

# Гіпносугестивна терапія гіпоактивного статевого потягу, який поєднано з ослабленою лубрикацією. Клінічне спостереження

Г. С. Кочарян

Науково-дослідний інститут післядипломної освіти Харківського національного медичного університету

Пацієнтка Ч., 30 років, заміжня. Має двох доньок. Чоловікові 29 років. Житлові умови нормальні. Стосунки з чоловіком добрі, вони люблять одне одного. Зазначає, що спонтанно сексуальне бажання і збудження в неї не виникають, а з'являються тільки під час кунілінгусу. Водночас наявне повне збереження еротичного лібідо. Сексом із чоловіком займаються 5-6 разів на тиждень і тільки виключно за його пропозицією. Спочатку ініціатором звернення до лікаря був чоловік, оскільки вона до нього «охолола». Її такий стан речей не турбує, але оскільки чоловіка це не влаштовує, то вона самостійно звернулася по лікувальну допомогу.

До перших пологів була дуже пристрасна, будь-які сексуальні дисфункції були відсутні. Інтерес до сексу пропав на 5-6-у місяці першої вагітності. Через 1,5 міс після перших пологів знову почала жити статевим життям. Відтоді, окрім відсутності спонтанно виникаючого бажання здійснити статевий акт, виникла недостатня лубрикація піхви. Шкідливих звичок не має. Гінекологічно здорова. Хронічних захворювань немає.

Виникнення сексуальної проблеми у пацієнтки ми пов'язали з першою вагітністю. Однак надалі після пологів жодних змін у її сексуальній сфері не відбулося. У зв'язку з відсутністю явних соматичних причин розладу сексуальної функції, а також ефективністю гіпносугестивної терапії (остаточний діагностичний висновок зроблено з урахуванням результатів лікування), ми дійшли висновку, що її сексуальний розлад є наслідком існуючих інерційних зрушень в організмі, що законсервували сексуальні дисфункції, які від самого початку були зумовлені факторами, пов'язаними з вагітністю. Сформувалася програма (стереотип) сексуального реагування, існування якої зберігалася протягом тривалого часу, хоча вплив чинників, пов'язаних із першою вагітністю, був відсутній.

Проведено п'ять сеансів гіпносугестивної терапії (програмування, моделювання). Отримані результати свідчили про повне усунення сексуальних проблем. Якщо до початку лікування у пацієнтки сексуальне лібідо не виникало навіть під час прелюдії, то в результаті терапії воно почало з'являтися ще до пестошів і поцілунків, і жінка стала частим ініціатором сексуальних контактів. Це відбулось одразу після першого сеансу гіпнозу. До початку лікування лубрикація не виникала у пацієнтки під час прелюдії, а з'являлася тільки під час кунілінгусу. При проведенні третього сеансу гіпнозу у пацієнтки було відчуття вологості в піхві, а коли вона прийшла додому, то виявилось, що в піхві було багато лубрику. Після цього сеансу під час пестошів і поцілунків була достатня його кількість для проведення статевого акту, але менша, ніж до розвитку розладу. Після четвертого сеансу гіпнотерапії під час пестошів і поцілунків почала виділятися велика кількість змазки. Більше того, лубрикація за наявності сексуального бажання стала виникати ще до пестошів і поцілунків.

**Ключові слова:** жінка, гіпоактивний статевий потяг, ослаблена лубрикація, гіпносугестивна терапія (програмування, моделювання), клінічне спостереження.

## Hypnosuggestive therapy of hypoactive sexual desire combined with weakened lubrication.

### Case report

G. S. Kocharyan

A female patient Ch., 30 years old, married. She has two daughters (age – 7 years and 2 years). Husband is 29 years old. Living conditions are normal. Her relationship with her husband is good, they love each other. She says that she has no spontaneous sexual desire and arousal. They only appears during cunnilingus. At the same time, her erotic libido is completely intact. Have sex with her husband five to six times a week and only at his suggestion. Initially, the spouse was the initiator of the visit to the doctor, as she had “grown cold” to him. She was not bothered by the current state of affairs, but since her husband was not happy about it, she sought medical help on her own.

Before the first birth she was very passionate, there was no sexual dysfunction of any kind. Interest in sex disappeared at 5–6 months of the first pregnancy. One and a half months after the first birth, she started to live a sexual life. Since then, in addition to the absence of spontaneous desire for sexual intercourse, insufficient lubrication of the vagina was also revealed. She has no bad habits, is gynecologically healthy, and has no chronic diseases. We attributed the occurrence of sexual problems to the first pregnancy. However there were no changes in her sexual sphere after the childbirth.

Due to the absence of obvious somatic reasons of sexual disorders, as well as to the efficiency of hypno-suggestive therapy (we made the final diagnostic conclusion considering the results of treatment) we concluded that her sexual disorders were the result of existing inertial shifts in the body which had conserved the sexual dysfunctions originally caused by factors related to pregnancy. A program (stereotype) of sexual response was formed, the existence of which persisted for a long time, although

the influence of factors associated with the first pregnancy was absent.

Five sessions of hypnosuggestive therapy (programming, modeling) were conducted. The results obtained indicated complete elimination of sexual problems. If before the treatment the patient's sexual libido did not arise even during foreplay, that as a result of it, it began to appear even before caressing and kissing, and she became a frequent initiator of sexual contacts. This happened immediately after the first hypnosis session. Before the beginning of the treatment, lubrication had not appeared in the patient during the preliminary period, but appeared only during cunnilingus. At the 3rd session of hypnosis the patients felt the sensation of moistness in the vagina, and when she came home she found that there was a lot of lubrication in the vagina. After this session there was enough lubricant when fondling and kissing to perform intercourse, but less than before the development of the disorder. After the 4th session of hypnotherapy during caressing and kissing an abundant amount of lubricant began to be secreted. Moreover, lubrication in the presence of sexual desire began to occur even before caressing and kissing.

**Keywords:** *woman, hypoactive libido, weakened lubrication, hypnosuggestive therapy (programming, modeling), case report.*

Скарги на сексуальні дисфункції трапляються у жінок дуже часто, частіше, ніж у чоловіків (43% і 31% відповідно) [1, 2]. Найчастіше жінки скаржаться на гіпоактивний статевий потяг (33,4%) та загальмований оргазм (24,1%) [3].

Для лікування сексуальних розладів використовують різні методи біологічної терапії та психотерапії, включно з гіпносугестивною терапією [4–7]. Аналіз клінічного випадку свідчить про її успішне застосування для лікування жінки, у якої діагностували проблеми із сексуальним потягом, а також із лубрикацією.

**Пацієнтка Ч.,** 30 років, заміжня 7,5 року (зі своїм чоловіком до шлюбу жила 1 рік). Має двох доньок віком 7 і 2 роки. Освіта – вища економічна, перебуває в декретній відпустці, до цього працювала в банку. По медичну допомогу звернулася 20.07.2014 р.

Чоловікові 29 років, має вищу економічну освіту, працює на базарі «на господаря», за фахом ніколи не працював.

Подружжя живе в будинку з батьками чоловіка на першому поверсі, де 4 кімнати, а батьки чоловіка – на другому. Є окремий вхід, з батьками мають тільки спільний двір. У пацієнтки добрі стосунки з чоловіком. Вони люблять одне одного. З батьками чоловіка прекрасні стосунки.

**Скарги.** Зазначає, що сексуальне бажання і збудження у неї спонтанно не виникають, а з'являються тільки після попередньої стимуляції клітора язиком (кунілінгус). Водночас має місце повне збереження еротичного лібідо. Сексом із чоловіком займаються 5–6 разів на тиждень і тільки виключно за його пропозицією. Спочатку ініціатором звернення до лікаря був чоловік, оскільки вона до нього «охолола». Він хоче, щоб дружина його «хотіла» і постійно запитує, чи не покине вона його. Жінку таке становище, що склалося, не турбує, але оскільки чоловіка це не влаштовує, вона самостійно звернулася по лікувальну допомогу.

**Анамнез.** До перших пологів була дуже пристрасна, із сексуальною збудливістю все було нормально. До заміжжя часом паралельно зустрічалася з кількома чоловіками, оскільки була сексуально активною і їй «не вистачало». Статевий акт із двома чоловіками одночасно ніколи не проводила. Інтерес до сексу зник на 5–6-у місяці першої вагітності. Через 1,5 міс після перших пологів почала жити статевим життям. Тоді їй встановили спіраль.

Статеві контакти зазвичай здійснюються за таким сценарієм. Спочатку чоловік проводить кунілінгус, і тоді у неї виникає бажання і збудження, а потім оргазм.

Потім чоловік вводить статевий член у піхву і проводить статевий акт. Можуть бути навіть два вагінальні коїтуси. Якщо пацієнтка отримала оргазм під час кунілінгусу, то в неї відбувається зволоження піхви, яке довго зберігається. Якщо ж вона під час оральної стимуляції клітора не отримала оргазм, то тоді, хоча й було збудження, дуже швидко (за 1–2 хв) піхва «пересихає» і в жінки повністю пропадає інтерес до сексу («мені некомфортно стає»). У цих випадках, щоб задовольнити чоловіка, вводять у піхву лубрикант, але оскільки майже завжди під час кунілінгусу в неї виникає оргазм, то до використання лубриканта вдаються надзвичайно рідко.

Стимуляція клітора партнером почалася, коли їй було 20 років, але до початку сексуальних стосунків із чоловіком оргазм ніколи не наставав. Через 1 міс спільного життя почала отримувати кліторальний оргазм.

Після народження першої дитини користувалася спіраллю, і тоді були рясні та болючі місячні, хоча дискомфорту від використання спіралі не було.

Друга вагітність і другі пологи до жодних змін у сексуальному плані не призвели. Після народження другої дитини для контрацепції використовують перерваний статевий акт, оскільки вона боїться встановлювати спіраль. Їй подобається обійматися, цілуватися, що свідчить про збереження еротичного лібідо, але бажання здійснити власне статевий акт у неї відсутнє. Позашлюбних статевих зв'язків у неї немає. Чоловік їй не зраджує.

Для сексуальної активізації застосовувала «шпанські мушки» (жодного ефекту) і «ще якісь таблетки» (слабкий ефект).

**Мастурбація** з 14 років. **Перший оргазм** виник у 14 років під час мастурбації. Техніка мастурбації – стимуляція клітора пальцями руки. Мастурбувала тричі на тиждень. Припинила мастурбувати, коли почала жити з чоловіком (він задовольняв її повністю, і потреба в мастурбації відпала).

**Еротичні сновидіння** бачить рідко, приблизно 1 раз на півроку. Здебільшого сниться секс із чоловіком. «Можливо, коли-небудь під час еротичних сновидінь і виник один раз оргазм, але я не впевнена».

**Сексуальні психотравми.** Коли їй було 7 років, то 16-річний хлопець приставив член до її обличчя, але поруч проходив чоловік, якого вона попросила допомогти, і хлопець утік. Цей випадок не став для неї психотравмою.

**Статеве виховання.** На тему сексу з батьками не спілкувалася. Сексуально-репресивного виховання не було.

**Менструація** з 11–12 років, одразу була регулярна. Місячний цикл раніше був 24 дні, а в останні півроку став 31 день. Тривалість менструації 6 днів. У перші 3 дні виділяється середня кількість крові, у другій половині – невелика. Взимку сезонно місячні могли змінюватися за тривалістю. Інші чинники такої дії не мають.

Шкідливих звичок не має. Гінекологічно здорова. Зараз двічі на день (в обідній і нічний сон дитини) годує доньку грудьми. Хронічних захворювань немає (практично здорова).

**Об'єктивно:** зріст 165–166 см, маса тіла 57 кг; груди – розмір бюстгальтера 2,5–3. Гіпертрихозів немає. Жіночі пропорції тіла. Артеріальний тиск у межах норми.

**Обговорення та діагностичне заключення.** Сексуальні проблеми виникли у пацієнтки на 5–6-у місяці першої вагітності, з якою ми і пов'язали виникнення двох вищезазначених сексуальних дисфункцій. Це не дивно, тому що дослідження сексуального здоров'я жінок протягом усієї вагітності виявили тенденцію до зниження у них, а також у їхніх партнерів сексуального бажання [8]. Це, зокрема, пов'язують із гормональними змінами в жіночому організмі (підвищення рівня прогестерону і пролактину в крові). Називаються й інші можливі чинники, що можуть зумовлювати зниження статевого потягу у вагітних (токсикоз; можливість загрози переривання вагітності; анемії; інші акушерські стани, які негативно позначаються як на загальному самопочутті, так і на сексуальній функції жінок). Також зазначають, що 38,7% жінок і 36,2% їхніх партнерів-чоловіків стурбовані тим, що статевий акт може завдати шкоди вагітності [9].

Відомо, що частота сексуальних дисфункцій у вагітних досягає свого піку у III триместрі вагітності (достовірно зниження показників сексуального бажання, збудження, лубрикації, збільшення проблем у досягненні оргазму, сатисфакції та вираженості диспареунії). Це пов'язують із гормональною перебудовою, психологічним напруженням і налаштованістю на підготовку до майбутніх пологів, а також з накопиченою хронічною втомою, що зменшує, а часом пригнічує інтерес до можливих сексуальних стосунків [10].

Результати одного дослідження свідчать про те, що відсоток жінок із ризиком виникнення сексуальної дисфункції становив 65% у I триместрі вагітності і 81,11% – у III триместрі [11]. Було виявлено значний зв'язок між зниженням частоти статевих актів і триместрами вагітності. Так, про зниження частоти статевих актів повідомили 58,3%, 66,1% і 76,5% жінок у I, II і III триместрах вагітності відповідно [12].

Водночас є відомості, що у II триместрі вагітності порівняно з I триместром можливе посилення сексуальної активності жінок, що зумовлено психологічною адаптацією до фізіологічних змін в організмі (зникнення занепокоєності щодо можливих ризиків переривання вагітності; зменшення ознак токсикозу першої половини вагітності; покращення кровопостачання статевих органів, що сприяє посиленню лубрикації; усунення диспареунії, яка інколи спостерігається у жінок у перший період вагітності) [13].

Отже, виникнення сексуальної проблеми у пацієнтки пов'язано з першою вагітністю. Проте після пологів жод-

них змін у її сексуальній сфері не відбулося. У зв'язку з відсутністю явних соматичних причин порушення сексуальної функції, а також ефективністю гіпносугестивної терапії (остаточне діагностичне заключення робилося з урахуванням результатів лікування), ми дійшли висновку, що її сексуальні порушення є наслідком існуючих інерційних змін в організмі, що законсервували сексуальні дисфункції, які від самого початку були зумовлені факторами, пов'язаними з вагітністю.

Була сформована програма (стереотип) сексуального реагування, існування якої зберігалася протягом тривалого часу, хоча вплив чинників, пов'язаних із першою вагітністю, був відсутній.

У клінічній сексології існує такий діагноз, як «Урогенітальні сексологічні розлади, що ускладнилися стійким порушенням механізмів нервової регуляції». У цих випадках йдеться про персистування функціональних сексологічних проявів (переважно передчасної/ранньої еякуляції, рідше – поєданого ослаблення спонтанних і адекватних ерекцій), незважаючи на явні ознаки санації передміхурової залози, які виявляють ректальне пальпаторне дослідження та лабораторні методи [14].

**Рекомендації.** Оскільки гіпносугестивна терапія, яку ми використовували раніше для лікування гіпоактивного статевого потягу і розладу лубрикації [15], була ефективною, то було ухвалено рішення про її застосування.

**21.07.2014 р. Проведено перший сеанс гіпносугестивної терапії,** спрямований на посилення статевого потягу (програмування): «Структури головного мозку, відповідальні за вираженість статевого потягу, активуються, тонізуються, стимулюються, збуджуються. ... Тому відтепер у вас виражений, сильний статевий потяг, який спонукає до пестощів, поцілунків і здійснення статевого акту».

**26.07.2014 р.** Після першого сеансу гіпнозу відразу ж відновилося сексуальне лібідо, була ініціатором двох статевих актів – 21 і 22 липня. З часу виникнення розладу і до цього сеансу ніколи не ініціювала статевих актів. Перший раз після пестощів і поцілунків лубрикації не було, але потім під час кунілінгусу вона виникла, і жінка отримала оргазм. Після цього було проведено вагінальний статевий акт. Другий статевий акт наступного дня пацієнтка теж ініціювала за наявності сексуального лібідо, але після пестощів і поцілунків, так само, як і в перший раз, піхва залишалася сухою. Потім під час кунілінгусу виникло її зволоження і настав оргазм, а після цього відбувся вагінальний статевий акт. Через менструацію 23, 24 і 25 липня статевих актів не було.

Отже, вже після першого сеансу гіпнозу у пацієнтки відновилося сексуальне лібідо та з'явилася сексуальна ініціатива, однак привертає увагу відсутність лубрикації під час пестощів і поцілунків. Раніше (до появи розладу) вона з'являлася ще до прелюдії. Зволоження піхви, яке виникло під час кунілінгусу, що завершився оргазмом, одразу не зникає. Зберігається сильне сексуальне збудження, і якби стимуляція зовнішньої частини клітора тривала, то, на її думку, повторно б виник оргазм, але через більш тривалий інтервал часу. Однак повторно кунілінгус не проводиться, відбувається вагінальний статевий акт, який здійснюється за умови збереженої лубрикації.

Зазначає, що після першого сеансу гіпнозу місячний цикл з 31 дня зменшився до 24 днів. До цього протягом 5–6 міс його тривалість становила 31 день, а перед цим весь час була 24 дні.

**26.07.2014 р. Проведено другий сеанс гіпносугестивної терапії.** Робилися навіювання, спрямовані на активізацію статевого потягу, виникнення спонтанних спалахів сексуального бажання, що роблять її ініціатором зближення, виникнення під час пестощів і поцілунків приємних, хтивих відчуттів, занурення і розчинення в них, зволоження піхви.

**29.07.2014 р.** Після другого сеансу гіпнозу був один сексуальний контакт. До позитивних змін, які виникли після першого сеансу гіпнозу, додалися такі. Був сильний оргазм, після якого близько 2 год жінка відчувала сильне статеве збудження. Зазначає, що під час пестощів і поцілунків переживає приємні, хтиві відчуття, виникає бажання здійснити статевий акт, є надходження крові до статевих органів, але зволоження піхви не настає, «можливо, воно і є, але явно недостатнє».

**29.07.2014 р. Проведено третій сеанс гіпносугестивної терапії.** Навіювання були спрямовані на активізацію, стимуляцію, збудження структур головного мозку, відповідальних за вираженість статевого потягу, що обумовлює сильне сексуальне збудження, а його спонтанні сплески роблять її ініціатором статевих контактів. Також навіювалося, що чоловік для неї – потужний сексуальний стимул. Потім програмувалося виникнення під час пестощів і поцілунків приємних, хтивих відчуттів, «занурення» і «розчинення» в них із подальшим поширенням цих відчуттів і сексуального збудження, що їх супроводжує, з місць, залучених до пестощів і поцілунків, на весь організм. Навіювали, що це викликає виражене надходження крові до судин, що оточують піхву, та її зволоження, зумовлене пропотіванням у неї рідкої частини (плазми) крові.

Було проведено моделювання нормального перебігу статевого акту, починаючи з прелюдії, під час якої виникає виражене надходження крові до піхви та її зволоження. Після цього чоловік вводить член у піхву, і вона зазнає приємні відчуття під час фрикцій. Сенс моделювання статевого акту полягав у тому, що в гіпнотичному стані пацієнтка бачила себе такою, що здійснює його (набуття позитивного, хоча й уявного, сексуального досвіду).

**01.08.2014 р.** Зазначає, що під час третього сеансу гіпнозу було відчуття вологості у піхві, а коли прийшла додому, то виявилось, що в ній багато змазки. Це було наслідком навіювання в гіпнозі. За час, який пройшов після проведеного гіпнотичного сеансу, було три інтимні контакти. Під час прелюдії була достатня кількість лубрику для проведення статевого акту, але менша, ніж до виникнення розладу. Структура першого інтимного контакту – один вагінальний статевий акт + кунілінгус, другого – два вагінальні статеві акти + кунілінгус, третього – один вагінальний статевий акт + кунілінгус + анальний контакт. Пацієнтка зазначає, що чотири роки тому вони з чоловіком почали практикувати анальний секс.

Раніше пацієнтка повідомила мене, що вагінального оргазму в неї немає, а зараз на запитання з цієї теми відповідає, що їй приємні глибокі поштовхи члена у піхві, і тоді в неї виникають якісь скорочення м'язів статевих органів, але розрядки немає. Зазначає, що, можливо, це і є оргазм, але вона «точно не знає, однак кліторальний оргазм набагато сильніший, і він точно є».

**01.08.2014 р. Проведено четвертий сеанс гіпносугестивної терапії.** Навіювали посилення статевого потягу (активізація, тонізація, збудження структур головного мозку, відповідальних за вираженість статевого потягу), що призводить до спонтанних спалахів сексуального бажання і робить її ініціатором статевих зносин. Також проводили навіювання, що чоловік пацієнтки (його зовнішність, спілкування з ним) є для неї вираженим сексуальним стимулом. Крім цього, робили навіювання, спрямовані на посилення приємних, хтивих відчуттів під час пестощів і поцілунків, що супроводжуються сексуальним збудженням, яке приводить до надходження крові до статевих органів і зволоженню піхви («кров наповнює судини навколо піхви, плазма крові пропотіває в піхву і зволожує її»).

Водночас здійснювалися навіювання, спрямовані на переживання приємних, хтивих відчуттів під час вагінального коїтусу, що поєднуються з сексуальним збудженням, а також на еротизацію анальної зони. Остання проводилася на прохання пацієнтки, оскільки вона хоче зазнавати приємні відчуття під час анального сексу (чоловікові він подобається).

Було проведено моделювання інтимної близькості в гіпнозі: пестощі й поцілунки, приємні відчуття, сексуальне збудження, що приводить до лубрикації, достатньої для проведення статевого акту (все це реалізувалося під час гіпнозу); після цього моделювали вагінальний коїтус (були приємні відчуття і збудження).

**05.08.2014 р.** Результати після четвертого сеансу гіпнозу свідчать, що з лубрикацією взагалі було все гаразд: під час пестощів і поцілунків виділяється велика кількість змазки. Зараз лише за наявності сексуального бажання виникає лубрикація. Сексуальне лібідо виражене повною мірою. Під час анального сексу не був використаний лубрикант, і тому було неприємно (під час уведення статевого члена виник спазм анального сфінктера). Після попереднього відвідування щодня були сексуальні контакти. Структура сексуальних контактів була така: кунілінгус, який призводив до виникнення у неї оргазму, + два вагінальних статевих акти, внаслідок чого чоловік «кинчав», а вона ні.

**05.08.2014 р. Проведено п'ятий сеанс гіпносугестивної терапії.** Проводилися навіювання, спрямовані на посилення сексуального бажання загалом і до чоловіка зокрема, що проявлятиметься спонтанно виникаючим бажанням та ініціацією статевих актів з її боку. Потім програмували, що під час пестощів і поцілунків в неї виникають приємні, хтиві відчуття, в які вона занурюється і в яких розчиняється, що супроводжується сексуальним збудженням. Збудження приводить до надходження крові до статевих органів, у судини, що оточують піхву, і з цих судин рідка частина крові

надходить у піхву через її стінки, що потім забезпечує комфортне проведення вагінального статевого акту.

Навіювалося, що під час фрикцій члена в піхві в неї виникатимуть приємні, хтиві відчуття, які супроводжуватимуться сексуальним збудженням. Потім сугестувалося, що з місць, залучених до пестоців і поцілунків, приємні відчуття разом зі збудженням поширюються на весь організм, охоплюючи його повністю. Також навіювалося, що ерогенні зони піхви «прокидаються», і нервові закінчення піхви стають високочутливими, сприйнятливими для фрикцій. Сугестія також була спрямована на еротизацію анальної зони.

Потім було проведено моделювання сексуального контакту: пестоців і поцілунків попереднього періоду (з виникаючою при цьому гарною лубрикацією) і самого статевого акту з приємними відчуттями під час фрикцій і з сексуальним збудженням, яке постійно наростає та охоплює весь організм. Усе це вона відчувала. Отже, цей гіпнотичний сеанс включав як програмування, так і моделювання.

**Результати терапії та їх обговорення.** Проведене лікування сприяло усуненню сексуальних проблем. Здійснювалося гіпносугестивне програмування і гіпносугестивне моделювання. Аналіз історії лікування свідчить про те, що якщо до його початку у пацієнтки

не було сексуального лібідо, то в результаті проведеної гіпнотерапії воно почало виникати ще до статевого акту, і, отже, вона стала ініціатором сексуальних контактів уже після першого сеансу гіпнозу.

До початку лікування лубрикація під час пестоців і поцілунків у неї не виникала, а з'являлася лише під час кунілінгусу. Під час проведення третього сеансу гіпнозу (програмування) у пацієнтки було відчуття вологості у піхві, а коли вона прийшла додому, то виявилось, що в піхві було багато лубрику. Після третього сеансу гіпнозу під час пестоців і поцілунків була достатня кількість змазки для проведення статевого акту, але менша, ніж до виникнення розладу. Після четвертого сеансу гіпнозу з лубрикацією взагалі було все гаразд: змазка виділялася під час прелюдії у великій кількості. Більше того, тепер лубрикація стала виникати за наявності сексуального бажання навіть до пестоців і поцілунків.

Зазначає, що чоловік дуже задоволений результатами лікування. Навіть змінилася його поведінка. Намагається більше часу проводити з нею і частіше її обнімати.

10.08.2014 р. відбулася телефонна розмова. Пацієнтка повідомила, що якщо раніше вона боялася, що може бути боляче під час анального сексу, то тепер таких побоювань немає. Більше того, при цьому вона зазнає приємні відчуття (у гіпнозі, як зазначалося раніше, спеціально проводили відповідні навіювання).

#### Відомості про автора

**Кочарян Гарнік Суменович** – 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

- Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual Dysfunction in the United States. *JAMA*. 1999;281(6):537-44. doi: 10.1001/jama.281.6.537.
- 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.
- Laumann EO, Gagnon JH, Michael RT, Michaels S. *The Social Organization of Sexuality: Sexual Practices in the United States*. Chicago: University of Chicago Press; 1994.
- Kocharyan GS, Kocharian AS. *Psychotherapy sexual disorders and marital conflicts*. Moscow: Medicine; 1994. 224 p.
- Kocharyan GS. Anxious sexual failure expectation syndrome in males and its treatment. *Kh.: Osnova*, 1995. 279 p.
- Kocharyan GS. Hypnosuggestive therapy in the sexological practice: models of intervention. *Health Man*. 2013;452:84-91.
- Kocharyan GS. Correction of Homosexual Desire in a Male Adolescent. A Case from Clinical Practice. *Addiction Res Adolescent Behav*. 2022;5(4). doi: 10.31579/2688-7517/053.
- Aslan G, Aslan D, Kizilyar A, Ispahi C, Esen A. A prospective analysis of sexual functions during pregnancy. *Int J Impot Res*. 2005;17(2):154-7. doi: 10.1038/sj.ijir.3901288.
- Corbacioglu Esmer A, Akca A, Akbayir O, Goksedef BP, Bakir VL. Female sexual function and associated factors during pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res*. 2013;39(6):1165-72. doi: 10.1111/jog.12048.
- Leite AP, Campos AA, Dias AR, Amed AM, De Souza E, Camano L. Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. *Rev Assoc Med Bras* (1992). 2009;55(5):563-8. doi: 10.1590/s0104-42302009000500020.
- Del Río Olvera FJ, Sánchez-Sandoval Y, García-Rojas AD, Rodríguez-Vargas S, Ruiz-Ruiz J. The Prevalence of the Risk of Sexual Dysfunction in the First and Third Trimesters of Pregnancy in a Sample of Spanish Women. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20(5):3955. doi: 10.3390/ijerph20053955.
- Corbacioglu EA, Akca A, Akbayir O, Goksedef BP, Bakir VL. Female sexual function and associated factors during pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res*. 2013;39(6):1165-72. doi: 10.1111/jog.12048.
- Malarewicz A, Szymkiewicz J, Rogala J. Sexuality of pregnant women. *Ginekol Pol*. 2006;77(9):733-9.
- Vasilchenko GS. Urogenital sexological disorders complicated by persistent violation of nervous regulation mechanisms (a secondary pathogenetic form of premature ejaculation). *Special sexopathology: a guide for physicians*. Ed. by G.S. Vasilchenko. Vol. 2. Moscow: Medicine; 1983. 267-72 p.
- Kocharyan GS. Hypnosuggestive therapy of psychogenic lubrication disorder associated with psychogenic orgasm disorder. *Bulletin of the Kharkov State University. Series "Psychology, political science"*. 1999;(439):226-9.

*Стаття надійшла до редакції 15.05.2023. – Дата першого рішення 19.05.2023. – Стаття подана до друку 23.06.2023*