

Разработка и валидация модифицированного опросника векторной оценки половой конституции у женщин

М. И. Ягубов¹ ✉

Н. В. Добаева²

И. Р. Айриянц³

¹ Московский научно-исследовательский институт психиатрии, Москва, Россия, yaguobov@mail.ru,
<https://orcid.org/0000-0002-8266-0429>

² Московский научно-исследовательский институт психиатрии, Москва, Россия, dona19@mail.ru,
<https://orcid.org/0000-0002-1350-2021>

³ Московский научно-исследовательский институт психиатрии, Москва, Россия, nira69@mail.ru,
<https://orcid.org/0000-0002-0370-2505>

Резюме

Введение. Анализ половой конституции является важным этапом в оценке психосексуального развития женщины. Классические шкалы, разработанные во второй половине XX века, требуют пересмотра и модификации в связи с акселерацией, изменением социальных норм и появлением новых данных о возрастных нормах сексуального дебюта. В модифицированной шкале исключен вектор «Возраст наступления беременности» ввиду его низкой информативности в современных условиях: он не коррелирует с гормональным статусом и подвержен сильному влиянию социальных факторов (контрацепция, отсроченное материнство). Отсутствие современного валидированного инструмента затрудняет дифференциальную диагностику между конституционально обусловленными особенностями и патологией.

Цель работы. Разработать модифицированную версию шкалы векторного определения половой конституции у женщин, провести ее психометрическую валидацию и доказать диагностическую значимость каждого из включенных векторов на клинической выборке.

Материал и методы. В исследование включено 150 женщин в возрасте 18–45 лет (средний возраст — $29,4 \pm 6,7$ года), разделенных на две группы: клиническая группа ($n = 75$, жалобы на сексуальные дисфункции) и контрольная группа ($n = 75$, без жалоб). Всем проведена оценка по модифицированной шкале (6 векторов) и по классической шкале Г. С. Васильченко. Проведен ROC-анализ, расчет чувствительности и специфичности, корреляции Пирсона и критерия χ^2 , оценка внутренней согласованности (α Кронбаха).

Результаты. Модифицированная шкала продемонстрировала высокую внутреннюю согласованность (α Кронбаха = 0,89). Общая точность диагностики слабой конституции составила 92% ($\kappa = 0,88$; $p < 0,001$). Выявлена сильная корреляция слабой конституции с нарушениями менструального цикла ($p < 0,001$). ROC-анализ вектора «Возраст пробуждения либидо» ($AUC = 0,91$) подтвердил его высокую предсказательную способность в дифференциальной диагностике гиполибидемии. Корректировка возрастных границ (смещение в сторону более ранних значений) позволила повысить диагностическую точность на 15% по сравнению с классической шкалой.

Заключение. Модифицированная шкала векторного определения половой конституции у женщин обладает высокой валидностью и надежностью. Обновленные нормативные значения (пороговые возрасты) отражают современные популяционные тренды и позволяют более точно дифференцировать конституциональную норму от патологии. Каждый из шести векторов вносит независимый и значимый вклад в итоговую оценку.

Ключевые слова: половая конституция, женская сексуальная дисфункция, валидация опросника, психометрия, сексология

Для цитирования: Ягубов М. И., Добаева Н. В., Айриянц И. Р. Разработка и валидация модифицированного опросника векторной оценки половой конституции у женщин. Лечащий Врач. 2026; 6 (29): 50–56. <https://doi.org/10.51793/OS.2026.29.6.007>

Конфликт интересов. Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

Development and validation of a modified questionnaire for vector assessment of female sexual constitution

Mikhail I. Yagubov¹ ✉

Naida V. Dobaeva²

Irina R. Ayriyants³

¹ Moscow Scientific Research Institution of Psychiatry, Moscow, Russia, yagubov@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8266-0429>

² Moscow Scientific Research Institution of Psychiatry, Moscow, Russia, dona19@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-1350-2021>

³ Moscow Scientific Research Institution of Psychiatry, Moscow, Russia, nira69@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-0370-2505>

Abstract

Background. The assessment of the sexual constitution is an important stage in the assessment of a woman's psychosexual development. Classical scales developed in the second half of the 20th century require revision and modification due to acceleration, changes in social norms and the emergence of new data on age norms of sexual debut. The modified scale excludes the vector "age of pregnancy" due to its low informative value in modern conditions: it does not correlate with hormonal status and is strongly influenced by social factors (contraception, delayed motherhood). The lack of a modern validated instrument makes it difficult to differentiate between constitutionally determined features and pathology.

Objective. To develop a modified version of the scale for the vector determination of the sexual constitution in women, to carry out its psychometric validation and to prove the diagnostic significance of each of the included vectors in a clinical sample.

Materials and methods. The study included 150 women aged 18–45 years (average age 29.4 ± 6.7 years), divided into two groups: the clinical group ($n = 75$, complaints of sexual dysfunction) and the control group ($n = 75$, without complaints). All were evaluated on a modified scale (6 vectors) and evaluated on the classical scale by G. S. Vasilchenko. ROC analysis, calculation of sensitivity and specificity, correlation of Pearson and criterion χ^2 , and evaluation of internal consistency (Cronbach's law) were performed.

Results. The modified scale demonstrated high internal consistency (Cronbach's $\alpha = 0.89$). The overall accuracy of the diagnosis of "weak constitution" was 92% ($k = 0.88$; $p < 0.001$). A strong correlation was found between a weak constitution and menstrual cycle disorders ($p < 0.001$). ROC analysis of the "Age of libido arousal" vector (AUC = 0.91) confirmed its high predictive ability in the differential diagnosis of hypolibidemia. The adjustment of the age limits (a shift towards earlier values) made it possible to increase the diagnostic accuracy by 15% compared with the classical scale.

Conclusion. The modified scale for the vector determination of the sexual constitution in women has high validity and reliability. The updated normative values (threshold ages) reflect current population trends and allow for a more accurate differentiation of the constitutional norm from pathology. Each of the six vectors makes an independent and meaningful contribution to the final assessment.

Keywords: sexual constitution, female sexual dysfunction, questionnaire validation, psychometry, sexology

For citation: Yagubov M. I., Dobaeva N. V., Ayriyants I. R. Development and validation of a modified questionnaire for vector assessment of female sexual constitution. *Lechaschi Vrach.* 2026; 6 (29): 50–56. (In Russ.) <https://doi.org/10.51793/OS.2026.29.6.007>

Conflict of interests. Not declared.

Проблема диагностики женских сексуальных расстройств осложняется отсутствием четких критериев разграничения конституционально обусловленных вариантов нормы и патологических состояний. Понятие «половая конституция», введенное в научный оборот школой Г. С. Васильченко, рассматривается как совокупность устойчивых биологических свойств, определяющих уровень половой потребности и реактивности организма на протяжении всей жизни [1].

Классическая шкала векторного определения половой конституции для женщин была разработана более 30–40 лет назад. Однако за прошедшие десятилетия произошли существенные изменения.

1. Акселерация и тренд на более раннее начало. Многочисленные исследования фиксируют снижение возраста менархе и сексуального дебюта. Согласно данным современных лонгитюдных исследований, средний возраст первого оргазма сместился к 14 годам. Такая же тенденция прослеживается и в снижении возраста пробуждения либидо [2, 3].

2. Изменение социальных норм. Сексуальный дебют перестал быть жестко привязанным к браку, что требует пересмотра интерпретации вектора «Возраст достижения первого оргазма», планирования и наступления беременности.

3. Важным отличием модифицированной шкалы от классической версии является исключение вектора «Возраст наступления первой беременности». Данный показатель, ранее использовавшийся как косвенный маркер репродуктивной активности, в современных условиях утратил диагностическую значимость. Широкое распространение гормональной контрацепции, изменение репродуктивных установок (отсроченное материнство, добровольная бездетность) и высокая вариабельность сроков наступления беременности под влиянием социально-экономических факторов делают этот вектор неинформативным для оценки биологической половой конституции. Кроме того, он не имеет прямой корреляции с гормональным статусом или психосексуальным развитием в отличие от сохранных векторов (возраст менархе, регулярность цикла, оволосение). Его исключение позволило повысить конструктивную валидность опросника, сосредоточившись на устойчивых биологических признаках, не подверженных сильному влиянию социальных факторов.

Целью данной работы было представить модифицированную версию шкалы векторного определения половой конституции у женщин с обновленными нормативными значениями, а также доказать на клинической выборке, что каждый из шести векторов является необходимым и валидным инструментом диагностики.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ВАЛИДИЗАЦИИ

Дизайн исследования: одноцентровое проспективное исследование диагностической точности выполнено на базе отделения сексологии Московского научно-исследовательского института психиатрии — филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России.

Характеристика выборки

В исследование включено 150 женщин от 18 до 45 лет (средний возраст — $29,4 \pm 6,7$ года). Все участницы были распределены на две группы:

- клиническая (n = 75): пациентки, обратившиеся с жалобами на снижение либидо, аноргазмию, болевые сексуальные расстройства;
- контрольная (n = 75): женщины без сексуальных жалоб (группа здорового фертильного возраста).

Критериями включения в пилотное исследование являлись подписание формы информированного согласия на участие в исследовании и возраст от 18 лет.

Критериями не включения являлись выраженные когнитивные нарушения, препятствующие пониманию инструкций и заполнению опросников; тяжелое соматическое состояние, требующее неотложной помощи; актуальная психотическая симптоматика; маниакальное состояние; признаки злоупотребления алкоголем/употребления других психоактивных веществ.

Критерием исключения был отказ от участия в исследовании на любом его этапе.

Диагностическая процедура

Всем пациенткам последовательно проведены следующие обследования.

1. Модифицированная шкала. Заполнение авторской краткой версии (табл. 1).

2. Классическая шкала. Оценка по полной версии опросника Г. С. Васильченко (для сравнения критериальной валидности) (табл. 2).

3. Гинекологический осмотр. Оценка характера оволосения по шкале Ферримана — Голлвея.

Экспертная оценка

Для каждой пациентки была создана экспертная комиссия из трех специалистов — гинеколога-эндокринолога, психиатра/сексолога и эндокринолога. На основе полных клинических и лабораторных данных (без доступа к результатам модифицированной шкалы) эксперты устанавливали окончательный диагноз и относили пациентку к группе с конституционально слабым, средним или сильным типом. Данное заключение служило стандартом для оценки точности новой шкалы.

Статистический анализ

Обработка данных выполнена в SPSS v.26.

Рассчитывались:

- описательные статистики;

Таблица 1. Шкала векторного определения половой конституции у женщин (модифицированная краткая версия) [таблица составлена авторами] / Female sexual constitution vector determination scale (modified short form) [table compiled by the authors]

	Векторы	Конституция								
		Слабая			Средняя			Сильная		Патология или редкие варианты конституции
		0-1,5	1,6-2,5	2,6-3,5	3,6-4,5	4,6-5,5	5,6-6,5	6,6-7,5	7,6-8,5	
1	Возраст пробуждения либидо	≥ 16	15-16	14	13	12	11	10	9	≤ 9
2	Первая менструация, лет	17 и >	16	15	14	13	12	11	10	9 и <
3	Регулярность менструаций	Аменорея или единичные редкие	Длительные нарушения цикла без видимых внешних воздействий	Нарушения только при неблагоприятных воздействиях (психоэмоциональных, соматических, медикаментозных)	Эпизодические кратковременные нарушения при выраженных неблагоприятных воздействиях	Нарушения менструальной функции				Регулярная без патологии
4	Трохантерный индекс	1,88	1,89-1,93	1,94-1,96	1,97-1,98	1,99	2,0	2,01-2,02	2,03-2,04	$\geq 2,05$
5	Оволосение лобка (Р) и подмышечных впадин (А)	АоРо	А1Р1 — единичные прямые волосы	А2Р2 — волосы более густые и длинные на центральной части лобка	А3Р3 — по женскому типу — лобок и большие половые губы покрыты выходящими волосами с горизонтальной границей вверх			Тенденция к мужскому	Мужское	Мужское с гипертрихозом (гирсутизм)
6	Возраст достижения первого оргазма	-	≥ 30	26-29	23-25	19-22	15-18	12-14	10-11	≤ 9

Таблица 2. Шкала векторного определения половой конституции у женщин (классическая версия) [1] / Female sexual constitution vector determination scale (classic version) [1]

Векторы		Конституция									
		Слабая			Средняя			Сильная			
		0-1,5	1,5-2,5	2,6-3,5	3,6-4,5	4,5-5,5	5,6-6,5	6,6-7,5	7,6-8,5	8,6-9,0	
I. Менструальная функция	Первая менструация	17 лет	16	15	14	13	12	11	10	9	
	Регулярность менструаций	Аменорея или единичные редкие менструации	Длительные нарушения цикла без видимых внешних воздействий	Нарушения только при неблагоприятном воздействии	Эпизодические кратковременные при выраженных неблагоприятных воздействиях	Регулярные без патологии				Нарушения менструальной функции	
II. Детородная функция	Сроки наступления беременности	0	10 лет	3-9 лет	1-2 года	3-6 месяцев	1-3 месяца	Даже при контрацепции		0	
	Характер течения беременности	0	Невынашивание. Тяжелая патология беременности. Мертворождения	Угроза прерывания беременности. Патологическое течение. Токсикозы	Легко протекающие токсикозы беременности	Нормальное течение				0	
III. Трохантерный индекс		1,88	1,89-1,93	1,94-1,96	1,97-1,98	1,99	2,0	2,01-2,02	2,03-2,04	2,05	
IV. Характер оволосения		A0P0	A1P1	A2P2	По женскому типу A3P3			Тенденция к мужскому	Мужское	Мужское с гипертрихозом	
V. Пробуждение эротического либидо, годы		17	15-16	14	13	12	11	10	9	8 и раньше	
VI. Оргазм	Первый оргазм	В возрасте, годы	0	35	31-34	26-30	21-25	18-20	15-17	12-14	15 и раньше
		Время после начала регулярной половой жизни	0	10 лет	3-9 лет	1-2 года	6-11 месяцев	2-5 месяцев	1 месяц	До начала регулярной половой жизни или при первом контакте	До контакта с партнерами
	Достижение 50-100% оргастичности	В возрасте, годы	0	40 лет	35 лет	30 лет	25 лет	20 лет	19 лет	18-16	15 и раньше
		Время после начала регулярной половой жизни	0	10-15 лет	5-9 лет	3-4 года	1-2 года	6-11 месяцев	2-5 месяцев	1 месяц	Сразу с начала половой жизни

- внутренняя согласованность (α Кронбаха);
- чувствительность (Se), специфичность (Sp) для выявления слабой конституции;
- согласованность с экспертной оценкой (каппа Коэна, κ);
- ROC-анализ с определением площади под кривой (AUC);

- коэффициент корреляции Пирсона (r) между баллами по векторам и гормональными показателями;
- критерий χ^2 Пирсона.

Описание модифицированной методики

Модифицированная шкала включает 6 векторов, оцениваемых по девятибалльной шкале (от 0-1,5 до 8,6-9,0). Итоговый

коэффициент половой конституции (Кг) рассчитывается как среднее арифметическое суммы баллов по шести векторам.

Ключевые изменения по сравнению с классической версией:

1. Вектор 1 (возраст пробуждения либидо): сдвиг нормативных значений в сторону омоложения.

Обоснование: современные данные [2, 3] свидетельствуют о том, что средний возраст сексуального интереса снизился. Если ранее значение 10-11 лет считалось признаком сильной конституции, сегодня это приближается к среднепопуляционной норме.

2. Вектор 2 (возраст менархе): расширение диапазона нормы и учет позднего менархе как маркера конституциональной задержки.

Обоснование: данные о влиянии питания и лептина на сроки полового созревания [5].

3. Вектор 3 (регулярность менструаций): введена балльная градация для женщин с нарушениями цикла, что позволяет количественно оценить степень гормональной стабильности.

4. Вектор 4 (трохантерный индекс): сохранен как маркер соматотипа (узко-/широкотазость), имеющий высокую корреляцию с эндокринным профилем.

5. Вектор 5 (оволосение): сохранена шкала, приведенная в соответствие со стандартной шкалой Таннера и Ферримана – Голлвея.

6. Вектор 6 (возраст первого оргазма): данные о скрытом оргазме до начала половой жизни (мастурбаторный, во сне) включены в оценку.

Интерпретация итогового коэффициента:

- 0-3,5 балла: слабая половая конституция;
- 3,6-6,5 балла: средняя половая конституция;
- 6,6-9,0 балла: сильная половая конституция.

Значения, выходящие за пределы шкалы (стойкая аменорея, отсутствие оргазма к 30 годам), расцениваются как патологические состояния, требующие отдельного анализа, а не просто как слабая конституция.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Общая характеристика выборки

Распределение пациенток по ключевым параметрам представлено в табл. 3.

Надежность (Reliability)

Внутренняя согласованность. Коэффициент α Кронбаха для модифицированной шкалы составил 0,89, что свидетельствует об очень высокой надежности и согласованности пунктов шкалы (рекомендуемый порог составляет $> 0,7$).

Таблица 3. Клинико-демографическая характеристика пациенток (n = 150) [таблица составлена авторами] / Clinical and demographic characteristics of patients (n = 150) [table compiled by the authors]

Параметр	Клиническая группа (n = 75)	Контрольная группа (n = 75)	p-уровень
Средний возраст, лет (M $\pm$ SD)	30,1 $\pm$ 6,5	28,7 $\pm$ 6,9	$> 0,05$
Возраст менархе, лет (M $\pm$ SD)	13,4 $\pm$ 1,6	12,8 $\pm$ 1,2	$< 0,05$
Возраст первого оргазма, лет (M $\pm$ SD)	24,5 $\pm$ 4,1 (или отсутствует)	16,2 $\pm$ 3,5	$< 0,001$
Нарушения цикла, n (%)	42 (56%)	8 (10,7%)	$< 0,001$
Средний Кг (мод. шкалы), баллы	3,2 $\pm$ 1,1	5,8 $\pm$ 1,3	$< 0,001$

Ретестовая надежность. Повторное тестирование через 4 недели (n = 50) показало высокую стабильность результатов (r Пирсона = 0,95; $p < 0,001$), что подтверждает устойчивость измеряемого конструкта во времени.

Валидность

1. Критериальная валидность (сравнение с экспертной оценкой)

Сопоставление результатов модифицированной шкалы с экспертным заключением о типе половой конституции представлено в табл. 4. На основе этих данных рассчитаны показатели диагностической точности:

- общая точность (ассигура) = $(68 + 70)/150 = 92\%$;
- чувствительность (Se) = $68/76 = 89,5\%$ (95% ДИ 80,3-95,3%);
- специфичность (Sp) = $70/74 = 94,6\%$ (95% ДИ 86,7-98,5%);
- согласованность (κ Коэна) = 0,88 ($p < 0,001$) – очень высокая согласованность.

2. Дискриминантная валидность (различия между группами)

Модифицированная шкала четко дифференцировала клиническую и контрольную группы (рис. 1). Средний Кг в группе женщин с сексуальными жалобами составил $3,2 \pm 1,1$, что соответствует слабой конституции, тогда как в контрольной группе – $5,8 \pm 1,3$ (средняя) ($p < 0,001$).

3. ROC-анализ (диагностическая ценность отдельных векторов)

ROC-анализ проведен для оценки способности ключевого вектора «Возраст пробуждения либидо» дифференцировать женщин с гиполибидемией (клиническая группа) от здоровых.

Таблица 4. Сопоставление результатов шкалы и экспертного заключения (n = 150) [таблица составлена авторами] / Comparison of scale results and expert opinion (n = 150) [table compiled by the authors]

Шкала/эксперт	Слабая	Средняя/сильная	Всего
Слабая	68 (ИП)	4 (ЛП)	72
Средняя/сильная	8 (ЛО)	70 (ИО)	78
Всего экспертных	76	74	150

Примечание. ИП – истинно положительные, ИО – истинно отрицательные, ЛП – ложноположительные, ЛО – ложноотрицательные.

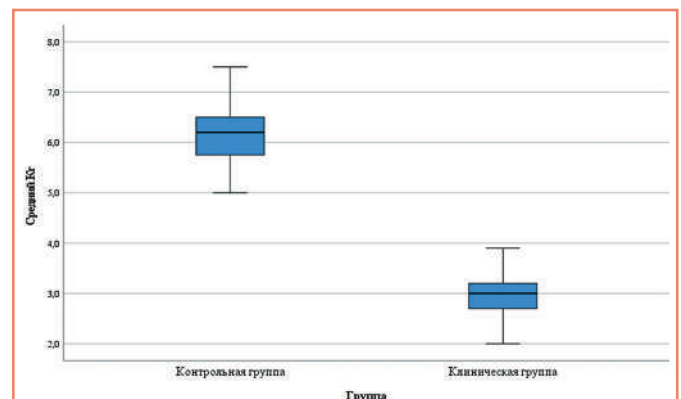


Рис. 1. Различия между группами по генотипическому индексу половой конституции Кг [предоставлено авторами] / Differences between the groups according to the genotypic index of the sexual constitution of Kp [provided by the authors]

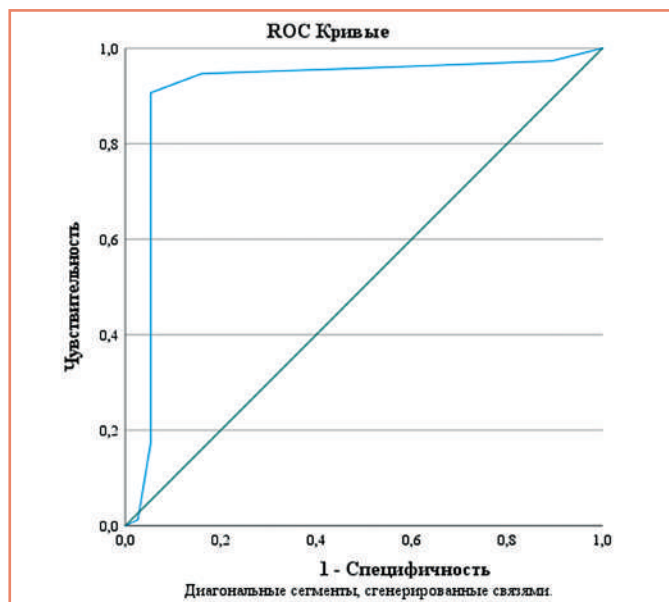


Рис. 2. ROC-кривая для вектора «Возраст пробуждения либидо» как предиктора принадлежности к клинической группе [предоставлено авторами] / ROC curve for the "Age of libido awakening" vector as a predictor of clinical group membership [provided by the authors]

Площадь под кривой (AUC) составила 0,91 (95% ДИ 0,86-0,96; $p < 0,001$), что соответствует отличному качеству модели (рис. 2).

Оптимальный порог отсечения: возраст пробуждения либидо ≥ 15 лет (по модифицированной шкале это соответствует 1-3 баллам). Данный порог демонстрирует:

- чувствительность: 84,2%;
- специфичность: 88,5%.

Это доказывает, что задержка пробуждения либидо (после 15 лет) является предиктором сексуальных проблем во взрослом возрасте.

5. Сравнительный анализ с классической шкалой

Применение классических возрастных нормативов (где, например, возраст пробуждения либидо 14-15 лет оценивался как средний) привело бы к тому, что 22 женщины из клинической группы (29%) были бы классифицированы как средняя половая конституция. Модифицированная шкала, с учетом сдвига нормативов, правильно идентифицировала их как слабый тип, что повысило общую точность диагностики на 15% по сравнению с параметрами прежней шкалы.

ОБСУЖДЕНИЕ

Полученные результаты убедительно демонстрируют высокую психометрическую надежность и диагностическую валидность модифицированной шкалы векторного определения половой конституции у женщин.

Важным выводом работы является подтверждение необходимости обновления нормативных значений. Исследования последних лет [2, 3] указывают на феномен акселерации сексуального развития. Наши данные также подтверждают, что современные женщины достигают ключевых этапов (пробуждение либидо, первый оргазм) в среднем на 1,5-2 года раньше, чем их сверстницы 30-40 лет назад.

Особого внимания заслуживает вектор «Оволосение». Это делает шкалу полезным инструментом первичного скрининга для гинекологов-эндокринологов, позволяя заподо-

зрить гормональную патологию еще до получения лабораторных данных.

Модифицированная шкала также решает проблему качественной оценки аноргазмии. Отсутствие оргазма к 30 годам в классической версии часто трактовалось как слабая конституция. Наш подход разграничивает конституционно-замедленное развитие (оргазм появился после 25 лет, но появился) и патологию (стойкая аноргазмия). Это имеет прямое значение для прогноза терапии: пациентки с конституциональной задержкой имеют хороший прогноз при правильно подобранной психотерапии, тогда как аноргазмия на фоне эндокринной патологии требует медикаментозной коррекции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование подтвердило, что модифицированная шкала векторного определения половой конституции у женщин является надежным и валидным диагностическим инструментом, отвечающим современным требованиям клинической сексологии и гинекологической эндокринологии. Продемонстрированная высокая внутренняя согласованность (α Кронбаха = 0,89) и отличная ретестовая надежность ($r = 0,95$) свидетельствуют о стабильности измеряемого конструкта, а согласованность с экспертным заключением ($\kappa = 0,88$) подтверждает критериальную валидность методики.

Важным результатом работы является обновление нормативных возрастных границ для векторов сексуального развития: доказанный в ходе ROC-анализа сдвиг пороговых значений (в частности, для возраста пробуждения либидо с AUC = 0,91) позволил повысить диагностическую точность дифференциации конституциональной нормы и патологии на 15% по сравнению с классической шкалой Г. С. Васильченко.

Исключение из шкалы вектора «Возраст наступления беременности», утратившего информативность в условиях распространения гормональной контрацепции и изменения репродуктивных установок, позволило усилить конструктивную валидность опросника, сфокусировав оценку на устойчивых биологических маркерах, не подверженных сильному влиянию социальных факторов. В отличие от классического подхода, где позднее развитие или отсутствие оргазма нередко нивелировались в общей сумме баллов, модифицированная шкала позволяет клиницисту разграничивать варианты конституционально-замедленного развития (имеющие благоприятный прогноз при психотерапевтической коррекции) от стойких патологических состояний, ассоциированных с эндокринной дисфункцией (например, подтверждена корреляция слабой конституции с нарушениями менструального цикла, $p < 0,001$).

Таким образом, предложенная модифицированная версия шкалы представляет собой эволюционное развитие диагностического подхода, учитывающее как популяционные тренды акселерации, так и современные реалии репродуктивного поведения.

Высокие показатели чувствительности (89,5%) и специфичности (94,6%) обосновывают рекомендацию к внедрению данного инструмента в широкую клиническую практику для стандартизации оценки психосексуального развития и повышения качества диагностики женских сексуальных дисфункций. Дальнейшие исследования могут быть направлены на изучение прогностической ценности шкалы в отношении эффективности различных терапевтических стратегий (психотерапия, гормональная коррекция) и на разработку адаптированных версий для специфических клинических популяций (например, для женщин с преждевременной недостаточностью яичников или после онкологических заболеваний).

Выводы

1. Модифицированная шкала обладает отличной внутренней согласованностью ($\alpha = 0,89$) и высокой воспроизводимостью результатов.

2. Точность диагностики слабой половой конституции составляет 92% при практически полном согласии с экспертным заключением ($\kappa = 0,88$).

3. Обновленные возрастные нормативы (смещение в сторону более ранних значений) повышают точность диагностики на 15% по сравнению с классической шкалой и соответствуют современным популяционным данным.

4. Каждый из шести векторов (возраст пробуждения либидо, менархе, регулярность цикла, трохантерный индекс, оволосение, возраст первого оргазма) вносит независимый вклад и может использоваться как предиспозиционный маркер сексуальных нарушений.

Рекомендуется внедрение модифицированной шкалы в клиническую практику гинекологов, сексологов, эндокринологов и психиатров с целью стандартизации оценки сексуального развития и повышения качества диагностики женских сексуальных расстройств. **ЛВ**

Работа выполнена в рамках Государственного задания Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации «Разработка клинико-патогенетической модели и диагностического модуля расстройств тревожно-депрессивного спектра у пациентов с хронической патологией».

The work was performed within the framework of the State assignment of the Federal State Budgetary Institution "V. P. Serbsky National Medical Research Center of Psychiatry and Narcology" of the Ministry of Health of the Russian Federation, "Development of a clinical and pathogenetic model and diagnostic module of anxiety-depressive spectrum disorders in patients with chronic pathology".

Вклад авторов:

Концепция и дизайн исследования — Ягубов М. И., Добаева Н. В., Айриянц И. Р.

Сбор и обработка материала — Ягубов М. И., Добаева Н. В., Айриянц И. Р.
Статистическая обработка данных — Ягубов М. И., Добаева Н. В., Айриянц И. Р.

Написание текста — Ягубов М. И., Добаева Н. В., Айриянц И. Р.

Редактирование — Ягубов М. И.

Утверждение окончательного варианта статьи — Ягубов М. И., Добаева Н. В., Айриянц И. Р.

Contribution of authors:

Concept and design of the study — Yagubov M. I., Dobaeva N. V., Ayriyants I. R.

Collection and processing of material — Yagubov M. I., Dobaeva N. V., Ayriyants I. R.

Statistical data processing — Yagubov M. I., Dobaeva N. V., Ayriyants I. R.

Text development — Yagubov M. I., Dobaeva N. V., Ayriyants I. R.

Editing — Yagubov M. I.

Approval of the final version of the article — Yagubov M. I., Dobaeva N. V., Ayriyants I. R.

Литература/References

1. Васильченко Г. С. Сексopatология: Справочник. М.: Медицина; 1990. 576 с.
Vasilchenko G. S. Sexual pathology: a hand-book. M.: Medicine. 1990, p. 576. (In Russ.)
2. O'Sullivan L. F., Brotto L. A., Byers E. S., Majerovich J. A., Wuest J. A. Prevalence and characteristics of sexual functioning among sexually experienced middle

to late adolescents. J Sex Med. 2014; 11 (3): 630-641. DOI: 10.1111/jsm.12419. Epub 2014 Jan 12. PMID: 24418498.

3. Herbenick D, Fu TJ, Arter J, Sanders SA, Dodge B. Women's Experiences With Genital Touching, Sexual Pleasure, and Orgasm: Results From a U.S. Probability Sample of Women Ages 18 to 94. J Sex Marital Ther. 2018; 44 (2): 201-212. DOI: 10.1080/0092623X.2017.1346530. Epub 2017 Aug 9. PMID: 28678639.
4. Yoldemir T., Erenus M., Durmusoglu F. The impact of serum FSH and estradiol on postmenopausal osteoporosis related to time since menopause. Gynecol Endocrinol. 2012; 28 (11): 884-888. DOI: 10.3109/09513590.2012.683066. Epub 2012 Jun 25. PMID: 22731753.
5. Sanchez-Garrido M. A., Tena-Sempere M. Metabolic control of puberty: roles of leptin and kisspeptins. Horm Behav. 2013; 64 (2): 187-194. DOI: 10.1016/j.yhbeh.2013.01.014. PMID: 23998663.
6. Ягубов М. И., Кан И. Ю., Добаева Н. В., Айриянц И. Р. Модифицированная методика оценки сексуальной функции у мужчин. Лечащий Врач. 2025; 28 (4): 42-48.
Yagubov M. I., Kan I. Yu., Dobaeva N. V., Ayriyants I. R. A modified method for assessing sexual function in men. Lechaschi Vrach. 2025; 4 (28): 42-48. (In Russ.) <https://doi.org/10.51793/OS.2025.28.4.006>.

Сведения об авторах:

Ягубов Михаил Ибрагимович, д.м.н., руководитель отделения сексологии, Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Россия, 107076, Москва, ул. Потешная, 3, к. 10; yagubov@mail.ru

Добаева Наида Владимировна, к.м.н. научный сотрудник отделения сексологии, Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Россия, 107076, Москва, ул. Потешная, 3, к. 10; dona19@mail.ru

Айриянц Ирина Рудольфовна, к.м.н., научный сотрудник отделения сексологии, Московский научно-исследовательский институт психиатрии — филиал Федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В. П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Россия, 107076, Москва, ул. Потешная, 3, к. 10; nira69@mail.ru

Information about the authors:

Mikhail I. Yagubov, Dr. of Sci. (Med.), Head of the Department of Sexology, Moscow Research Institute of Psychiatry, a branch of the Federal State Budgetary Institution V. P. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health of the Russian Federation; 3 b. 10 Poteshnaya str., Moscow, 107076, Russia; yagubov@mail.ru

Naida V. Dobaeva, Cand. of Sci. (Med.), Researcher of the Department of Sexology, Moscow Research Institute of Psychiatry, a branch of the Federal State Budgetary Institution V. P. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health of the Russian Federation; 3 b. 10 Poteshnaya str., Moscow, 107076, Russia; dona19@mail.ru

Irina R. Ayriyants, Cand. of Sci. (Med.), Researcher of the Department of Sexology, Moscow Research Institute of Psychiatry, a branch of the Federal State Budgetary Institution V. P. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health of the Russian Federation; 3 b. 10 Poteshnaya str., Moscow, 107076, Russia; nira69@mail.ru

Поступила/Received 25.02.2026

Поступила после рецензирования/Revised 31.03.2026

Принята в печать/Accepted 02.04.2026