

# Гіпносуґестія в посиленні статевого потягу. Клінічне спостереження

**Г. С. Кочарян**

Навчально-науковий інститут післядипломної освіти Харківського національного медичного університету

У статті повідомляється про ослаблення статевого потягу, яке зумовлене психогенними чинниками. Високоєфективною в лікуванні гіпоактивного статевого потягу може бути гіпносуґестивна корекція.

Наводиться клінічне спостереження, де 32-річна заміжня пацієнтка, мати двох дітей, звернулася по допомогу зі скаргами на «відсутність» лібідо протягом 8 років, що поєднується з невеликим компонентом сексуальної аверсії (коли чоловік обіймає, то її «струмом б'є»), але переважно йдеться про «відсутність» статевого потягу.

У ході подальшого опитування з'ясувалося, що в даний час статевий потяг достатньо виражений (але слабший, ніж був до виникнення сексуальних проблем з чоловіком) і виникає 1 раз на 2 тиж. Якщо два тижні не займаються сексом, то в неї бажання виникає самостійно. Власна сексуальна потреба її цілком влаштовує. Водночас пацієнтка скаржилася на розлади сну.

Жінка зазначила, що у перші роки життя у шлюбі потреба у сексуальних контактах виникала практично щодня. З 2002 до 2007 рр. їй зробили більше 8 абортів. Тоді щоразу при інтимній близькості з чоловіком хвилювалася, що в результаті доведеться робити аборт. З 2007 р. по сьогодні під час статевого акту використовують презервативи.

Діагностика цього випадку ґрунтувалася на двох існуючих класифікаційних підходах: з урахуванням (DSM-V та МКХ-11) і без урахування (МКХ-10) критерію наявності клінічно вираженого дистресу, зумовленого наявною сексуальною проблемою.

Хворій була проведена гіпносуґестивна корекція: 1) посилення статевого потягу пацієнтки за допомогою 10 сеансів гіпносуґестії; 2) роз'яснення чоловікові пацієнтки, що навіть у здорових сексуальних партнерів може бути різна потреба в сексуальній активності.

У результаті проведеного лікування статевий потяг у жінки виникає 2–3 рази на тиждень, нівелювалася сексуальна аверсія і повністю нормалізувався сон. Через 7,5 року після закінчення корекції проведено контрольне опитування. Пацієнтка повідомила, що у них із чоловіком у сексуальному плані все гаразд.

**Ключові слова:** жінка, ослаблений статевий потяг, гіпносуґестивна корекція.

## Hypnosuggestion in increasing sexual desire. Clinical observation

**G. S. Kocharyan**

The article reports on the weakening of sex drive, which is caused by psychogenic factors. Hypnosuggestive correction can be highly effective in the treatment of hypoactive sexual drive.

A clinical case is presented in the article. A 32-year-old married woman, mother of two children, consulted a doctor with complaints of 'absence' of libido for 8 years, which is combined with a small component of sexual aversion (when a man hugs her, she is "to be electrocuted"), but mainly it is about the "absence" of sexual desire.

During the taking anamnesis, it became clear that currently the sexual desire is quite pronounced (but it is weaker than was before the occurrence of sexual problems with the husband) and occurs once every 2 weeks. If they don't have sex for two weeks, then the desire arises on its own. She is quite satisfied with her own sexual need. At the same time, the patient complained of sleep disorders.

The woman reported that in the first years of married life the need for sexual contact arose almost every day. From 2002 to 2007 she had more than 8 abortions. Then, every time she was intimate with her husband, she worried that she would have to have an abortion as a result. From 2007 to today, condoms are used during sexual intercourse.

The diagnosis of this case was based on two existing classification approaches: taking into account (DSM-V and ICD-11) and without taking into account (ICD-10) the criterion of the presence of clinically expressed distress caused by an existing sexual problem.

The patient had hypnosuggestive correction: 1) strengthening of the patient's sexual desire with the help of 10 sessions of hypnosuggestion; 2) explaining to the patient's husband that even healthy sexual partners may have different needs for sexual activity.

As a result of the treatment, the woman has sexual desire 2-3 times a week, sexual aversion was eliminated and sleep was completely normalized. A follow-up survey was conducted 7.5 years after the end of the correction. The patient reported that everything is fine with her husband sexually.

**Keywords:** woman, weakened sexual drive, hypnosuggestive correction.

Зниження статевого потягу зустрічається часто, особливо у жінок [8]. Діагноз гіпоактивного розладу сексуального потягу (ГРСП) / гіпоактивної дисфункції статевого потягу, згідно з останніми класифікаціями [2, 4], припускає також наявність такого критерію, як клінічно виражений дистрес, зумовлений ослабленням лібідо. Однак цей критерій відсутній у МКХ-10, яку використовують сьогодні [5].

Облігатність зазначеного критерію для встановлення медичного діагнозу ГРСП / гіпоактивної дисфункції статевого потягу є більш ніж спірною. Проте навіть з урахуванням цього критерію частота встановлення діагнозу є досить високою. Так, S. Palacios, A. Graziottin [11] повідомляють, що за умови включення критерію дистресу поширеність ГРСП в Європі та США становить від 9% до 35% [1, 3].

У дослідженні, проведеному за участю 2467 європейських жінок у віковій групі 20–49 років, поширеність ГРСП становила 7% у жінок у пременопаузі та 16% у жінок у хірургічній менопаузі. Поширеність цього розладу серед жінок віком 50–70 років становила 9% у жінок у природній постменопаузі та 12% – у хірургічній менопаузі. Ймовірність наявності ГРСП була значно вищою у жінок у хірургічній менопаузі порівняно з природною [1].

У дослідженні, в якому брали участь 2207 жінок США віком 30–70 років [10], поширеність ГРСП у жінок у пременопаузі та у жінок у природній постменопаузі була дуже схожою (6,6% проти 7,7). Однак цей показник зростав до 19,8% у молодих жінок у хірургічній менопаузі.

Значна частота гіпоактивного статевого потягу зумовлює необхідність розроблення і застосування для його посилення різних засобів, зокрема психотерапевтичних. За нашими спостереженнями, високоефективною в цьому плані може бути гіпноугестивна терапія в тих випадках, коли ослаблення статевого потягу зумовлене психогенними чинниками, або коли такі чинники відіграють переважну роль у формуванні ослабленого лібідо. Наведемо приклад успішного застосування гіпноугестивної корекції для посилення статевого потягу.

*Пацієнтка О.*, 32 роки, по медичну допомогу звернулася 29.10.2015 р. Заміжня 14 років, освіта вища економічна, працює бухгалтером у фірмі, яка належить її чоловікові. Їй 36 років, освіта вища, приватний підприємець. У них двоє дітей: хлопчики 13-ти і 4-х років. Живуть у 3-кімнатній квартирі (це їхня спільна власність).

**Скарги** на «відсутність» лібідо протягом 8 років, що поєднується з невеликим компонентом сексуальної аверсії (коли чоловік обіймає, то її «струмом б'є»), але переважно йдеться про «відсутність» статевого потягу. Під час подальшої бесіди з'ясувалося, що насправді на сьогодні статевий потяг достатньо виражений (але слабший, ніж був до виникнення сексуальних проблем із чоловіком) і виникає 1 раз на 2 тиж. Якщо 2 тиж не займаються сексом, то в неї бажання виникає самостійно. Власна сексуальна потреба її цілком влаштовує. Звернулася до мене винятково з ініціативи чоловіка, оскільки в нього сексуальна потреба набагато більша, ніж у неї.

Я запитав пацієнтку, що, на її думку, є причиною зменшення її потреби в сексі. Вона відповіла, що це може бути пов'язано з її віком, а також із тим, що вже довго живе з чоловіком, і це могло знизити її інтерес до нього. Сказала, що чоловік вважає, що у неї сексуальний розлад.

Крім проблем, пов'язаних із різними сексуальними потребами подружжя, пацієнтка скаржиться на поганий сон. Погані сни сняться всю ніч (вбивають когось, батькові стало погано тощо). У зв'язку з цим приймала гідазепам і різні заспокійливі засоби, але це не допомагає. Часто прокидається, сон короткий. Прокидається о четвертій годині ранку або о 4:30, а лягає спати о дев'ятій або 10-й годині вечора. Після нічного сну немає відчуття втоми. Настрій нормальний. Дратівливість не виходить за рамки.

**Анамнез.** Статевий потяг почав слабшати у 2004 р. після 3-го абортів (тобто 11 років тому). У перші роки життя в шлюбі потреба в сексуальних контактах виникала практично щодня. Перший аборт зробила, коли старшій дитині було 3 міс. З 2002 р. до 2007 р. зробила понад 8 абортів. Зазначає, що тоді щоразу під час інтимної близькості з чоловіком і перед нею відчувала побоювання, що в результаті доведеться робити аборт. Сьогодні категорично не допускає проведення статевого акту без презерватива. До цього не користувалися презервативами, оскільки чоловікові це було неприємно. Вона також не застосовувала гормональні контрацептиви через можливі побічні дії.

Чоловік щодня або через день ініціює проведення статевого акту, але жінка надає йому таку можливість двічі на тиждень. Через відсутність бажання вона не дає чоловікові проводити підготовчий період перед статевим актом. Нині він мастурбує 2 рази на тиждень по 1 разу. З 2007 р. до сьогодні подружжя користуються презервативами, захищаючись від небажаної вагітності. У 2011 р. провели статевий акт без презерватива. Тоді пацієнтка завагітніла і народила другу дитину.

Сьогодні під час проведення статевого акту оргазм у пацієнтки настає майже щоразу (не виникає тільки тоді, коли діти бігають по квартирі). Він настає під час проведення статевого акту з чоловіком унаслідок стимуляції зовнішньої частини клітора штучним вібруючим членом. Зазначає, що оргазм виникав у неї і в позі вершниці, але вже протягом понад 5 років користуються цим штучним вібруючим членом, і їй так отримувати оргазм подобається більше. Під час впливу штучним членом оргазм виникає 1 раз, раніше виникав двічі, але з перервою. Від стимуляції піхви оргазм не настає.

У зв'язку з проблемами, пов'язаними зі статевим потягом, проведено гормональні дослідження, які не виявили у неї патології. Незначний біль під час статевого акту після кесарева розтину виникає з лівого боку, але вона намагається цього не допускати за допомогою деяких сексуальних поз і неповного введення (неглибокого введення) члена чоловіка в піхву. Проблеми з лубрикацією піхви у неї відсутні. На думку чоловіка, тривалість статевого акту становить 5–10 хв. Стосунки з чоловіком хороші в усіх відношеннях, і фізично вони одне одному подобаються. Сварки виникають

тільки через те, що він до неї дуже часто «сексуально чіпляється».

*Платонічний (романтичний) компонент лібідо* прокинувся в 7–8 років, *еротичний* – у 13 років (у 7-му класі). 39-го класу зустрічалася з хлопцями, цілувалися, обіймалися. *Сексуальний компонент лібідо* відчула в 16–17 років.

Ніколи в житті не мастурбувала. Еротичні сни сняться, коли довго не займаються сексом. Сняться і статеві акти, але оргазми при цьому не виникають. Час, коли вперше виникли еротичні сновидіння, не пам'ятає. *Перший оргазм* виник під час статевого акту з чоловіком у позі вершинці, коли першій дитині було 7 місяців (у 19 років).

Згвалтувань, спроб до згвалтування та сексуальних домагань з боку дорослих у дитинстві та підлітковому віці не було. У сім'ї в її дитинстві на сексуальні теми не говорили. Залякувань з боку батьків у зв'язку із сексом не було.

*Перший статевий акт* був у 17 років, але не з її чоловіком. Він – її другий сексуальний партнер. З першим партнером зустрічалася 2 роки і двічі у них були статеві акти. Збиралися з ним одружитися. Але батьки її були проти цього, тому весілля не відбулося. У цього хлопця була дитина від жінки, з якою жив раніше, але вони не перебували у шлюбі (спільне проживання).

Перші місячні почалися в 14 років, одразу регулярні, але були болісними. Безболісними вони стали після того, як вона народила першу дитину. Місячні своєчасні, тривають протягом 5 днів. Менструальний цикл становить 31 день. У 2006 р. діагностували кісту яєчника, яка самолікувалася 2 роки тому.

Пацієнтці було встановлено діагноз вегетосудинної дистонії. Два роки тому в неї зафіксовано дві панічні атаки в нічний час: було важко дихати, посиніли губи, нігті на руках, артеріальний тиск був 150/100 мм рт.ст.

*Об'єктивні дані.* Зріст 153 см, маса тіла 53 см. Вусики не ростуть, на руках і ногах мінімальне оволосіння. Діагностована мастопатія (розмір бюстгальтера – 2,5). На лобку оволосіння за жіночим типом (доріжки до пупка ніколи не було). Сьогодні лобок виголює.

Одним із розглянутих діагностичних заключень була виражена невідповідність у сексуальних потребах подружжя, тобто сексуальна дисгармонія, зумовлена цією невідповідністю, у двох сексуально здорових людей. На користь цього діагностичного заключення свідчило те, що у пацієнтки 1 раз на 2 тиж спонтанно виникає добре виражений статевий потяг. Особисто її це повністю влаштовує, і будь-якого дистресу у зв'язку з цим вона не відчуває. До лікаря звернулася виключно за ініціативи і наполяганням чоловіка. Відсутні дані про гормональну дисфункцію (на підставі результатів гормональних досліджень). Це заключення відповідає критеріям DSM-V і МКХ-11, оскільки в цьому випадку відсутній клінічно виражений дистрес.

Інше діагностичне заключення «Відсутність або втрата статевого потягу» відповідає шифру F52.0 МКХ-10, яка використовується сьогодні, позаяк у пацієнтки зафіксовано різке зниження частоти виникнення статевого потягу (потреба пацієнтки в сексу-

альній активності зі щоденної в перші роки заміжжя зменшилася до такої, яка виникає 1 раз на 2 тиж, незважаючи на її молодий вік). Також у неї є невелике зниження вираженості статевого потягу порівняно з тим, який був раніше. Усе це спочатку ініціювалося страхом абортів, на який нашарувалася наростаюча втрата сексуального інтересу до чоловіка внаслідок тривалого спільного проживання. У цьому випадку був відсутній такий компонент, як наявність дистресу, зумовленого існуючою сексуальною проблематикою, що не передбачено МКХ-10. До речі, в сексології щодо чоловіків використовували такий термін, як «імпотенція, спричинена нудьгою», що зумовлена втратою сексуальної привабливості внаслідок звикання [6].

Діагноз сексуальної аверсії не було встановлено, оскільки вона була незначної інтенсивності і практично вторинною щодо гіпоактивного порушення сексуального потягу.

Отже, діагностична оцінка багато в чому залежить від класифікації, якою користується лікар. Крім цього, велике значення відіграє світоглядний фактор. Так, деякі автори стверджують, що якщо людину влаштовує власний низький статевий потяг або навіть його відсутність, власна сексуальна активність або її відсутність, то її не можна вважати хворою. Під час розроблення МКХ-11 було запропоновано новий підхід до оцінювання сексуального бажання й активності, що є даниною гуманізації, але, на нашу думку, навряд чи відповідає медичному підходу до оцінювання їхньої вираженості [7]. Так, повідомлялося, що ця класифікація націлює на те, що не існує жодних нормативів сексуальної активності. «Задовільною» сексуальною активністю пропонується вважати таку, яка задовольняє дану конкретну людину. Якщо індивід задовольнений своєю сексуальною активністю, то можливість встановлення діагнозу сексуальної дисфункції відразу виключається [9].

Однак коли робота над створенням даної класифікації була завершена, в її тексті було відображено таке визначення шифру NA00 («Гіпоактивна дисфункція статевого потягу»): «Гіпоактивна дисфункція статевого потягу характеризується відсутністю або вираженим зниженням бажання або мотивації до сексуальної активності, що проявляється будь-якою з таких ознак: 1) зниження або відсутність спонтанного бажання (сексуальні думки або фантазії); 2) зниження або відсутність виникаючого у відповідь бажання на еротичні сигнали та стимуляцію; 3) нездатність підтримувати бажання або інтерес до сексуальної активності після її початку. Патерн ослабленого чи відсутнього спонтанного бажання або бажання, що виникло у відповідь, чи нездатності підтримувати бажання або інтерес до сексуальної активності виникає епізодично чи постійно протягом принаймні кількох місяців і пов'язаний із клінічно значущим дистресом» [4].

Отже, у цій класифікації не взяла гору повна й невинуватна суб'єктивізація під час вирішення питання щодо можливості встановлення відповідного діагнозу, хоча критерій наявності дистресу в ній є. Крім сексуальних проблем, з приводу яких пацієнтка звернулася по допомогу, вона скаржилася на розлади сну.

**План корекції** полягав у тому, щоб:

1) посилити статевий потяг пацієнтки за допомогою гіпносугестивної терапії,

2) передбачати роз'яснення чоловікові пацієнтки, що навіть у здорових сексуальних партнерів може бути вкрай різна вираженість статевого потягу і, відповідно, дуже різна потреба в сексуальній активності. Також слід було за допомогою гіпнозу поліпшити сон пацієнтки.

**31.10.2015 р. Проведено 1-й сеанс гіпносугестивної терапії.**

Навіювання були спрямовані на:

1. Насичення організму спокоєм, який має лікувальну дію (зокрема, сприяє поліпшенню нічного сну).

2. Нормалізацію нічного сну: його поглиблення, збільшення його тривалості, усунення неприємних сновидінь, що лякають, і заміна їх на приємні та нейтральні.

3. Активізацію структур головного мозку, відповідальних за вираженість статевого потягу: «Структури головного мозку, відповідальні за вираженість статевого потягу, активуються, тонізуються, стимулюються, збуджуються. ... Тож відтепер у вас виражений, сильний, напористий статевий потяг, що спонукає до пестощів і поцілунків та здійснення статевого акту».

4. Збільшення сексуальної привабливості чоловіка: «Зовнішність чоловіка, його голос, спілкування з ним викликають бажання обійняти й поцілувати його, яке швидко переходить у бажання здійснити з ним статевий акт. ... Чоловік для вас – сильний сексуальний стимул, сильний сексуальний збуджувач. ... У його присутності у вас виникає сексуальне бажання, що супроводжується сексуальним збудженням, бажання пестощів і поцілунків, яке швидко переходить у бажання здійснити з ним статевий акт. ... Пестощі і поцілунки чоловіка будуть вам приємні й викликать у вас сексуальне бажання та збудження».

Після сеансу пацієнтка почувалася добре. Вона повідомила, що перед сеансом була напружена, хвилювалась, що щось про чоловіка може розповісти, що стан буде такий, як після наркозу, і щоб у такому разі я їй чоловікові нічого не передав. Після сеансу сказала, що під час його проведення була легкість у тілі, не могла підняти ні руки, ні ноги, ні розплющити очі. Усе, що я говорив їй під час сеансу, добре чула.

**3.11.2015 р.** Після першого сеансу гіпнозу першу ніч спала 3 год, а в наступні дві ночі – добре, неприємні сновидіння не снилися. У день проведення першого сеансу гіпнозу статевого акту не було. Наступного дня був, але без бажання. Тоді й оргазму не було. Під час проведення статевого акту діти були вдома, і не виключає, що вони могли почути звук штучного члена, що вібрує. Тому статевий акт проводився без нього. До того ж зазначає, що в них скрипить ліжко. Наступного дня було бажання і оргазм від штучного члена. Сказала, що після сеансу немає «відразливого почуття» (аверсії) по відношенню до чоловіка під час його спроб провести статевий акт. За півроку до цього і раніше постійно отримувала оргазм у позі вершниці (тоді штучний член не використовувала). Чоловік десь

надивився про використання штучного вібруючого члена, і з його ініціативи вони почали його застосовувати. Сама пацієнтка в секс-шоп соромиться заходити. Їй байдуже, як отримувати оргазм: чи в позі вершниці, чи від штучного вібруючого члена. Я їй сказав, що принаймні слід чергувати позу вершниці та використання штучного вібруючого члена (поміщає його голівку, що вібрує, на зовнішню частину клітора), бо інакше в неї може закріпитися програма виникнення оргазму від штучного члена, і вона не зможе закінчувати без нього. Взагалі пацієнтка дуже соромиться говорити на теми сексуального характеру, постійно під час розмови зі мною опускає очі вниз (не дивиться на мене).

**3.11.2015 р. Проведено 2-й сеанс гіпносугестивної терапії**, який за сценарієм повністю відповідав першому.

**6.11.2015 р.** Зазначає, що після другого сеансу гіпнозу сон став тривалим і перестав бути поверхневим, але неприємні сновидіння періодично сняться. Статевим життям не жила через місячні, але ласки чоловіка тепер опору з її боку не викликають (сприймаються нормально). Розповіла чоловікові про мої рекомендації досягати оргазму без вібратора. Він погодився.

**6.11.2015 р. Проведено 3-й сеанс гіпносугестивної терапії**, такий самий, як і попередній.

**9.11.2015 р.** Місячні вчора закінчилися. статевих актів через них протягом 5–6 днів не було.

**9.11.2015 р. Проведено 4-й сеанс гіпносугестивної терапії** з використанням колишньої сугестивної рецептури.

**12.11.2015 р.** Зазначає, що сон нормальний за тривалістю і глибиною, неприємних сновидінь не було. На пестощі чоловіка реагує нормально («струм» через неї вже не проходить, і вона не відштовхує чоловіка). Сьогодні вранці був статевий акт, але вона не «закінчила», оскільки вдома були діти, які не спали. Старшому синові 13 років, боялася, щоб він нічого не почув. Статеві акти за моєю рекомендацією проводить без штучного члена, щоб не сформувався патологічний сексуальний стереотип.

**12.11.2015 р. Проведено 5-й сеанс гіпносугестивної терапії** з повною стереотипною рецептурою.

**14.11.2015 р.** Сон у пацієнтки добрий. Статевий потяг тепер виникає 2 рази на тиждень, а при зверненні виникає 1 раз на 2 тиж.

**14.11.2015 р. Проведено 6-й сеанс гіпносугестивної терапії**, до якого не були включені навіювання, спрямовані на усунення неприємних сновидінь (їх не було після попереднього сеансу), а також не було навіювань, спрямованих на нормальне сприйняття пестощів, які тепер не викликають негативних відчуттів.

**17.11.2015 р.** Зазначає, що сон нормальний за тривалістю і глибиною, не супроводжується неприємними сновидіннями. Після минулого сеансу було 2 статеві акти: перший у ранковий час, тоді в неї не було бажання і не виник оргазм. Другий статевий акт був наступного дня. Цього разу було бажання й оргазм.

Штучним статевим членом не користуються. Пестоші чоловіка сприймає нормально.

**17.11.2015 р. Проведено 7-й сеанс гіпноугестивної терапії**, такий самий, як і перший (з усіма елементами).

**20.11.2015 р.** Сон після сьомого сеансу нормальний за всіма показниками. Бажання здійснити статевий акт не було, статевих актів теж не було. Син обстежується з приводу токсоплазмозу, а в неї «щось» знайшли в грудній залозі й сказали, що потрібно оперуватися.

**20.11.2015 р. Проведено 8-й сеанс гіпноугестивної терапії з повною рецептурою (з усіма елементами).**

**23.11.2015 р.** Зазначає, що інший лікар сказав, що операцію на грудній залозі робити не потрібно. Усе, що раніше було досягнуто в лікувальному плані, збереглося. Більше того, зазначає, що сексуальне бажання тепер виникає 2–3 рази на тиждень, але чоловік хоче проводити статеві акти щодня і навіть неодноразово. Слід зазна-

чити, що для того, щоб домовитися про кожне її відвідування, мені завжди телефонував тільки її чоловік.

**23.11.2015 р. і 25.11.2015 р. було проведено 9-й і 10-й сеанс гіпноугестивної терапії з повною рецептурою (з усіма елементами).**

У результаті проведеної корекції, головним компонентом якої була гіпноугестія, у пацієнтки бажання здійснити статевий акт виникає 2–3 рази на тиждень (перед зверненням до мене виникало 1 раз на 2 тиж), а також нівелювалася сексуальна аверсія і повністю нормалізувався сон. У зв'язку з цим до чоловіка пацієнтки вкотре було донесено інформацію, що потреба в сексі у різних людей, зокрема й сексуально здорових, може значно відрізнятися, і потрібно пристосовуватися одне до одного.

**8.06.2023 р.** Проведено контрольне опитування. Пацієнтка повідомила, що в них із чоловіком у сексуальному плані все гаразд. Вони пристосувалися одне до одного.

### 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*  
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*  
ORCID: 0000-0003-3797-5007

### ПОСИЛАННЯ

- Dennerstein L, Koohaki P, Barton I, Graziottin A. Hypoactive sexual desire disorder in menopausal women: a survey of Western European women. *J Sex Med.* 2006;3(2):212-22. doi: 10.1111/j.1743-6109.2006.00215.x.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition. United States: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
- Goldstein I. Current management strategies of the postmenopausal patient with sexual health problems. *J Sex Med.* 2007;4(3):235-53. doi: 10.1111/j.1743-6109.2007.00450.x.
- ICD-11 International Classification of Diseases 11th Revision. Hypoactive sexual desire dysfunction HA00 [Internet]. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. (Version: 01/2023). Available on: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3A%2F%2Fid.who.int%2Ficd%2Fentity%2F1189253773>.
- International Classification of Diseases (10th revision). Classification of diseases and behavioral disorders. Clinical descriptions and instructions for diagnosis. St. Petersburg: "ADIS"; 1994. 304 p.
- Kocharyan GS. Hypoactive sexual desire due to physiological conditions, influences of social and psychological factors, disregard for sexual needs of a woman. *Health Man* 2022;82(3):56-65. doi: 10.30841/2307-5090.3.2022.270828.
- Kocharyan GS. Diminished libido, its manifestations and definitions of hypoactive sexual desire disorder. *Health Man.* 2021;79(4):90-7. doi: 10.30841/2307-5090.4.2021.252407.
- Kocharyan GS. Prevalence of diminished libido and hypoactive sexual desire disorder. *Health Man.* 2021;79(4):72-8. doi: 10.30841/2307-5090.4.2021.252399.
- Meyer P. Testosterone therapy in female hypoactive sexual desire disorder. *Rev Med Suisse.* 2016;12(510):540-3.
- Palacios S, Castelo-Branco C, Cancelo MJ, Vázquez F. Low-dose, vaginally administered estrogens may enhance local benefits of systemic therapy in the treatment of urogenital atrophy in postmenopausal women on hormone therapy. *Maturitas.* 2005;50(2):98-104. doi: 10.1016/j.maturitas.2004.04.007.
- Palacios S, Graziottin A. Patient scenario: a 53-year-old woman with hypoactive sexual desire disorder. *Maturitas.* 2009;63(2):164-8. doi: 10.1016/j.maturitas.2009.05.002.

*Стаття надійшла до редакції 05.05.2023. – Дата першого рішення 11.05.2023. – Стаття подана до друку 19.06.2023*