків, довічна ситуативна.

Рання еякуляція існує з початку статевого життя за певних обставин, з деякими партнерами або у відповідь на певні стимули, але не в інших ситуаціях.

**HA03.02** Рання еякуляція у чоловіків, набута генералізована.

Рання еякуляція виникла після періоду часу, протягом якого чоловік не відчував її і зараз має місце за будь-яких обставин, у тому числі при мастурбації.

**HA03.03** Рання еякуляція у чоловіків, набута ситуативна.

Рання еякуляція виникла після певного періоду часу, протягом якого людина не відчувала її, і має місце за певних обставин, з деякими партнерами або у відповідь на деякі стимули, але не в інших ситуаціях.

### **HA03.0Z** Рання еякуляція у чоловіків, неуточнена.

#### **HA03.1** Затримка еякуляції у чоловіків.

Затримка еякуляції у чоловіків характеризується нездатністю досягти її чи надмірною затримкою еякуляції, незважаючи на адекватну сексуальну стимуляцію та бажання еякулювати. Затримка еякуляції відбувається епізодично або постійно протягом як мінімум кількох місяців та асоціюється з клінічно значущим дистресом.

**HA03.10** Затримка еякуляції у чоловіків, довічна генералізована.

Чоловік завжди відчував затримку еякуляції з моменту початку статевої активності, і бажана реакція наразі відсутня або ослаблена за будь-яких обставин, включаючи мастурбацію.

**HA03.11** Чоловіча затримка еякуляції, довічна ситуативна.

Чоловік завжди відчував затримку еякуляції з моменту початку сексуальної активності, і бажана реакція в даний час відсутня або зменшена за певних обставин, з деякими партнерами або у відповідь на певні стимули, але не в інших ситуаціях.

**HA03.12** Затримка еякуляції у чоловіків, набута, генералізована.

Затримка еякуляції виникла після певного періоду часу, протягом якого людина не відчувала її, і в даний час існує за будь-яких обставин, включаючи мастурбацію.

**HA03.13** Затримка еякуляції у чоловіків, набута, ситуативна.

Затримка еякуляції виникла після певного періоду часу, протягом якого людина не відчувала її, і зараз наявна за певних обставин, з деякими партнерами або у відповідь на деякі стимули, але не в інших ситуаціях.

**HA03.1Z** Затримка еякуляції у чоловіків, неуточнена.

### **MF40.3 Ретроградна еякуляція**

Ретроградна еякуляція – це стан, за якого сперма, що в нормі викидається через уретру, перенаправляється в сечовий міхур. Ретроградна еякуляція зазвичай супроводжується суб'єктивним оргазмом, хоча чоловік може помітити, що виділення сперми обмежене чи відсутнє. Ретроградна еякуляція найчастіше виникає як ускладнення трансуретральної резекції простати, але може бути спричинена й іншими хірургічними втручаннями в ділянці таза, дисфункцією нервової системи або застосуванням фармакологічних засобів. Підтвердженням є виявлення сперматозоїдів у зразку сечі (після оргазму – *Прим. автора*).

**HA03.Y** Інші уточнені порушення еякуляції

**HA03.Z** Порушення еякуляції, неуточнені

### **GC42 Сексуальна дисфункція, пов'язана з опущенням тазових органів**

Стан, що уражає жінок і характеризується труднощами у відчуттях або функціонуванні статевої системи під час нормальної сексуальної активності. Цей стан пов'язаний з аномальним зміщенням піхви, інтроїтуса або тканин тазового дна.

**GC42.0** Зниження чутливості внаслідок вагінальної або інтроїтальної в'ялості / розслабленості.

Стан, що характеризується зниженням або відсутністю відчуття внаслідок зниження м'язового тонуусу в м'язах піхви або у вагінальному отворі (інтроїтус).

**GC42.1** Перешкоджання статевому акту.

Стан статевої системи, спричинений обструкцією або блокуванням вагінального каналу, або гіпертономом вагінальних м'язів. Цей стан характеризується неможливістю займатися вагінальним статевим актом.

**HA0Y** Інші уточнені сексуальні дисфункції

**HA0Z** Сексуальні дисфункції, неуточнені

## **II. Сексуальні больові розлади**

Це виражені та постійні або повторювані труднощі, пов'язані з відчуттям болю під час сексуальної активності у дорослих людей, які не повністю пояснюються основним захворюванням, недостатньою природною лубрикацією у жінок, віковими змінами або змінами, пов'язаними з менопаузою у жінок, та супроводжуються клінічно значущим дистресом.

Включається – психогенна диспареунія

Кодується в іншому місці – диспареунія (GA12)

**Вимоги до діагностики**

Додатково чоловікам: біль чи дискомфорт під час статевого акту. Необхідно ретельно фіксувати час ви-

никнення болю та його точну локалізацію. Відсутність місцевих фізичних чинників. За їх наявності дисфункція має бути класифікована в іншому місці.

**HA20 Сексуальний больовий розлад при проникненні** (Sexual pain-penetration disorder) характеризується принаймні однією із наступних ознак:

- 1) вираженими та постійними або рецидивуючими труднощами з проникненням, зокрема через мимовільне скорочення або напруження м'язів тазового дна під час спроби проникнення;
- 2) вираженим та постійним або рецидивуючим вульвовагінальним чи тазовим болем під час проникнення;
- 3) вираженим та постійним чи рецидивуючим страхом чи тривогою через вульвовагінальні чи тазовий біль напередодні, під час або внаслідок проникнення.

Симптоми повторюються під час сексуальних контактів, що передбачають або потенційно передбачають проникнення, незважаючи на адекватне сексуальне бажання і стимуляцію, не повністю пояснюються медичним станом, який негативно впливає на ділянку таза і призводить до генітального та/або пенетраційного болю, або психічним розладам, не повністю пояснюються недостатньою вагінальною лубрикацією або постменопаузальними/віковими змінами, а також пов'язані з клінічно значущим дистресом.

Отже, вагінізм неорганічного походження та диспареунія неорганічного походження з МКХ-10 перейшли у цю рубріку (Прим. автора).

Винятки: диспареунія (GA12); біль, пов'язаний з вульвою, піхвою або тазовим дном (GA34.0).

**HA20.0** Сексуальний больовий розлад при проникненні, довічний генералізований.

Людина завжди відчувала генітально-тазовий біль або порушення проникнення з моменту початку сексуальної активності, а бажана реакція в даний час відсутня або зменшена за будь-яких обставин, включаючи мастурбацію.

**HA20.1** Сексуальний больовий розлад при проникненні, довічний ситуативний.

Людина завжди відчувала генітально-тазовий біль або порушення пенетрації з моменту початку відповідної сексуальної активності, а бажана реакція в даний час відсутня або зменшена за певних обставин, з деякими партнерами або у відповідь на певні стимули, але не в інших ситуаціях.

**HA20.2** Сексуальний больовий розлад при проникненні, набутий генералізований.

Поява генітально-тазового болю або розладу проникнення відбулася після певного періоду часу, протягом якого людина не відчувала цього, а бажана реакція на даний момент відсутня або зменшена за будь-яких обставин, зокрема і під час мастурбації.

**HA20.3** Сексуальний больовий розлад при проникненні, набутий ситуативний.

Поява генітально-тазового болю або розладу проникнення відбулася після певного періоду часу, протягом якого людина не відчувала цього, і бажана реакція в даний час відсутня або зменшена за певних обставин, з деякими партнерами або у відповідь на певні подразники, але не в інших ситуаціях.

**HA20.Z** Сексуальний больовий розлад при проникненні, неуточнений.

### GA12 Диспареунія

Симптом з боку статевої системи у жінок, спричинений фізичними детермінантами. Цей симптом характеризується періодичним болем або дискомфортом у статевих органах, що виникає до, під час або після статевого акту або поверхневого чи глибокого вагінального проникнення і пов'язаний з фізичною причиною, яку можна ідентифікувати, не включаючи відсутність зволоження. Підтвердженням є медична оцінка фізичних причин.

Виятки: сексуальний больовий розлад при проникненні (HA20)

**HA2Y Інші уточнені больові розлади, пов'язані зі статевим контактом**

**HA2Z Больові розлади, пов'язані зі статевим контактом, не уточнені**

Також у МКХ-11 виділяють *етіологічні аспекти сексуальних дисфункцій та сексуальних больових розладів (HA40)*.

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

Ця категорія призначається, коли є докази того, що основний або супутній стан здоров'я, включаючи гормональні, неврологічні та судинні захворювання, травми, наслідки хірургічного або променевого лікування, є важливим фактором, що сприяє виникненню сексуальної дисфункції або сексуального больового розладу. У таких випадках слід встановити діагноз, що відповідає основному або супутньому захворюванню. Однак основні або супутні психічні розлади слід зазначати, використовуючи кваліфікатор «Пов'язані з психологічними та поведінковими факторами, включаючи психічні розлади», а не використовувати разом з цією категорією.

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

Цю категорію необхідно використовувати у випадку, коли психологічні та поведінкові фактори або симптоми є важливими чинниками, що зумовлюють розвиток сексуальної дисфункції або больовий розлад при статевому акті. Прикладами цих факторів або симптомів є низька самооцінка, негативне ставлення до статевих актів, негативний сексуальний досвід у минулому та патерни поведінки на кшталт поганої гігієни сну та перенапруження.

Симптоми депресії, тривожності або когнітивних порушень, а також інші симптоми психічних, поведінкових або нейророзвиткових розладів можуть негативно впливати на сексуальне життя людини. Якщо симптоми досягають рівня тяжкості, що потребує встановлення діагнозу з блоку «Психічні, поведінкові або нейророзвиткові розлади», а сексуальна дисфункція або сексуальний больовий розлад потребує окремої уваги лікаря, ця категорія повинна використовуватися на додачу до відповідного діагнозу з блоку «Психічні, поведінкові або нейророзвиткові розлади». Однак, якщо в особи має місце розлад з блоку «Розлади, спричинені вживанням речовин», який був виявлений раніше або який є існуючим чинником, що сприяє розвитку сексуальної дисфункції або сексуального больового розладу, необхідно встано-

вити діагноз «Розлад, пов'язаний з вживанням психоактивних речовин або медикаментів», а не цей діагноз.

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

Цю категорію необхідно використовувати у випадку, коли наявні докази свідчать про те, що пряма фізіологічна дія психоактивної речовини або лікарського засобу на організм людини є важливим чинником, що зумовлює розвиток сексуальної дисфункції або сексуального больового розладу. Прикладами подібних речовин є селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну, блокатори H2-гістамінових рецепторів (наприклад, циметидин), алкоголь, опіоїди та амфетаміни. Якщо пацієнт відповідає діагностичним критеріям «Розладу, спричиненого вживанням психоактивних речовин», необхідно також встановити відповідний додатковий діагноз.

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

Цю категорію необхідно використовувати у випадку, коли, на думку лікаря, брак знань особи про своє тіло чи брак досвіду, пов'язаного зі своїм тілом, сексуальним функціонуванням та сексуальною реакцією, є важливим чинником, що зумовлює розвиток сексуальної дисфункції або сексуального больового розладу. Серед усього іншого, ця категорія включає неточну інформацію або міфи про сексуальне функціонування людини.

**HA40.4** Етіологічні міркування, пов'язані з факторами взаємовідносин.

Цю категорію необхідно використовувати у випадку, коли, на думку лікаря, фактори, пов'язані зі стосунками з партнером, є важливими чинниками, що зумовлюють розвиток сексуальної дисфункції або сексуального больового розладу. Прикладами подібних факторів є наявність конфлікту у стосунках з партнером або відсутність романтичних почуттів до партнера. Ця категорія також може використовуватися у випадку, коли сексуальна дисфункція або сексуальний больовий розлад пов'язані з наявністю сексуальної дисфункції або сексуального больового розладу у сексуального партнера.

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

Цю категорію необхідно використовувати у випадку, коли, на думку лікаря, культурні фактори є важливими чинниками, що зумовлюють розвиток сексуальної дисфункції або сексуального больового розладу. Зокрема, культурні фактори можуть впливати на негативні очікування від сексу або провокувати заборони на отримання сексуального задоволення. Інші приклади включають потужні культурні переконання щодо форм сексуального вираження, наприклад, віру в те, що втрата сім'я може призвести до слабкості, хвороби або смерті.

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

### III. Гендерна невідповідність / інконгруентність

Гендерна інконгруентність характеризується вираженою і стійкою невідповідністю між гендером, що відчувається людиною, і «призначеною» їй статтю. Гендерні варіанти поведінки та вподобання самі по собі не є підставою для встановлення діагнозів у цій групі.

Виятки: парафілічні розлади (6D30-6D3Z).

**HA60** Гендерна інконгруентність у підлітковому або дорослому віці.

Гендерна інконгруентність у підлітковому та дорослому віці характеризується вираженою і стійкою невідповідністю між гендером, що переживається людиною, і «призначеною» йому статтю, що часто призводить до бажання «переходу», щоб жити і бути прийнятним як людина переживаного гендера за допомогою гормонального лікування, хірургії або інших медичних послуг з метою привести тіло людини у відповідність, наскільки це можливо і бажано, з гендером, що переживається. Діагноз не може бути встановлений до початку статевого дозрівання. Гендерні варіації поведінки та вподобання самі по собі не є підставою для встановлення діагнозу.

Виятки: парафілічні розлади (6D30-6D3Z).

Слід зазначити, що призначена стать у переважній кількості випадків збігається з біологічною статтю (Прим. автора).

**HA61** Гендерна інконгруентність у дитячому віці.

Гендерна невідповідність у дітей характеризується значною інконгруентністю між гендером окремого індивідуума і «призначеною» йому статтю у препубертатних дітей. Вона включає сильне бажання бути іншою статтю, ніж його біологічна; сильну огиду з боку дитини до її статевої анатомії або очікуваних вторинних статевих ознак і/або сильне бажання мати первинні та/або вторинні статеві ознаки, які відповідають гендеру, що переживається; уявні або фантастичні ролі, іграшки, ігри або види діяльності та партнерів, які типові для гендера, що переживається, а не для призначеної йому статі. Ця невідповідність повинна зберігатися приблизно 2 роки. Гендерний варіант поведінки і самі по собі вподобання не є підставою для встановлення зазначеного діагнозу.

Виятки: парафілічні розлади (6D30-6D3Z).

**HA6Z** Гендерна інконгруентність, неуточнена.

#### **IV. Зміни в анатомії жіночих статевих органів**

Кодуються в іншому місці

**GC79** Захворювання, пов'язані із зменшенням грудей.

**GC7A** Захворювання, пов'язані із збільшенням грудей.

**QF01.0** Набута відсутність грудей.

**NB33.1** Травматична ампутація грудей.

**QF01.10** Набута відсутність жіночих статевих органів.

**NB93.24** Травматична ампутація всієї вульви.

**NB93.25** Травматична ампутація частини вульви.

**GC51** Операції, що калічать, на жіночих статевих органах.

#### **V. Зміни в анатомії чоловічих статевих органів**

**QB82** Звернення до медичних закладів для проведення планового чи ритуального обрізання.

**QF01.11** Набута відсутність чоловічих статевих органів.

**NB93.20** Травматична ампутація всього статевого члена.

**NB93.21** Травматична ампутація частини статевого члена.

**NB93.22** Травматична ампутація всього яєчка або всієї мошонки.

**NB93.23** Травматична ампутація частини яєчок або мошонки.

#### **VI. Парафілічні розлади (6D30-6D3Z)**

Одночасно належать до глави 06 («Психічні, поведінкові розлади та порушення нейропсихічного розвитку»). Парафілічні розлади характеризуються стійкими та інтенсивними патернами нетипового сексуального збудження, яке проявляється в сексуальних думках, фантазіях, потягах або поведінці, у центрі яких знаходяться інші люди, чий вік або статус не дають змоги дати згоду (наприклад, препубертатні діти, людина, яка нічого не підозрює та на яку дивляться через вікно, тварина). Парафілічні розлади можуть також включати інші нетипові моделі сексуального збудження, якщо вони спричиняють виражений дистрес для людини або пов'язані зі значним ризиком травмування чи смерті. До парафілічних розладів належать такі:

##### **6D30 Ексібіціоністський розлад**

Ексібіціоністський розлад характеризується стійким, цілеспрямованим та інтенсивним сексуальним збудженням, що проявляється в постійних сексуальних думках, фантазіях, потягах або поведінці, які передбачають оголення своїх геніталій перед особою, яка нічого не підозрює, в громадських місцях, зазвичай без запрошення або наміру тіснішого контакту. Крім того, щоб діагностувати ексгібіціоністський розлад, людина повинна діяти відповідно до цих думок, фантазій чи спонукань або відчувати значний дистрес від них. Ексібіціоністський розлад не включає консенсуальну ексгібіціоністську поведінку, яка відбувається за згодою особи або осіб, а також соціально схвалювані форми ексгібіціонізму.

##### **6D31 Вуайеристський розлад**

Вуайеристський розлад характеризується стійким, цілеспрямованим та інтенсивним сексуальним збудженням, що проявляється в постійних сексуальних думках, фантазіях, потягах або поведінці, пов'язаних зі спостереженням за людиною, яка нічого не підозрює, яка оголена, роздягається або займається сексом. Крім того, для встановлення діагнозу вуайеристського розладу необхідно, щоб людина діяла відповідно до цих думок, фантазій або спонукань і відчувала дистрес. Вуайеристський розлад виключає консенсуальну вуайеристичну поведінку, яка відбувається за згодою особи або осіб, за якими спостерігають.

##### **6D32 Педофілічний розлад**

Педофілічний розлад характеризується стійким, цілеспрямованим та інтенсивним сексуальним збудженням, що проявляється у постійних сексуальних думках, фантазіях, потягах чи поведінці щодо дітей препубертатного віку. Крім того, для встановлення діагнозу педофілічного розладу необхідно, щоб людина діяла відповідно до цих думок, фантазій або спонукань або відчувала від них дистрес. Цей діагноз не поширюється на сексуальну поведінку дітей пре- або постпубертатного віку з однолітками, близькими за віком.

##### **6D33 Розлад у формі примусового сексуального садизму**

Примусовий сексуальний садизм характеризується стійким, цілеспрямованим та інтенсивним сексуальним збудженням, що виявляється у постійних сексуальних думках, фантазіях, потягах чи поведінці, які передбачають заповнення фізичних чи психологічних страждань людині, яка не дає на це згоди. Крім того, щоб діагностувати примусовий сексуальний садизм, людина повинна діяти відповідно

до цих думок, фантазій або спонукань або відчувати значний дистрес від них. Примусовий сексуальний садизм включає сексуальний садизм і мазохізм за взаємною згодою.

#### **6D34 Фротеристичний розлад**

Фротеристичний розлад характеризується стійким, цілеспрямованим та інтенсивним сексуальним збудженням, що виявляється у постійних сексуальних думках, фантазіях, спонуканнях або поведінці, які пов'язані з дотиками до людини або тертям об неї, яка не дає на це згоди, у людних громадських місцях. Крім того, для того, щоб діагностувати фротеристичний розлад, людина повинна діяти відповідно до цих думок, фантазій або спонукань і відчувати значний дистрес від них. Фротеристичний розлад не включає в себе дотики або потирання, які відбуваються за згодою особи або осіб.

#### **6D35 Інші парафілічні розлади за участю осіб, які не дають на це згоди**

Інші парафілічні розлади за участю осіб, які не дають згоди, характеризуються стійким та інтенсивним патерном нетипового сексуального збудження, що виявляється в сексуальних думках, фантазіях, потягах чи поведінці, за яких у центрі збудження знаходяться інші особи, що не бажають або не здатні дати згоду, але не описані в жодній з інших названих категорій парафілій (наприклад, патерни збудження за участю трупів або тварин). Людина повинна діяти відповідно до цих думок, фантазій або потягів і відчувати сильний дистрес від них. Цей розлад виключає сексуальну поведінку, яка відбувається за згодою залученої особи або осіб за умови, що вони вважаються здатними дати таку згоду.

#### **6D36 Парафілічний розлад, пов'язаний з поведінкою хворого без залучення інших осіб чи з залученням людей за їх згодою**

Парафілічний розлад, пов'язаний з поведінкою хворого без залучення інших осіб чи з залученням людей за їх згодою, характеризується стійким та інтенсивним нетиповим сексуальним збудженням, яке проявляється у сексуальних думках, фантазіях, потягах або поведінці, що охоплює усамітнену активність або участь інших дорослих за їх згодою. Повинен бути присутнім один з наступних двох елементів: 1) людина відчуває значний дистрес через характер збудження, і цей дистрес не є просто наслідком неприйняття або побоювання неприйняття її збудження іншими або 2) характер парафілічної поведінки пов'язаний зі значним ризиком травмування або смерті як для самої людини, так і для її партнера (наприклад, асфіксофілія).

#### **6D3Z Парафілічні розлади, неуточнені**

### **VII. 5A71 Аденогенітальні розлади**

Вони також кодуються в розділі 05 «Ендокринні, аліментарні або метаболічні захворювання». У цих випадках йдеться про розлади репродуктивної системи, зумовлені патологічним (посиленим) виробленням андрогенів, вторинним по відношенню до порушень вироблення кортизолу та/або альдостерону.

**5A71.0 46,XX** Порушення статевого розвитку, індуковані андрогенами фетального походження

**5A71.1 46,XX** Порушення статевого розвитку, спричинені андрогенами материнського походження

**5A71.Y** Інші зазначені аденогенітальні розлади

**5A71.Z** Аденогенітальні розлади, неуточнені

### **VIII. Інфекції, що переважно передаються статевим шляхом**

Також наведені у розділі 01 «Деякі інфекційні чи паразитарні захворювання».

Винятки:

- Неспецифічний та негонококовий уретрит (GC02.1)
- Артродієндропатія після інфекції сечостатевої системи (FA11.2)

Кодується в іншому місці:

- Вірусний гепатит, що передається статевим шляхом
- Herpes simplex labialis (1F00.01)
- Гінгівостоматит, спричинений вірусом простого герпесу (1F00.02)
- Вульвовагінальний кандидоз (1F23.10)
- Кандидозний баланопостит (1F23.11)
- Вірусна хвороба імунodefіциту людини (1C60-1C62.Z)
- Інші інфекції з переважно статевим шляхом передачі, що ускладнюють вагітність, пологи або післяпологовий період (JB63.3)
- Кандидоз зовнішніх статевих органів (1F23.1Y)
- Аногенітальний контагіозний моллюск (1E76)

#### **Споріднені категорії в перинатальному розділі:**

«Інфекції плода або новонародженого, неуточнені» (KA6Z).

### **IX. QA21 Звернення до служб охорони здоров'я з питань використання контрацептивів**

**QA21.0** Звернення до служб охорони здоров'я щодо посткоїтальної контрацепції

**QA21.1** Звернення до служб охорони здоров'я для отримання загальної консультації або поради з питань контрацепції

**QA21.2** Звернення до служб охорони здоров'я щодо введення протизаплідного засобу

**QA21.3** Звернення до служб охорони здоров'я щодо стерилізації

**QA21.4** Звернення до служб охорони здоров'я щодо менструальних виділень

**QA21.5** Нагляд за протизаплідними препаратами

**QA21.6** Нагляд за протизаплідним пристроєм

**QA21.Y** Інші уточнені контакти зі службами охорони здоров'я з питань використання контрацептивів

**QA21.Z** Контакт із службами охорони здоров'я з питань використання контрацептивів, неуточнений

**HA8Y** Інші уточнені стани, пов'язані із сексуальним здоров'ям

**HA8Z** Стани, пов'язані із сексуальним здоров'ям, неуточнені

### **Обговорення змін у МКХ-11, що стосуються сексуальних проблем, при її порівнянні з іншими класифікаціями (МКХ-10 і DSM-5)**

У МКХ-11 сексуальні дисфункції не поділяються на органічні та психогенні. У загальній характеристиці сексуальних дисфункцій з'являються наступні дві критерії, на які слід звернути увагу. Для того, щоб вважатися сексуальною дисфункцією, вона повинна бути присутня протягом як мінімум декількох місяців і бути пов'язаною з клінічно значущим дистресом. Очевидно, що щонайменше 3 міс. Виникають запитання: Чому



для встановлення діагнозу сексуальної дисфункції вона має існувати щонайменше 3 міс? Що мають робити лікар і хворий, коли сексуальний розлад існує менше: очікувати, що він, можливо, само собою пройде чи фіксувати зниження якості життя пацієнта? Чому фахівцю в галузі сексуального здоров'я, який отримав професійну підготовку, слід так довго вичікувати, щоб мати можливість поставити відповідний діагноз?

Спочатку (1992 р.) у МКХ-10 такий діагностичний критерій був відсутній, проте потім (1993 р.) у Дослідницьких діагностичних критеріях МКХ-10 [12, 13] він з'явився, але було зазначено, що для того, щоб діагноз сексуальної дисфункції був встановлений, вона повинна існувати мінімум 6 міс. Така настанова майже повністю відповідала тій, яка відображена в Діагностичному та статистичному посібнику з психічних розладів п'ятого перегляду (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition; DSM-5) (США) 2013 р. [14], 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 міс. На наш погляд, зменшення тривалості часового критерію в МКХ-11 слід розцінювати як позитивний факт.

Інший аспект проблеми – можливість встановлення діагнозу тієї чи іншої сексуальної дисфункції тільки в тому випадку, коли вона пов'язана з клінічно значущим дистресом. До того як МКХ-11 була затверджена, в літературі зазначалося, що в МКХ-11 пропонується новий підхід до оцінювання сексуального бажання та активності, який є даниною гуманізації, але навряд чи відповідає медичному підходу в оцінюванні їх вираженості [15, 16]. Так, повідомлялося, що класифікація, яка готується, 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, можливість встановлення діагнозу сексуальної дисфункції відразу виключається, навіть якщо його сексуальна активність відрізняється від такої в інших людей, в інших культурах або субкультурах [4].

Охарактеризований підхід розвиває поняття норми і патології, оскільки будь-який ступінь вираженості статевого потягу і будь-яка частота сексуальної активності вважаються 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 навіть існування терміну «здорова асексуальність».

Проте цілком справедливо відзначається, що нереалістичні очікування з боку партнера, невідповідність сексуальному бажанню партнерів не можуть вважатися підставами для встановлення діагнозу сексуальної дисфункції [4].

**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.

**Шифр F52.1 МКХ-10 (сексуальна аверсія та відсутність сексуального задоволення) не має відповідного шифру в МКБ-11.** Слід зазначити, що діагноз «Сексуальна аверсія» не був включений у 2013 р. до DSM-V (сучасна класифікація, прийнята у США) через рідкісне використання та відсутність підтримуючих досліджень [14]. Цей розлад також не був рекомендований для включення в якості самостійного шифру в МКХ-11, в якій він, як зазначалося, буде відноситися до категорії «Розлад, пов'язаний з болем під час сексу» або позиціонуватися як окремий вид фобічного розладу [4].

Однак коли ця класифікація була опублікована, дана патологія не знайшла місце у розділі «Сексуальні больові розлади». Також відсутні спеціальні вказівки на цю патологію в розділі «Розлади, пов'язані з тривогою та страхом» та в його окремих рубриках (БЛОК L1-6B0). (Слід зазначити, що у новій версії МКХ навмисно використовують термін «страх» замість звичного для попередніх класифікацій терміна «фобія».) На нашу думку, позбавлення цієї патології самостійного діагностичного шифру не скасовує її існування [5]. У своїй клінічній практиці ми неодноразово діагностували сексуальну аверсію.

**Код F52.4 МКХ-10 «Передчасна еякуляція»** зокрема вказує на те, що йдеться про нездатність чоловіка затримувати еякуляцію на період, достатній для задоволення від статевого акту в обох партнерів. Також наголошується, що органічні причини передчасної еякуляції (ПЕ) є малоймовірними. Ці вказівки потребують обговорення. У першому випадку, мабуть, мова повинна йти про здорових жінок, у яких відсутня аноргазмія і труднощі в отриманні оргазму. У разі аноргазмії у жінок будь-яка тривалість статевого акту не буде достатньою для виникнення оргазму, а складнощі у його отриманні вимагатимуть надзвичайно великої тривалості статевого акту та висувають до чоловіка неадекватні вимоги.

У зв'язку з цим слід звернутися до «Дослідницьких діагностичних критеріїв» МКХ-10 (ДДК-10), зміст яких є похідним глави V(P) МКХ-10. Тут надаються специфічні критерії для діагнозів із глосарію «Клінічні описи та діагностичні вказівки» (КОДВ), який підготовлений для клініцистів, викладачів психіатрії та інших працівників охорони здоров'я в галузі психіатрії. При описі діагностичного критерію Б «Нездатність затримувати еякуляцію на період, достатній для задоволення від статевого акту» у пункті 1 повідомляється, що «еякуляція настає перед введенням статевого члена або дуже швидко після його введення (якщо потрібна «межа часу»: до або в межах 15 с після початку статевого акту)» [12, 13]. Цей пункт різко контрастує з основним визначенням критерію Б, який вказаний нами вище, тому що дуже мало сексуально здорових жінок зможуть досягти оргазму за період часу, який безпосередньо виходить за інтервал у 15 с. До речі, в DSM-5 [14] виділяється три форми тяжкості ПЕ: легка (еякуляція відбувається протягом приблизно від 30 с до 1 хв після проникнення в піхву); помірна (еякуляція відбувається протягом приблизно 15–30 с після проникнення; важка (еякуляція відбувається до сексуальної активності, на її початку або протягом приблизно 15 с після проникнення).

У серпні 2007 р. та у вересні 2009 р. збирався Комітет для опрацювання визначення передчасної ея-

куляції, сформований Міжнародним товариством сексуальної медицини (ISSM). Ним було запропоновано визначати існуючу з початку статевого життя (lifelong) ПЕ як чоловічу сексуальну дисфункцію, що характеризується еякуляцією, яка завжди або майже завжди відбувається до або протягом 1 хв після піхвового проникнення. Зазначається, що це визначення стосується тільки чоловіків із ПЕ, що існує з початку статевого життя, і застосовується лише до гетеросексуального інтравагінального коїтусу. Ця група експертів також дійшла висновку, що немає достатньої кількості опублікованих об'єктивних даних, які б запропонували дефініцію набуті ПЕ, що базується на доказах [17, 18].

У зв'язку з цим доцільно навести визначення ПЕ в DSM-5, де передчасну еякуляцію трактують як стійку або повторювану еякуляцію, яка відбувається під час партнерської сексуальної активності протягом приблизно 1 хв після проникнення в піхву і до того, як індивід забажає цього [14]. Інтерес становлять і результати дослідження, проведеного вітчизняним сексопатологом Г. С. Васильченком [19, 20] у сексуально здорових чоловіків із використанням секундоміра. Найменша тривалість статевому акту становила 1 хв 14 с (при 68 фрикціях), найбільша – 3 хв 34 с (при 270 фрикціях), середня тривалість – 2 хв 2 с (при 62 фрикціях).

У МКБ-11 ПЕ була перейменована на ранню (early), а також відсутні будь-які конкретні часові критерії, що її характеризують. У DSM-5 ПЕ називають як передчасною, так і ранньою.

У МКХ-10, як зазначалося нами вище, наголошується, що органічні причини ПЕ малоімовірні. Це твердження не відповідає клінічній практиці та даним наукових досліджень. Слід згадати про синдром парацентальних дольок, хронічний простатит та ін. захворювання, які можуть зумовити виникнення ПЕ, а також генетичні предрисповидності до її виникнення [21–28]. Зокрема, слід зазначити, що у DSM-5 [14] у розділі, присвяченому ПЕ, простатит тричі називається як можлива причина передчасної еякуляції.

Важливо зазначити, що надалі в Дослідницьких діагностичних критеріях МКХ-10 будь-які вказівки на малоімовірність органічних причин ПЕ відсутні [12, 13].

Вони відсутні й у МКХ-11. У ній, як повідомлялося раніше, виділяють різні етіологічні аспекти сексуальних дисфункцій і сексуальних больових розладів (NA40), включаючи різну соматичну детермінацію. Крім цього, використання коду NA40 визначило необхідність включення в МКБ-11 в якості окремих шифрів затримку еякуляції, яка може зумовлюватися не тільки психогенними, а й соматогенними факторами, а також ретроградну еякуляцію, яка обумовлюється виключно впливом соматичних факторів. Про затримку еякуляції, а також її відсутність у МКХ-10 опосередковано йдеться у рубриці «Оргазмична дисфункція» (F52.3): «Оргазм не виникає або помітно затримується» [13].

**У МКХ-11 відсутня рубрика «Підвищений статевий потяг»,** яка була у МКХ-10 (F52.7). У зв'язку з цим слід вказати на «Дослідницькі діагностичні критерії» МКХ-10 (ДДК-10), де зазначається, що спроба розробити дослідницькі критерії цієї рубрики не проводилася, і дослідникам, які вивчають це порушення, рекомендується самим запропонувати для неї власні критерії [12, 13].

**У МКХ-11 замість підвищеного статевого потягу було запроваджено код 6C72 «Компульсивний розлад сексуальної поведінки» (КРСП) («Compulsive sexual behaviour disorder»; CSBD).** Він характеризується стійкою нездатністю контролювати інтенсивні, повторювані сексуальні імпульси або потяги, що призводить до сексуальної поведінки, яка повторюється. Симптоми можуть включати повторювані сексуальні дії, які посідають центральне місце в житті людини настільки, що вона нехтує здоров'ям і особистою гігієною або іншими інтересами, заняттями та обов'язками, а також численні безуспішні спроби значно зменшити сексуальну поведінку, що повторюється, позаяк вона супроводжується несприятливими наслідками або отриманням незначного або ніякого задоволення від неї. Нездатність контролювати інтенсивні сексуальні імпульси або потяги та обумовлену ними сексуальну поведінку, що повторюється, проявляється протягом тривалого періоду (наприклад, 6 міс або більше) і викликає виражений дистрес або значні порушення в особистій, сімейній, соціальній, освітній, професійній або інших важливих сферах функціонування.

**У МКХ-11 відсутні такі коди, як «гіперсексуальність» та «сексуальна залежність (адикція)».** Слід зазначити, що сьогодні гіперсексуальність розглядається як: (1) тип obsесивно-компульсивного розладу (ОКР) або «розлад спектра ОКР»; (2) сексуальна залежність (сексуальна адикція) [29–31]; (3) розлад імпульсивності (a disorder of impulsivity), який по суті, як вважають Barth та Kinder (1987), є розладом контролю імпульсів (impulse control disorder) [32].

На сьогодні можна позначити ще одну концептуалізацію поведінкової гіперсексуальності. Так, деякі автори виділяють синдром постійного сексуального збудження (persistent sexual arousal syndrome [PSAS]), який потім назвали розладом у формі постійного генітального збудження (persistent genital arousal disorder [PGAD]) [33, 34], а також синдром подразнених статевих органів (restless genital syndrome [ReGS]) [35, 36]. Ці розлади, які проявляються значною сексуальною активізацією, вперше на пострадянському просторі були детально представлені у моїх статтях та моїй книзі [37–40].

**Гендерна невідповідність.** У МКХ-11 цей діагноз замінив такі діагнози МКХ-10, як транссексуалізм (F64.0) та розлади статевої ідентифікації у дітей (F64.2). Транссексуалізм був названий гендерною невідповідністю (інконгруентністю) у підлітковому або дорослому віці (NA60), а розлади статевої ідентифікації у дітей – гендерною невідповідністю у дитячому віці (NA61). Слід підкреслити, що транссексуалізм було виключено зі списку психічних розладів, виходячи із соціальних впливів за відсутності якогось наукового обґрунтування [10]. Сьогодні в Україні ще не перейшли на використання МКХ-11, і транссексуалізм, а також розлади статевої ідентифікації у дітей вважаються психічними розладами.

У розділі МКХ-11, присвяченому гендерній невідповідності, використовується поняття «призначена стать». Призначена стать або стать виховання – це стать, у приналежності до якої виховують дитину. Вона зазвичай збігається зі статтю дитини та паспортною

статтю, але не завжди. Дитина в переважній кількості випадків виховується в тій статі, яка була визначена акушером і/або закріплена юридично в документах. Але іноді виховання може не відповідати статі дитини, позаяк її батьки бажали мати дитину іншої статі. Стать виховання також не завжди збігається з біологічною статтю дитини, особливо у випадках інтерсексуальності або помилок визначення статі при народженні [41].

На нашу думку, використання словосполучення «призначена стать» надає дещо незвичного змісту цьому визначенню. Очевидно, більш відповідним у цьому випадку слід вважати термін «встановлена стать» або «встановлена біологічна / анатомічна стать».

Слід зазначити, що в МКХ-10 у розділ розладів статевої ідентифікації також входило таке порушення як трансвестизм подвійної ролі (шифр F64.1). Цей розлад характеризується тим, що людина на певний час переодягається в одяг протилежної статі для того, щоб насолодитися тимчасовим досвідом перебування у цій статі, але без будь-якого бажання змінити свою стать і пов'язаного з цим хірургічного втручання. Сексуальне збудження, що супроводжує переодягання в одяг іншої статі, відсутнє. У МКХ-11 в розділі, присвяченому гендерній невідповідності, охарактеризований розлад відсутній.

**У МКХ-10 є розділ F66 («Розлади психіки та поведінки, пов'язані зі статевим розвитком та сексуальною орієнтацією»), який відображає таке положення, коли «статева приналежність або сексуальна перевага не викликають сумніву, однак індивідуум хоче, щоб вони були іншими через психологічні або поведінкові розлади, що додатково присутні, і може шукати лікування з метою змінити їх» [13]. У 2014 р. ВООЗ призначила групу розробників МКХ-11, яка рекомендувала вилучити цей розділ з МКХ. У контексті того, що гомосексуальна орієнтація в цій класифікації сама собою не вважається патологією, бажання позбутися названої орієнтації, яка в цьому випадку є егодистонічною і належить до коду F66.1 (его-дистонічна сексуальна орієнтація) нібито свідчить про наявність якоїсь аномальності. Повідомляється, що для виключення цього розділу керувалися наступним припущенням. Гомосексуальні та бісексуальні люди часто відчувають вищий рівень дистресу, що пов'язано з їхнім соціальним відторгненням і дискримінацією, і вони, за думкою цієї групи, не можуть вважатися психічно хворими. МКХ-11, яка була затверджена у 2019 р. і набула чинності у січні 2022 р., не містить жодних діагностичних категорій, які можуть бути застосовані до людей на підставі їхньої сексуальної орієнтації [42].**

**У МКХ-11 сексуальні збочення отримали назву парафілійних розладів, які в МКХ-10 називалися розладами сексуальної переваги (F65). У діагностичних дослідницьких критеріях МКБ-10 вони трактуються так: індивідууму властиві періодично виникаючі інтенсивні сексуальні потяги і фантазії, що включають незвичайні предмети або вчинки (G1); індивід або поступає відповідно до цих потягів або відчуває значний дистрес через них (G2); ця перевага спостерігається мінімум 6 міс (G3).**

Слід звернути увагу, що у назвах кожної парафілії в МКХ-11 є слово «розлад», і при характеристиці таких розладів вводяться обмежувальні критерії. Так,

ексгібіціоністський розлад не включає в себе ексгібіціоністську поведінку за взаємною згодою, яка відбувається за згодою людини чи людей, а також соціально схвалювані форми ексгібіціонізму. Вуайеристський розлад виключає вуайеристську поведінку за взаємною згодою, яка відбувається за згодою особи або осіб, за якими спостерігають. Примусовий сексуальний садистський розлад виключає сексуальний садизм і мазохізм за взаємною згодою.

Отже, вчинення парафілійних дій за домовленістю перетворює парафілійний розлад, що належить до психіатричної патології, на парафілію, яка до цієї патології не належить. Тут ми стикаємося з цікавою ситуацією, коли одна і та сама людина може бути визнана як психічно хворою, так психічно здоровою. Тож якщо садист вступає у сексуальні стосунки з мазохісткою, його визнають психічно здоровим. У тому випадку, коли він має сексуальні контакти з жінкою, у якої немає мазохізму і яка не сприймає садистичну поведінку з боку чоловіка, то він буде визнаний психічно хворим. Крім цього, слід звернути увагу на той факт, що мазохізм в МКХ-11 не вказується серед парафілійних розладів.

Також необхідно звернути увагу на педофілію (МКХ-10), яка в МКХ-11 позначена як педофільний розлад. Якщо в МКХ-10 йдеться про дітей препубертатного або раннього пубертатного віку, то в МКХ-11 – тільки про осіб препубертатного віку. Таким чином, у МКХ-11 вік осіб, до яких відносять потяг педофілії, був знижений. Для встановлення більш чітких вікових меж об'єктів сексуального потягу педофілів доцільно звернутися до DSM-5, де йдеться про дітей препубертатного віку або тих, кому 13 років або менше.

Загалом, як свідчить наведений матеріал, у МКХ-11 йдеться про часткову депатологізацію сексуальних розладів, що, зокрема, позначилося і на парафіліях (розладах сексуальної переваги).

Часткову депатологізацію парафілій можна знайти і в DSM-5 [14], де, наприклад, зазначається, що якщо люди повідомляють про відсутність почуття провини, сорому або тривоги з приводу педофільних імпульсів і функціонально не обмежені ними (відповідно до самозвіту, об'єктивної оцінки та іншого), а їхня самооцінка та юридично зафіксовані відомості свідчать, що вони ніколи не діяли відповідно до своїх імпульсів, тоді у цих людей має місце педофільна сексуальна орієнтація, але не педофільний розлад. На підставі вищесказаного можна говорити, що в даному випадку йдеться про психічну норму (педофілія), а не про психічну патологію (педофільний розлад).

На нашу думку, з медичної точки зору часткова депатологізація парафілій, що знайшла відображення в МКХ-11, є науково необґрунтованою, результатом впливу виключно соціальних факторів, і при встановленні діагнозу таких розладів доцільно використовувати традиційний підхід до їх визначення.

На закінчення наведемо складену нами таблицю зіставлень сексуальних дисфункцій, а також сексуальних больових розладів у МКХ-10 та МКХ-11.

Отже, наведені в цій статті дані дають можливість фахівцям у галузі сексуального здоров'я ознайомитися з інноваціями МКХ-11, що стосуються сексуальних дисфункцій, гендерної невідповідності та парафілій.

Сексуальні дисфункції та сексуальні больові розлади в МКХ-10 і МКХ-11

МКХ-10	МКБ-11
<b>F52.0</b> Відсутність чи втрата сексуального бажання	<b>HA00</b> Гіпоактивна дисфункція сексуального потягу
<b>F52.1</b> Сексуальна огида та відсутність сексуального задоволення <b>F52.10</b> Сексуальна аверсія <b>F52.11</b> Відсутність сексуального задоволення	– – –
<b>F52.2</b> Недостатність генітальної реакції Основною проблемою у жінок є сухість піхви або відсутність лубриканту.  Основною проблемою у чоловіків є еректильна дисфункція неорганічного походження (труднощі з розвитком або підтриманням ерекції, достатньої для задовільного статевих акту). <b>N48.4</b> Імпотенція органічного походження	<b>HA01</b> Дисфункції сексуального збудження <b>HA01.0</b> Жіноча дисфункція сексуального збудження. (відсутність або виражене зниження генітальної реакції, включаючи вироблення лубриканту, збільшення об'єму статевих органів і чутливості статевих органів; відсутність або виражене зниження негенітальної реакції) <b>HA01.1</b> Чоловіча еректильна дисфункція.
<b>F52.3</b> Оргазмічна дисфункція	<b>HA02</b> Оргазмічні дисфункції
<b>F52.4</b> Передчасна еякуляція – –	<b>HA03</b> Еякуляторні дисфункції <b>HA03.0</b> Рання еякуляція у чоловіків <b>HA03.1</b> Затримка еякуляції у чоловіків <b>MF40.3</b> Ретроградна еякуляція
<b>F52.5</b> Вагінізм (неорганічний) <b>F52.6</b> Диспареунія (неорганічна)	<b>HA20</b> Сексуальний больовий розлад при проникненні (часткова відповідність кодам F52.5 і F52.6)
<b>N94.2</b> Вагінізм (органічний)	<b>HA20</b> Сексуальний больовий розлад при проникненні (часткова відповідність кодам F52.5 і F52.6)
<b>N94.1</b> Диспареунія (органічна)	<b>GA12</b> Диспареунія Можливе використання коду <b>GA34.0</b> Біль, пов'язаний з вульвою, піхвою або тазовим дном
<b>F52.7</b> Надмірний сексуальний потяг	<b>6C72</b> Комппульсивний розлад сексуальної поведінки

У наведеній таблиці мова йде про часткову відповідність коду HA20 (МКХ-11) кодам F52.5, F52.6 і N94.2 (МКХ-10), оскільки в характеристиці HA20 зазначено що цей розлад не повністю пояснюється факторами соматичної модальності.

Відомості про автора

**Кочарян Гарнік Суренович** – д-р мед. наук, проф., Навчально-науковий інститут післядипломної освіти Харківського національного медичного університету; тел.: (095) 259-65-23, (098) 521-61-46. E-mail: [kocharyangs@gmail.com](mailto:kocharyangs@gmail.com)  
ORCID: 0000-0003-3797-5007

Information about the author

**Kocharyan Garnik S.** – M.D., Ph.D., D.Sc., Professor, Educational and Scientific Institute of Postgraduate Education of Kharkiv National Medical University; tel.: (095) 259-65-23, (098) 521-61-46. E-mail: [kocharyangs@gmail.com](mailto:kocharyangs@gmail.com)  
ORCID: 0000-0003-3797-5007

ПОСИЛАННЯ

- World Health Organization. ICD-11. ICD-11 International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics. Eleventh Revision [Internet]. Geneva: WHO; 2020. Available from: <https://icdcdn.who.int/icd11/referenceguide/en/html/index.html#1.1.0Part1purposeandmultiplesofICD>.
- World Health Organization. Executive committee. One hundred and thirty-ninth session EB139/7. Provisional agenda item 6.5 April 15, 2016 International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: Update on the Eleventh Revision. Report of the Secretariat [Internet]. Geneva: WHO; 2016. Available from: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/EB139/B139\\_7-ru.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB139/B139_7-ru.pdf).
- World Health Organization. ICD-10. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision [Internet]. Geneva: WHO; 2019. Available from: <https://icd.who.int/browse10/2019/en>.
- 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):205-21. doi: 10.1002/wps.20354.
- Kocharyan GS. Sexual disorders and anatomical problems that prevent sexual intercourse. Kharkov: DISA PLUS Ltd; 2021. 250 p.
- Wedensky GE, Matevosyan SN. Sexual disorders in the ICD-11 project: methodological and clinical problems. Soc Clin Psychiatr. 2017;(3):102-5.
- Parameshwaran S, Chandra PS. The New Avatar of Female Sexual Dysfunction in ICD-11—Will It Herald a Better Future? J Psychosexual Health. 2019;1(2):111-3. doi: 10.1177/2631831819862408journals.sagepub.com/home/ssh.
- Jaderek I, Lew-Starowicz M. Changes in the Diagnosing of Sexual Dysfunctions of Women in ICD-11 Classification. Przegląd Seksuologiczny. 2018;(2):12-20.
- Psychiatry and Neurosciences. The norm in sexuality [Internet]. 2017. Available from: <https://psyandneuro.ru/rubriki/mysli-mjortvogo-lososja/norma-seksualnosti/>.
- Kocharyan GS. Transsexuality: diagnostic approaches and clinical observation. Health of Man. 2019;68(1):80-5.
- World Health Organization. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics [Internet]. Geneva: WHO; 2024. Available from: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#1189253773>.

12. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Diagnostic criteria for research [Internet]. Geneva: WHO; 1993. 262 p. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/37108/9241544554.pdf>.
13. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines [Internet]. Geneva: WHO; 1992. 377 p. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9241544228>.
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. United States: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
15. Kocharyan GS. Diminished libido, its manifestations and definitions of hypoactive sexual desire disorder. *Health of Man*. 2021;79(4):90-7. doi: 10.30841/2307-5090.4.2021.252407.
16. Kocharyan GS. Hyposexuality and its overcoming. Kharkov: Publisher O. A. Miroshnichenko; 2024. 390 p.
17. McMahon CG, Althof S, Waldinger MD, Porst H, Dean J, Sharlip I, et al. An evidence-based definition of lifelong premature ejaculation: report of the International Society for Sexual Medicine Ad Hoc Committee for the Definition of Premature Ejaculation. *BJU Int*. 2008;102(3):338-50. doi: 10.1111/j.1464-410X.2008.07755.x.
18. Althof SE, Abdo CH, Dean J, Hackett G, McCabe M, McMahon CG, et al. International Society for Sexual Medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation. *J Sex Med*. 2010;7(9):2947-69. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01975.x.
19. Vasilchenko GS. On the normal duration of the frictional (copulatory) stage of sexual intercourse. In the book: *Probl Sexopathol Infertility*. Kyiv; 1973, p. 28-32.
20. Vasilchenko GS, editor. *General sexopathology: A guide for doctors*. Moscow: Medicine, 1977. 488 p.
21. Vasilchenko GS, editor. *Special sexopathology (Guide for doctors)*. Vol. 2. Moscow: Medicine; 1983. 352 p.
22. Gorpynchenko II. Characteristics of sexual disorders in patients with chronic prostatitis: Author's abstract of the dissertation of a candidate of medical sciences. Kyiv; 1977. 19 p.
23. Lanzberg IA, Livshits OZ. Chronic prostatitis in the structure of sexual disorders. Questions of sexopathology (materials of a scientific-practical conference). Moscow: Proceedings of the Moscow Research Institute of Psychiatry of the Ministry of Health of the RSFSR; 1969, p. 96-9.
24. Kocharyan GS. Ejaculation disorders and their treatment. Kharkiv: Publishing house Virovets AP "Apostrophe"; 2012. 328 p.
25. Kocharyan GS. Premature ejaculation: a modern view of the problem. *Health of Man*. 2018;64(1):61-4.
26. Kocharyan GS. Sexual dysfunctions in patients with chronic prostatitis: models of formation. *Health of Man*. 2012;41(2):114-22.
27. Kocharyan GS. Biogenic determinants of premature ejaculation. *Health of Man*. 2014;49(2):64-8.
28. Santtila P, Jern P, Westberg L, Walum H, Pedersen CT, Eriksson E, et al. The dopamine transporter gene (DAT1) polymorphism is associated with premature ejaculation. *J Sex Med*. 2010;7(4):1538-46. doi: 10.1111/j.1464-410X.2010.09809.x.
29. Carnes P. *Out of the shadows: Understanding sexual addiction*. Minneapolis: CompCare; 1983. 171 p.
30. Orford J. *Excessive appetites: A psychological view of the addictions*. Chichester, England: John Wiley & Sons; 1985. 420 p.
31. Weiss D. *The Final Freedom: Pioneering Sexual Addiction Recovery*. Fort Worth, Tex: Discovery Press; 1998. 169 p.
32. Irons R, Schneider JP. Differential Diagnosis of Addictive Sexual Disorders Using the DSM-IV. *Sex Addiction Compulsivity*. 1996;(3):7-21.
33. Goldmeier D, Leiblum SR. Persistent genital arousal in women – a new syndrome entity. *Int J STD AIDS*. 2006;17(4):215-6.
34. Leiblum SR, Nathan SG. Persistent sexual arousal syndrome: A newly discovered pattern of female sexuality. *J Sex Marital Ther*. 2001;27(4) 365-80. doi: 10.1080/009262301317081115.
35. Waldinger MD, Venema PL, van Gils AP, Schutter EM, Schweitzer DH. Restless genital syndrome before and after clitoridectomy for spontaneous orgasms: a case report. *J Sex Med*. 2010;7(2):1029-34. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01571.x.
36. Waldinger MD, Venema PL, van Gils APG, Schweitzer DH. New insights into restless genital syndrome: Static mechanical hyperesthesia and neuropathy of the nervus dorsalis clitoridis. *J Sex Med*. 2009;6(10):2778-87. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01435.x.
37. Kocharyan GS. Disorder in the form of constant genital arousal, irritable genital syndrome: prevalence, diagnostic criteria, clinical manifestations (part I). *Health of Man*. 2015;53(2):69-74.
38. Kocharyan GS. Disorder in the form of constant genital arousal, irritable genital syndrome: formation (part II). *Health of Man*. 2015;54(3):75-8.
39. Kocharyan GS. Disorder in the form of constant genital arousal, irritable genital syndrome: therapeutic aspect (part III). *Health of Man*. 2015;54(3):79-83.
40. Kocharyan GS. Hypersexuality. Kharkov: DISA PLUS Ltd; 2020. 263 p.
41. Akademik ru. Assigned sex [Internet]. 2011. Available from: <https://dic.academic.ru/dic.nsf/ruwiki/1319975>.
42. Drescher J. Out of DSM: Depathologizing Homosexuality. *Behav Sci*. 2015;5(4):565-75. doi:10.3390/bs5040565.

*Стаття надійшла до редакції 07.08.2024. – Дата першого рішення 14.08.2024. – Стаття подана до друку 11.09.2024*