

Гіпносугестивна терапія, аутогенне тренування та психодинамічна терапія в корекції гіпоактивного статевого потягу

Г. С. Кочарян

Навчально-науковий інститут післядипломної освіти Харківського національного медичного університету

У статті наводяться деякі загальні відомості про гіпносугестивну терапію, виокремлені автором моделі терапевтичних інтервенцій у гіпнотичному стані: гіпносугестивне програмування і моделювання, гіпнокатарсис, переміщення за шкалою часу (вікова регресія, регресивний гіпноз, вікова прогресія). Наводяться власні дані автора і його рекомендації щодо застосування гіпносугестивної терапії для корекції гіпоактивного статевого потягу, а також досвід у цій галузі інших фахівців. Повідомляється, що для корекції такого потягу можуть використовуватися підходи перелічених вище моделей гіпносугестивної терапії.

Також наводяться різні рекомендації щодо застосування аутогенного тренування для корекції ослабленого статевого потягу, включно з використанням запропонованого автором прискореного варіанту аутогенного тренування для лікування сексуальних розладів. Крім того, дається характеристика фокусної (фокальної) психодинамічної терапії та можливість її використання для корекції гіпоактивного статевого потягу. Цей метод терапії також називають короткою (короткостроковою) психодинамічною терапією. У рамках цієї терапії, що належить до психоаналітичного напрямку, під фокусом розуміють конкретну проблему, на якій зосереджуватимуться зусилля і увага як пацієнта, так і терапевта під час сесій. Ця терапія спрямована не на перебудову особистості пацієнта загалом, а на розв'язання однієї проблеми або обмеженого їх числа, від якої(их) страждає пацієнт, за короткий проміжок часу. Також повідомляється про можливість використання для корекції ослабленого статевого потягу «розширеної» психодинамічної терапії, яка охоплює великий часовий проміжок.

Ключові слова: гіпоактивний статевоий потяг, гіпносугестивна терапія, аутогенне тренування, фокальна та «розгорнута» психодинамічна терапія.

Hypnosuggestive therapy, autogenic training and psychodynamic therapy in the correction of hypoactive sexual desire

G. S. Kocharyan

The article provides some general information about hypnosuggestive therapy, the author's highlighted models of therapeutic interventions in the hypnotic state: hypnosuggestive programming and modeling, hypnocatharsis, movement on the time scale (age regression, regressive hypnosis, age progression). The author's own data and his recommendations on the use of hypnosuggestive therapy for the correction of hypoactive sexual desire, as well as the experience of other specialists in this field, are presented. It is reported that the approaches of the hypnosuggestive therapy models listed above can be used to correct such a craving.

Various recommendations on the use of autogenic training for the correction of weakened sexual desire are also given, including the use of the accelerated version of autogenic training proposed by the author for the treatment of sexual disorders. A characterization of focal psychodynamic therapy and the possibility of using it to correct hypoactive sexual desire is also given. This method of therapy is also referred to as brief (short-term) psychodynamic therapy. Within this therapy, which belongs to the psychoanalytic direction, the focus is understood as a specific problem on which the efforts and attention of both the patient and the therapist are concentrated during the sessions. This therapy is not aimed at restructuring the patient's personality as a whole, but at solving one problem or a limited their numbers that the patient suffers from in a short period of time. The possibility of using "extended" psychodynamic therapy, covering a large time period, for the correction of weakened sexual desire is also discussed.

Keywords: hypoactive sexual desire, hypnosuggestive therapy, autogenic training, focal and "extended" psychodynamic therapy.

Серед методів психотерапії, які використовуються для корекції гіпоактивного статевого потягу, слід назвати гіпносугестивну терапію, аутогенне тренування та психодинамічну терапію (фокусну і «розгорнуту»).

Деякі загальні відомості про гіпносугестивну терапію

Гіпноз як метод впливу на психіку людини відомий з незапам'ятних часів. Існують такі терміни-синоніми, які використовують для позначення цього феномену: «гіпноз» (у перекладі з грецької – сон; термін запропонований Джеймсом Бредом у 1843 р.), «гіпнотерапія», «гіпносугестивна терапія», «брідизм» (останній похо-

дить від імені вищезгаданого Бреда, з яким пов'язують початок наукового етапу в розвитку уявлення про гіпноз). Термін «брідизм» нині практично не використовується. Серед інших термінів перевагу слід віддати терміну «гіпносугестивна терапія», оскільки він означає, що людина перебуває не тільки в гіпнозі як особливому стані психіки (гіпноз), і не тільки те, що цей стан сам по собі здатний чинити терапевтичну дію (гіпнотерапія), а й те, що, перебуваючи в даному стані, який має терапевтичний потенціал, людині роблять навіювання, спрямовані на досягнення того чи іншого лікувального ефекту [1].

Гіпносугестивна терапія була і залишається ефективним методом лікування. Спроби применшення її переваг, оголосивши суто симптоматичним методом лікування, або навіть, більше того, дискредитувати, назвавши небезпечною для здоров'я людини, тому що стани, що виникають під час неї, схожі з істеричними розладами, зазнали фіаско. Рекомендації використовувати тільки першу, найбільш поверхневу стадію гіпнозу, вважаючи глибші його стадії шкідливими для організму, також виявилися необгрунтованими.

Гіпносугестивна терапія широко використовувалася і використовується зокрема для лікування різних сексуальних розладів, особливо в тих випадках, коли йдеться про психогенні їхні форми [2]. Новий поштовх до зміцнення позицій, розширення можливостей і підвищення популярності гіпносугестивної терапії пов'язані з ім'ям американського психотерапевта Мілтона Еріксона, який розвинув так звану недирективну гіпнотерапію [3].

Моделі терапевтичних інтервенцій у гіпнотичному стані

Ми виділяємо такі моделі проведення терапії в гіпнотичному стані [1, 2]:

Гіпносугестивне програмування (ГСП). Пацієнту, що перебуває в гіпнотичному стані, робляться навіювання, які програмують нормальний перебіг того чи іншого поведінкового акту, нормальне самопочуття, що виключає наявність патологічної симптоматики та обмежувальних форм поведінки. ГСП зокрема застосовують при різних здебільшого психогенних сексуальних дисфункціях у чоловіків і жінок, а також при розладах сексуальної переваги (парафіліях). Слід розрізняти директивне і недирективне ГСП.

Гіпносугестивне моделювання. Цей метод лікування полягає у формуванні у пацієнтів тих психофізіологічних реакцій, які зазвичай виникають при повноцінному природному перебігу статевого акту. Він складніший за гіпносугестивне програмування і потребує знань із психофізіології статевого акту та докладного ознайомлення з особливостями реакцій людини під час статевих зносин до початку захворювання. Лікування проводиться у формі індивідуальних сеансів, зазвичай триваліших, ніж при ГСП. Крім цього, під час проведення моделювання лікар стикається і з труднощами етичного порядку.

Гіпнокатарсис. Метод розроблено Й. Брейером (під назвою «катарсис») наприкінці XIX ст. За його допомогою вдавалося усувати симптоми таким чином. Хворого в стані гіпнозу змушували перенестися в ту ситуацію, у якій у нього вперше з'явився хворобливий симптом. При цьому у пацієнта виникали спогади, думки та імпульси, що випали до цього з його свідомості. Коли хворий під час появи афекту повідомляв лікарю про ці душевні переживання, то симптом ліквідувався безповоротно.

Й. Брейер і З. Фрейд пояснили цей факт тим, що симптом являє собою ніби заміну пригнічених психічних процесів, які не досягли свідомості, тобто є результатом їх перетворення (конверсії). Терапевтичний вплив цього методу зазначені автори пояснили зживанням ущемленого афекту, пов'язаного з пригніченими душевними актами («відреагування»).

Г. Кочарян гіпнокатартичний метод і його терапевтичний механізм описує так: «Пацієнта в гіпнотичному стані проводять через раніше пережиту ним травмуючу ситуацію (повінь, землетрус, пожежа, згвалтування тощо). В основі терапевтичного ефекту лежить, як передбачається, звільнення від патогенної невідрагованої енергії, що живить невротичні симптоми» [1].

Переміщення за шкалою часу

Регресія

Вікова регресія полягає в тому, що пацієнт бачить себе в більш ранньому віці аж до самого раннього дитинства. При цьому можуть бути виявлені причини, які лежать в основі наявних нині проблем і розладів, що є суттєвою допомогою як для діагностики, так і для побудови адекватної терапевтичної програми. Крім того, саме собою усвідомлення причини проблемного або хворобливого стану може мати потужний саногенний ефект.

Регресивний гіпноз. Регресивний гіпноз застосовують у медицині, зокрема для лікування низки неспіхотичних психічних розладів. Він базується на концепції реінкарнації (повторного народження), яка є одним із базових положень у низці релігій і філософських систем. До регресивного гіпнозу рекомендують вдаватися зокрема в тому разі, коли не вдається знайти причини, що пояснюють походження наявних захворювань і проблем у «нинішньому втіленні». З наукової точки зору для пояснення терапевтичного ефекту регресивного гіпнозу корисним може бути уявлення, згідно з яким психіка людини, зануреної під гіпнозом у «попередні життя», створює сюжети-метафори. Переживши події, що відбуваються в цих сюжетах, і опрацювавши їх, пацієнт вирішує проблеми, що лежать, наприклад, в основі його психічних розладів. Цю терапію можна використовувати і для корекції сексуальних проблем.

Вікова прогресія. Пацієнта, який перебуває в трансі, просять зазирнути в майбутнє, що може мати позитивний ефект. Так, людину, яка зловживає алкоголем, у якій є спричинений цим сексуальний розлад, можна попросити уявити, що трапиться з її потенцією, якщо вона буде продовжувати себе так вести протягом наступних десяти років. Потім їй пропонують уявити, що станеться, якщо вона, навпаки, протягом наступних десяти років не буде зловживати алкоголем. Вікова прогресія може зміцнити рішучість пацієнтів відмовитися від цього зловживання.

Гіпносугестивна терапія в корекції гіпоактивного статевого потягу

Гіпносугестивну терапію застосовують для корекції різноманітних сексуальних дисфункцій [1, 2, 4–25], включно з гіпоактивним статевим потягом, і спрямованості статевого потягу [26–34].

Для корекції гіпоактивного статевого потягу можуть використовуватися підходи різних моделей гіпносугестивної терапії.

Так, під час гіпносугестивного програмування я використовую такі формули навіювання, які спрямовані на:

- 1) активізацію структур головного мозку, відповідальних за вираженість статевого потягу;
- 2) збільшення сексуальної привабливості партнера/партнерки: «Структури головного мозку, відповідальні за

вираженість статевого потягу, активуються, тонізуються, стимулюються, збуджуються. ... Тож відтепер у вас виражений, сильний, напористий статевий потяг, який спонукає до пестощів і поцілунків, а також до здійснення статевого акту. ... Зовнішність чоловіка, його голос, спілкування з ним викликають бажання обійняти і поцілувати його, яке швидко переходить у бажання здійснити з ним статевий акт. ... Чоловік для вас – сильний сексуальний стимул, сильний сексуальний збудник. ... У його присутності у вас виникає сексуальний потяг, який супроводжується сексуальним збудженням, бажанням пестощів і поцілунків, яке швидко переходить у бажання здійснити з ним статевий акт. ... Пестощі і поцілунки чоловіка будуть вам приємні й викликатимуть у вас сексуальне бажання та збудження».

Природно, що коли сугестія проводиться чоловікові, то використовують навіювання з необхідними змінами, зумовленими статевою приналежністю пацієнта.

Під час програмування в гіпнотичному стані я також додатково застосовую у пацієнок/пацієнтів із гіпоактивним статевим потягом навіювання, спрямовані на виникнення під час пестощів і поцілунків приємних, хтивих відчуттів, «занурення» та «розчинення» в них із подальшим поширенням цих відчуттів і сексуального збудження, яке їх супроводжує, із місць, залучених до пестощів і поцілунків, на весь організм. Жінкам я навіюю, що це викликає виражений приплив крові до судин, що оточують піхву, та її зволоження, зумовлене пропотіванням у неї рідкої частини (плазми) крові. Чоловікам я навіюю, що виражене сексуальне збудження приводить до ерекції статевого члена, і він стає великим і твердим, і пацієнт легко вводить його в піхву.

Також при цьому порушенні я проводжу моделювання нормального перебігу статевого акту. Це полягає в тому, що в гіпнотичному стані пацієнт/пацієнтка бачать себе такими, що здійснюють його (набуття позитивного, хоча й уявного, сексуального досвіду). При моделюванні статевого акту я спочатку навіюю пацієнтку/пацієнта, що він/вона знаходиться в кімнаті, де крім сексуальної пари більше нікого немає. У цій кімнаті є стіл, диван/ліжка, стільці. На столі чай, кава, закуски. Партнери п'ють чай/каву, закусують, розмовляють. Поступово у пацієнта/пацієнтки виникає бажання обійняти та поцілувати партнерку/партнера, що реалізується. Поступово ласки і поцілунки стають все більш відвертими, оскільки партнери поступово допомагають роздягнути один одного. Сексуальне збудження, що посилюється, приводить до того, що у пацієнта виникає сильна ерекція, і він вводить статевий член у піхву, а потім починаються фрикції. У пацієнтки ж це збудження приводить до вираженої лубрикації, після чого чоловік вводить статевий член у піхву і робить фрикції. При моделюванні статевого акту використовуються два варіанти. При першому варіанті пацієнт/пацієнтка бачать себе з боку, при другому – інкорпорується у своє тіло. Другий варіант має більш глибокий вплив.

Наприкінці моделювання нашаровується сугестія, яка програмує, що в реальному житті з реальним партнером/партнеркою все відбуватиметься в повній відповідності до того, що пацієнт/пацієнтка побачили і пережили під час модельованого статевого акту, і закріплюємо цю здорову програму, рахуючи до п'яти.

Вікова регресія проводиться в тих випадках, коли ми намагаємося виявити можливі причини виникнення гіпоактивного статевого потягу в якомусь віковому періоді, що передує нинішньому. Тоді, зануривши пацієнта/пацієнтку в гіпнотичний стан, я прошу, щоб вони побачили себе у віці, що поступово знижується, аж до періоду, коли виявиться (якщо таке станеться) психогенний фактор, що призвів до виникнення існуючого порушення (якщо такий існував).

У випадках, коли до виникнення гіпоактивного сексуального потягу та інших сексуальних дисфункцій призвів психотравмувальний вплив значної сили (наприклад, згвалтування), може виникнути потреба в проведенні гіпнокатарсису. Зазвичай у таких випадках ідеться про кілька сеансів.

Приклади застосування гіпносугестивної корекції гіпоактивного статевого потягу з моєї клінічної практики. Пацієнтка О., 32 роки, одружена 14 років. Звернулася по допомогу 29.10.2015 р. Чоловікові 36 років. У них двоє дітей. Живуть у 3-кімнатній квартирі. Скаржиться на «відсутність» лібідю протягом 8 років, що поєднується з 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 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 виключно з ініціативи чоловіка, тому що в нього сексуальна потреба набагато більша, ніж у неї. Крім того, у неї мають місце розлади сну.

Статевий потяг почав слабшати в 2004 р. після третього абортів (тобто 11 років тому). У перші роки життя у шлюбні потреби у сексуальних контактах виникала практично щодня. З 2002 до 2007 р. її зробили більше 8 абортів. Тоді щоразу при інтимній близькості з чоловіком виникало побоювання, що в результаті доведеться робити аборт. З 2007 р. по сьогодні захищаються від небажаної вагітності за допомогою презервативів. При з'ясуванні причин зниження сексуального потягу пацієнтка пов'язала це з її віком, а також з тим, що довго живе з чоловіком, і це могло знизити її інтерес до нього.

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.

План корекції:

1) посилення статевого потягу пацієнтки за допомогою гіпносугестивної терапії;

2) роз'яснення чоловікові пацієнтки, що навіть у здорових сексуальних партнерів може бути вкрай різна потреба в сексуальній активності.

Також слід було за допомогою гіпнозу покращити сон пацієнтки. Проведено 10 сеансів гіпносугестії.

Результати: статевий потяг виникає 2–3 рази на тиждень (перед початком корекції виникав 1 раз на 2 тиж). Нівелювалася сексуальна аверсія і повністю

нормалізувався сон. Через 7,5 року після закінчення корекції проведено контрольне опитування. Пацієнтка повідомила, що в них із чоловіком у сексуальному плані все гаразд. Вони пристосувалися один до одного [35].

Наступне моє клінічне спостереження. Пацієнтка Ч., 30 років, заміжня. Має 2 доньок віком 2 та 7 років. 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 у пацієнтки повне збереження еротичного лібідю. 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». Жінку 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 зник на 5–6 міс першої вагітності. Через 1,5 міс після перших пологів відновила статеве життя. Відтоді, окрім відсутності спонтанно виникаючого бажання здійснити статевий акт, також виявилася загальмованість у виникненні лубрикації 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 порушення сексуальної функції, а також ефективністю гіпноугестивної терапії (остаточний діагностичний висновок робився з урахуванням результатів лікування) ми дійшли висновку, що її сексуальні порушення 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 5 сеансів гіпноугестивної терапії (програмування, моделювання). Отримані результати свідчили про повне усунення сексуальних проблем. Якщо до початку лікування у пацієнтки сексуальне лібідю не виникало навіть під час прелюдії, то в його результаті воно почало з'являтися ще до пестощів і поцілунків, і вона стала частим ініціатором сексуальних контактів. Це сталося відразу ж після першого сеансу гіпнозу. До початку лікування лубрикація не виникала у пацієнтки в попередній період, а з'являлася тільки під час кунілінгусу. При проведенні 3-го сеансу гіпнозу у пацієнтки було відчуття вологості у піхві, а коли вона прийшла додому, то виявилася, що в піхві було багато лубрику. Після цього сеансу під час пестощів і поцілунків була достатня його кількість для проведення статевого акту, але менша, ніж до розвитку розладу. Після 4-го сеансу гіпнотерапії під час пестощів і поцілунків почала виділятися велика кількість змазки. Більше того, лубрикація за наявності сексуального бажання стала виникати ще до пестощів і поцілунків [36].

Ivan Bakich [37] наводить таке клінічне спостереження. Пані К. і пан К. звернулися до нього після тривалого попереднього періоду безуспішної терапії. Пані К. скаржилася на свою незацікавленість у сексі та незадоволеність чоловіка їхнім сексуальним життям. У зв'язку з цим їхній шлюб зазнавав значного стресу. Пані К. повідомила, що відвідувала різних медичних спеціалістів і проходила гормональне лікування, щоб стимулювати своє сексуальне бажання. Внаслідок гормонального лікування в неї виник надлишковий ріст волосся на обличчі та руках. Подружжя повідомило, що їхній шлюб був нормальним, у них троє дітей-підлітків віком 11, 13 і 16 років, які навчаються у школі. Пан К. скаржився на відсутність сексуальної реакції з боку своєї дружини і, судячи з усього, був засмучений цим. Щойно він клав руку їй на ногу або між ніг, вона «завмирала».

Цитований автор зустрівся з цією парою спільно та індивідуально з кожним її членом протягом шести сесій. В анамнезі пані К. була обмежена сексуальна освіта та емоційно відсторонені батьки. Вона дотримувалася суворих релігійних цінностей, і секс ніколи не обговорювався в її будинку. Її чоловік був її «першим чоловіком і першим коханням». На момент початку терапії вони прожили в шлюбі 17 років.

Пані К. повідомила про повну відсутність сексуальної мотивації протягом останніх п'яти років. Вона довго розповідала про попередні сеанси секс-терапії, які, на її думку, були марною тратою часу і грошей. Змін не відбулося, і вона припинила терапію. Жодних змін не відбулося і за останні п'ять років. Вона вирішила спробувати полікуватися ще раз, оскільки йшлося про подружні проблеми. К. повідомила, що відчуває флешбеки, коли її чоловік намагається доторкнутися до неї між ніг. Вона не знала чому, проте повідомила, що під час цих спогадів бачила «волохату руку» та кисть. У її чоловіка на руках було дуже мало волосся або воно взагалі було відсутнє.

Пані К. повідомила про негативне самосприйняття себе та образу свого тіла, вважаючи себе небажаною та непривабливою. Навпаки, вона сприймалася як м'яка, приємна і приваблива жінка. Клієнтка повідомила, що раніше відчувала сексуальне бажання і отримувала задоволення від сексу з чоловіком. Її сексуальне порушення відповідало критеріям гіпоактивного розладу статевого потягу.

Гіпнотична вікова регресія, проведена клієнтці, дала змогу отримати таку інформацію. У віці близько 12 років, незабаром після приїзду до Австралії, вона жила з батьками і молодшою сестрою в орендованому житлі. Місіс К. навчалася в першому класі середньої школи. Її батьки працювали. Господар квартири, виходець із тієї ж країни, що й їхня сім'я, сильно випивав і щодня приходив додому, коли місіс К. поверталася зі школи. Вона розповіла про сексуальні домагання домовласника: він насильно цілував її, торкався її грудей, хапав за руки та геніталії. Пані К. повідомила про яскраві спогади, як його волохата рука опускається їй між ніг. Статевих актів не було.

Пані К. допомогли «відпустити свій страх і волохату руку». У трансі їй було сказано, що її свідомість «відпустить» нав'язливі образи. Рука, яка торкатиметься їй в майбутньому, буде рукою її чоловіка, і ця рука буде ніжною і турботливою. Під час лікування

проводилися навчання, щоб допомогти місис К. поліпшити свою самооцінку.

Останній сеанс проводився з обома партнерами, і обидва відзначили деякі поліпшення. Пані К. відчула себе більш невимушено у стосунках із чоловіком. Він навчився слухати свою дружину і розділяти її переживання. Під час наступного інтерв'ю, яке було проведено через 3 міс, подружжя відзначило поліпшення сексуального життя.

Robb O. Stanley і Graham D. Burrows [38] повідомляють, що лікування ослабленого статевого потягу може бути спрямоване на зниження тривожності щодо емоційної близькості або сексуальної участі, а також на вирішення труднощів у стосунках. Гіпноз надає хороші можливості для занурення у фантазії, а оскільки загипнотизований суб'єкт може реагувати на фантазії як на реальність, гіпнотичні техніки надають хороші можливості для репетиції ефективного сексуального функціонування. Повідомлялося про використання похвалювальних попередніх успіхів у сексуальному збудженні, якщо це було доречно. Якщо як гальмівна емоція виступає гнів, можна використовувати метафоричні навчання про погашення потужної сили, наприклад, загасити внутрішній вогонь гніву водою або піском; вулкан може обрушитися сам на себе і перестати бути активною силою; сильний землетрус може пройти свій пік і заспокоїтися [39].

Bernie Zilbergeld, D. Corydon Hammond [40] зазначають, що особливо ефективним втручанням для стимуляції бажання у людей з низьким сексуальним інтересом є *техніка «головної контрольної кімнати»*. В цій умовній кімнаті розташовано шкалу, що визначає рівень збудження, можна встановлювати на дедалі вищі рівні, тоді як пацієнтові одночасно пропонують усвідомити фізичне переживання збудження. Автори зазначають, що пацієнти часто дивуються, коли виявляють, що відчують сексуальне збудження. Вони домовляються з терапевтом про цифру на шкалі, за якої їхнє сексуальне бажання має залишатися фіксованим до кінця тижня. Іноді змучене подружжя пізніше просить терапевта зменшити цю цифру.

Техніка «головного диспетчерського пункту» (Agoz, 1982; Hammond, 1985) виявилася дуже ефективною в стимуляції почуття статевого потягу, особливо після того, як перешкоди для його виникнення (наприклад, проблеми у стосунках) були усунені. Під час проведення цієї техніки пацієнт уявляє собі, як він входить до диспетчерської в гіпоталамусі, де є панель, що регулює сексуальне бажання, на якій розміщено шкалу та важіль, який може бути встановлений від 0 до 10. Пацієнту кажуть, що 0 являє собою рівень відсутності бажання, а 10 – дуже високий сексуальний інтерес. Пацієнт повідомляє терапевту, номер, який встановлено на циферблаті (найчастіше 1 або 2). Потім робиться пропозиція уявити собі поступове переміщення важеля на шкалі вгору, по одній цифрі за 1 раз. У цей час навіюється, що відбувається викид гормонів, і що пацієнт починає відчувати посилення статевого потягу. Багато пацієнтів з подивом виявляють, що в цей час вони відчують сексуальне збудження. Потім тера-

певт погоджує з пацієнтом цифру, якій має відповідати вираженість сексуального бажання. Зазначається, що кілька пацієнтів повторно зверталися до терапевта через тиждень або два не тільки для того, щоб повідомити про сексуальну активність, а й для того, щоб передати прохання своїх партнерів про те, що було б добре зменшити цифру на шкалі на пару значень [40].

При корекції гіпоактивного статевого потягу можна проводити гіпнотичну вікову регресію, щоб оживити спогади, які можуть допомогти розпалити та відновити статевий потяг. За допомогою гіпнозу деякі люди можуть настільки ясно згадувати своє сильне сексуальне бажання в минулому, що відчують ті самі почуття в даний час [40].

Bernie Zilbergeld, D. Corydon Hammond [40] повідомляють про успішне лікування Дот – 33-річної жінки із слабким статевим потягом, низькою сексуальною збудливістю і відсутністю оргазму. Її розлад був пов'язаний з інцестом. З п'яти до десяти років у неї були сексуальні контакти з її батьком. Він регулярно змушував її стимулювати його пеніс орально і кілька разів намагався увійти в неї, але йому заважало мимовільне скорочення м'язів її таза. Це був жахливий для неї час. Вона розуміла, що щось не так, але не знала, що робити. Коли вона намагалася відмовити батькові, він погрожував їй, а іноді й бив. Вона відчувала, що не може довіритися молодшим братам і сестрам, і боялася, що мати їй не повірить. Інцест припинився, коли вона пригрозила батькові, що втече і повідомить у поліцію.

Описані вище патосексологічні феноми в неї відбувалися ще за статевого життя до шлюбу. Тоді у неї ще виникав страх, який у результаті психотерапії, центрованої на інцесті, був ліквідований і змінився тим, що вона описувала як «не відчуваю нічого». Вона відмовилася проводити лікування, сфокусоване на інцесті. Тому спочатку їй із чоловіком було рекомендовано проводити тренінг із сенсорного фокусування. Його результат полягав у тому, що при цьому вона «не відчувала нічого». Це відчуття розглядалося терапевтом як перешкода до позитивної динаміки, що «закриває» проблему. Після кількох сеансів чуттєвого фокусування одного разу вночі у неї стався «прорив». Вона прокинулася в паніці, плакала і була в стані сплутаності. Наступного ранку з нею було проведено бесіду. Оскільки пацієнтка була дуже зосереджена і сприйнятлива, формальна гіпнотична індукція не проводилася. Ставилися запитання, на які несвідомому пацієнтці слід було відповідати за допомогою спонтанного підняття пальців рук.

Таким чином вдалося відновити ланцюг несприятливих психотравмуючих подій з їхньою прив'язкою до віку. Під час сесії жінка пережила кілька таких випадків із супутніми почуттями страху, люти та безпорадності. Були й інші почуття, які важче визнати. Часом вона відчувала фізичне задоволення від зустрічей з батьком, а іноді – почуття задоволення від того, що догодила йому. І тоді, і пізніше ці почуття були для неї шокуючими і ганебними. Однак коли їй було 9 і 10 років, позитивні почуття виникали дедалі рідше, а негативні – дедалі сильніше й частіше. Вона розуміла, що повинна зупинити те, що відбувається, але не могла знайти спосіб. Поступово в неї сформувалося почуття

байдужості як спосіб подолання. Вона дисоціювалася і нічого не відчувала, тож усе було не так уже й погано. Не відчувати нічого – це ще й спосіб відповіді батькові. Йому не подобалася її байдужість, а її гнів і опір тільки посилювали його запал. Нічого не відчувати було її способом впоратися з важкою ситуацією. Це також стало її способом «впоратися» з усіма чоловіками в сексуальному плані. Таким чином було виявлено причину її блоку «не відчуваю нічого», яка має місце під час статевих актів і під час виконання вправ із чуттєвого фокусування.

Під час цієї сесії пацієнтці рекомендували не зливатися із самою собою. Їй було сказано, щоб історія розгорталася «точно так, як вона сталася, але щоб ви зараз дивилися її по телевізору». Сесія була катартичною. Дот плакала, кричала і тремтіла. Мабуть, уперше відтоді, як відбувалося насильство, вона мала справу безпосередньо із собою без своєї броні байдужості.

Наприкінці сеансу, коли Дот повністю заспокоїлася, їй було запропоновано уявити, що вона вирушає в дуже безпечне та спокійне місце, де зустрінеться зі своїм «внутрішнім порадиником» (частиною самої себе), який постав у вигляді красивої жінки. Пізніше, того самого дня, Дот самостійно викликала свого внутрішнього консультанта в самогіпнозі, який сказав їй, що Дотті (Дот в дитинстві) загубилася в часі та залишилася сама в тій жахливій ситуації, в яку вона потрапила разом із батьком. Дот просто пішла далі, не взявши Дотті з собою. Психотерапевт сказав, що це необхідно виправити, інакше проблеми Дот можуть повернутися. Внутрішній консультант порадив їй вирішувати це завдання спільно з психотерапевтом.

Наступного дня під час сесії Дот отримала інструкцію повернутися до все ще наляканої і безпорадної Дотті. Дот попросили обійняти і заспокоїти її. У відповідь Дотті сказала, як сильно вона любить Дот і хоче бути з нею. Навіювали, що вони завжди будуть разом, завжди допомагатимуть і втішатимуть одна одну, і що тепер, коли вони стали одним цілим, жити стане набагато легше. Дот було запропоновано проводити кілька хвилин на день із Дотті, втішаючи її і розмовляючи з нею. До кінця сеансу також було проведено роботу з розмежування батька Дот та інших чоловіків, особливо чоловіка.

Проведена робота привела до пробудження сексуального бажання. Однак Дот сказала, що ніколи не була ініціатором статевих актів. Тому наступного дня після короткої гіпнотичної індукції їй було запропоновано звернутися по допомогу до внутрішнього консультанта, який цього разу постав в образі фатальної жінки і почав розповідати їй показувати пацієнтці, як фліртувати, як споконшати, як відповідати на чоловічу сексуальну ініціацію.

Потім Дот було запропоновано при закритих очах уявити, що вона робить частково або повністю те, що і її консультант в цьому образі (наслідування моделі). Коли рекомендацію було виконано, її попросили кілька разів на день практикувати це в самогіпнозі. На наступній зустрічі, що відбулася за 4 дні, чоловік Дот повідомив, що вона двічі ініціювала секс і отримала задоволення від обох зустрічей, відчувши те, що ніколи раніше не відчувала. Однак оргазм вона не відчула.

На черговій зустрічі з психотерапевтом, яка відбулася через 10 днів, Дот повідомила, що була ініціатором сексу чотири рази, а її чоловік – двічі. У неї було сексуальне збудження, і подружжя експериментувало з різними позиціями і практиками, проте оргазм вона не отримувала. У гіпнотичному стані їй було запропоновано спостерігати за тим, як фатальна жінка збуджується і досягає оргазму. Потім їй було запропоновано уявити себе такою, що відчуває те, що відчувала ця жінка, а потім уявити, що вона відчуває оргазм, і її тіло реагує так само, як ноги, руки, обличчя і таз фатальної жінки.

Цю репетицію було проведено кілька разів. Дот уявляла, що перебуває в тілі свого радника (фатальної жінки), а потім уявляла, що відчуває те ж саме і реагує так само. Ми попросили її практикувати це вдома кілька разів на день під час самогіпнозу. Через кілька днів Дот зателефонувала і повідомила, що напередодні ввечері відчула оргазм. Терапевт привітав її і попросив продовжити візуалізацію. На наступному сеансі вона повідомила про більшу кількість оргазмів як під час статевих актів, так і без нього. Подружжя зазначило, що, на їхню думку, вони досягли поставлених цілей, але погодилися з пропозицією зустрітися ще раз через місяць. Ця остання сесія тривала всього близько 25 хв. З'ясувалося, що сексуальні проблеми залишилися в минулому. Чоловік Дот став частіше ініціювати секс, а вона регулярно відчувала оргазм. Їхній секс був більш хвилюючим і насиченим, ніж обидва очікували. Дот більше не розмовляла з Дотті. У цьому не було необхідності: «Вона тепер весь час зі мною, більше немає когось окремого» [40].

Tom Kraft і David Kraft [41] у своїй статті наводять випадки успішного використання гіпноугестивної терапії іншими авторами в корекції гіпоактивного статевого потягу. Так, W. A. Stafano [42] докладно описав випадок із 23-річною заміжною жінкою, у якої був відсутній сексуальний потяг до чоловіка. За шкалою сексуального потягу вона набрала 0 балів із 10. Будьякі сексуальні дії, включно з пестощами, поцілунками і проникненням, викликали в неї відчуття напруження, і вона намагалася уникнути сексуальної активності, збільшуючи своє професійне навантаження як викладача. З чоловіком вона займалася сексом тільки для того, щоб принести йому задоволення, і хотіла, щоб усе закінчувалося якомога швидше.

W. A. Stafano провів їй техніку вікової регресії. Під час роботи з'ясувалося, що з 14 до 16 років вітчим, який контролював її, не дозволяв їй зустрічатися з молодими людьми, наполягав, щоб вона завжди поверталася додому о 22:00 і перевіряв усі її телефонні дзвінки. Далі з'ясувалося, що єдиний раз вона доторкнулася до чоловічих геніталій у віці 11 років, коли побачила, як хлопчик мочиться. У тому ж віці вона випадково зайшла в спальню, де її мати і вітчим здійснювали статевий акт. Це призвело до того, що мати вдарила її і назвала «брудним і немитим дівчиськом».

Лікування цієї клієнтки було засноване на «техніці ліфта» [43]. У гіпнозі пацієнтку попросили уявити себе в ліфті на двадцятому поверсі і сприймати це як візуально стимулююче і барвисте переживання. Клієнтка з подивом виявила, що дверні ручки були копіями пеніса

її чоловіка, і терапевт використовував ці образи, переконуючи її, що дверні ручки привабливі для неї, що це гарні й цілком природні предмети. Її заохочували позитивно реагувати на пеніси. Напруга клієнтки поступово слабшала в міру того, як вона ставала більш сприйнятливою до цих прямих навіювань, і її приємні відчуття посилювалися в міру того, як ліфт спускався з одного поверху на інший. Крім того, пацієнтці пропонувалося уявити, як вона притискається губами до пеніса і проводить губами по всьому чоловічому тілу [42].

Згодом авторка використовувала *техніку «досвід безлюдного острова»*, коли пацієнтці пропонували відчуття тепло піску та води, щоб викликати приємні відчуття в піхві та грудях. Подальша робота з використанням вікової регресії дала змогу виявити, що у віці 6 років у неї був сексуальний досвід із дідусем. Тоді у неї виникали відчуття, які вона не могла зрозуміти. Регресія на фінальному етапі викликала сцену, в якій її мати хотіла знищити плід спочатку вдаривши себе по животу, а потім вставивши собі в піхву в'язальні спиці. У результаті проведеного лікування пацієнтка набула здатності до повноцінних сексуальних стосунків із чоловіком [42].

Незвичайний випадок описав D. L. Aгаoz [4], який лікував 37-річного одруженого чоловіка, що ніколи не відчував жодного задоволення від сексуальної активності, хоча в нього було троє дітей. Під час попереднього збору анамнезу стало зрозуміло, що на першому місці для нього була інтелектуальна діяльність, яку всіляко заохочувала його сім'я. Оскільки пацієнт ніколи не отримував задоволення від сексуальної активності, під час гіпнозу йому було запропоновано спробувати придумати нові приємні сексуальні сцени. У центр терапевтичного впливу було поставлено побудову ієрархії задоволень. Пацієнта попросили перелічити низку потенційно приємних аспектів сексуальної активності з дружиною: 1) коли дружина обіймала його; 2) коли він терся об оголене тіло дружини в ліжку; 3) коли дружина демонструвала «гостроту бажання» під час занять коханням; 4) коли вона масажувала його груди й живіт; 5) коли він масажував її стегна та сідниці.

D. L. Aгаoz розробив низку складних сексуальних і чуттєвих фантазій, які були спрямовані на візуальні, тактильні та нюхові відчуття. Пацієнту було запропоновано насолоджуватися цими сексуальними фантазіями й асоціювати їх із відчуттям розслаблення і благополуччя.

Важливим елементом лікування були два постгіпнотичні навіювання. Перше полягало в тому, що пацієнт повинен випробувати ці приємні відчуття перед тим, як лягти в ліжку з дружиною, а друге – що ці відчуття будуть ініційовані обіймами дружини. Крім того, пацієнту було дано вказівку щодня використовувати самогіпноз за допомогою аудіокасети. Весь курс лікування було пройдено всього за два сеанси. Крім того, було проведено два міні-сеанси телефоном, під час яких підкріплювалися постгіпнотичні навіювання. За дуже короткий термін цей пацієнт отримав здатність насолоджуватися статевим актом зі своєю дружиною тричі на тиждень [4].

Аутогенне тренування

Для посилення статевого потягу може застосовуватися аутогенне тренування (АТ), творцем якого є I. H. Schultz [44]. Його перша книга, присвячена цьому методу психотерапії, датується 1932 роком. Існують різні модифікації аутогенного тренування, зокрема й для корекції сексуальних дисфункцій. Нами в другій половині 80-х років ХХ ст. розроблено прискорений варіант аутогенного тренування, який дає змогу досягати лікувальних результатів за досить короткий проміжок часу [45, 46]. Він складається з трьох вправ: «розслаблення»; «тепло в ділянці сонячного сплетіння, що струмує в низ живота (до лобка і кореня члена)»; «тепло в статевому члені». У жінок під час виконання другої вправи слід навіювати, що тепло струмує в низ живота й досягає статевих органів і промежини. Третя вправа буде спрямована власне на викликання тепла в статевих органах і промежині. Під час виконання третьої вправи рекомендують одночасно уявити себе в інтимній обстановці з жінкою/чоловіком, яка (який) викликає бажання володіння нею/ним, що призводить до посилення реалізації проведених навіювань.

У разі зниження статевого потягу ми рекомендуємо під час виконання вправ АТ додатково робити такі самонавіювання: «Голос партнерки (партнера), її (його) вигляд, її (його) дотики, ласки, поцілунки мені дуже приємні. ... Присутність партнерки (партнера) викликає сильне бажання володіння нею (ним), потребу «злитися» в єдине ціле, бажання розчинитися одне в одному».

V. V. Andrianov [47] розробив модифікацію АТ, яку використовував для усунення сексуальних дисфункцій у чоловіків, зумовлених невротичними розладами, розладами особистості, неврозподібними станами та патологічними розвитками на органічній основі. Вона складається із загального та спеціального курсів, кожен тривалістю в 5 тиж.

В основу загального курсу застосованої автором методики АТ було покладено модифікацію АТ М. С. Лебединського і Т. Л. Бортник, що складається із 5 вправ: «спокій», «м'язове розслаблення», «тепло в кінцівках», «тепло в ділянці сонячного сплетіння», «розслабленість м'язів обличчя і прохолода в ділянці чола». На етапі проходження спеціального курсу АТ застосовували елементи ще двох модифікацій АТ, а саме Г. С. Беляєва та К. І. Мировського [48].

Кожен сеанс спеціального курсу містив аутогенне занурення; саморегуляцію стану перед модельованими статевими зносинами (застосовували формули мотивованого самонавіювання, самопереконавання, самоствердження, що мали активуючу дію); репрезентативно-сюжетне тренування, яке моделювало статевий акт, що має успішний перебіг (використовували формули, що впливають на емоційний стан і регіональну вегетативну реактивність); повторну психофізіологічну релаксацію; фізичну і психічну активізацію [47].

Під час проведення аутогенного тренування для прямого або опосередкованого посилення статевого потягу у пацієнтів В. В. Андріанов рекомендував використовувати такі самонавіювання: «Міцніє моя воля, наростає віра у свої сили, поліпшуються настрої і са-

мопочуття. ... Упевнений в успіху майбутньої близькості. ... Наростає бажання до жінки. ... Її образ викликає бажання, приємно хвилює мене. ... Її оголене тіло, її форми і ласки приносять задоволення і насолоду» [47].

A. M. Svyadosch [49] рекомендує «фригідним» жінкам після оволодіння першими двома стандартними вправами АТ («важкість» і «тепло» в кінцівках) навіювати собі бажання інтимної близькості та її приємність, відчуття тепла в статевих органах (попередньо поклавши на них руку), а також загострення чутливості геніталій, зокрема до фрикцій.

S. Kratochvil [50] також застосовував АТ для лікування статевої холодності у жінок. З цією метою він пропонував їм навчатися зосередженню на певній думці, що полегшувало концентрацію уваги на сексуальних відчуттях під час статевого акту і, отже, забезпечувало більшу ефективність стимуляції. До стандартної формули «в животі відчувається тепло» додавалися формули: «тепло відчувається в нижній частині живота» і «промежина тепла і волога», що полегшувало регулювання відчуттів у ділянці геніталій, збільшувало приплив крові та підвищувало чутливість статевих органів. Виходячи зі специфіки порушень, застосовували також такі формули: «статеве життя мені подобається», «досягти збудження легко», «моє збудження поступово досягає піку», «я дійду до повного занурення в сексуальні переживання».

C. C. Лібих [51] рекомендує під час проведення АТ для корекції «статевої холодності» у жінок такі формули самонавіювань: «Приємна знемога розливається по всьому тілу. ... Статевий акт бажаний... Статевий акт необхідний. ... Тепло охоплює піхву. ... Думки й турботи йдуть далеко. ... Я задоволена і щаслива».

Фокусна психодинамічна терапія (Focal psychodynamic therapy)

Також повідомляється про можливість використання для лікування гіпоактивного статевого потягу фокальної психодинамічної терапії. Цей метод терапії також називають короткою (короткостроковою) психодинамічною терапією. Він був розроблений групою Michael Balint, Paul H. Orstein and Enid Balint. Це лікування спрямоване на розв'язання однієї проблеми або одного конфлікту пацієнта, або їхньої обмеженої кількості. У рамках цієї терапії, що належить до психоаналітичного напрямку, під фокусом розуміють конкретну проблему, на якій зосереджуватимуться зусилля й увага як пацієнта, так і терапевта під час сесій. Ця терапія спрямована не на перебудову особистості пацієнта загалом, а на розв'язання однієї проблеми або обмеженого набору проблем, від яких страждає пацієнт, за короткий проміжок часу [52].

Фокальна або короткострокова психодинамічна терапія має невелику тривалість. Хоча серед фахівців існують розбіжності, найпоширенішою є думка про те, що кількість сесій не повинна перевищувати 25 сеансів, хоча ідеальним варіантом було б проведення в цілому 14 сеансів терапії. Перший сеанс складається з бесіди з пацієнтом, з 2-го по 13-й йдеться власне про лікування, 14-й сеанс – заключний. Ці сеанси проводяться один раз на тиждень [52].

Цю терапію не можна застосовувати за важких розладів особистості або психіатричних проблем. Причиною цього є те, що мета фокальної психодинамічної терапії дуже обмежена, а лікування такого роду порушень вимагає дуже глибоких і масштабних змін з боку психіки людини. Проте існує низка досліджень, у яких цю терапію застосовували в разі розладів харчової поведінки, таких, як нервова анорексія [52].

Фокальна психодинамічна терапія, хоча й належить до психоаналітичної течії, з низки причин відрізняється від класичного психоаналізу. У рамках останнього, особливо якщо йдеться про тривалу терапію, ставлять завдання домогтися глибоких змін в особистості та ступені благополуччя людини. Фокальна ж психодинамічна терапія, тривалість якої невелика, обмежується змінами в певному сегменті, що може сприяти поліпшенню самопочуття людини, яке вона може помітити вже незабаром після початку лікування.

Крім того, обидва види терапії різняться за кількістю щотижневих сесій. Класичний психоаналіз проводиться три-чотири рази на тиждень, тоді як під час фокальної терапії сесії проводяться тільки один раз на тиждень. У класичному психоаналізі вважають за краще дотримуватися розумної дистанції із сім'єю пацієнта, щоб уникнути можливих перешкод упродовж усієї терапії. Фокальна ж психодинамічна терапія, навпаки, прагне до максимального контакту із соціальним світом пацієнта, якщо це зручно і сприяє поліпшенню його самопочуття [52]. Також слід підкреслити, що лікування за допомогою класичного психоаналізу триває кілька років.

Короткострокову психотерапію застосовують для розв'язання проблем, які є проявом внутрішньоособистісного конфлікту. Це нездатність створювати гармонійні і здорові сімейні та дружні стосунки, харчові розлади, підвищена тривожність [53].

S. Palacios, A. Graziottin [54], обговорюючи використання цього виду терапії при гіпоактивному розладі статевого потягу у жінок, наголошують на тому, що необхідно зосередитися на вивченні «індивідуальної сексуальної ролі», а також на конфлікті та його розв'язанні. Також слід зосередитися на темах «інстинктивні бажання проти норм і зобов'язань», «реальне сексуальне «Я» проти ідеального сексуального «Я», «сексуальність і напористість», «проблеми чоловічої або жіночої ідентичності». Також відзначається необхідність працювати над подоланням опору змінам.

Психодинамічна терапія (розгорнута)

S. Palacios, A. Graziottin [54] також обговорюють можливість використання у разі гіпоактивного сексуального потягу розгорнутої психодинамічної терапії. Вони зазначають, що слід обговорювати і спробувати розв'язати несвідомі конфлікти, що перешкоджають сексуальній близькості, такі, як конфлікти через гендерні ролі, третю особу, гроші, сімейні прив'язаності, освіту дітей тощо.

Отже, існує низка психотерапевтичних методів, які надають допомогу пацієнтам із гіпоактивним статевим потягом.

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

- Kocharyan GS. Hypnosuggestive therapy (lecture). *Health Man.* 2011;38(3):42-50.
- Kocharyan GS. Hypnosuggestive therapy in sexological practice: models of interventions. *Health Man.* 2013;45(2):84-91.
- Gilligan S. Psychotherapeutic trances: A guide to Ericksonian hypnotherapy. Transl. from English to Russian. Moscow: Independent Firm "Class"; 1997. 416 p.
- Araoz Daniel L. Clinical hypnosis in treating sexual abulia. *Am J Family Ther.* 1980;8(1):48-57. doi: 10.1080/01926188008250348.
- Kocharyan GS. Therapy of patients with disorders of ejaculation: recommendations, training methods, cognitive ways. *Health Man.* 2015;53(2):98-104.
- Kocharyan GS. Sexual aversion and lack of sexual desire in woman: a case from clinical practice. *Health Man.* 2021;76(1):65-70. doi: 10.30841/2307-5090.1.2021.232506.
- Kocharyan GS. A Pathological Sexual Stereotype in the Form of the Absence of Sexual Desire Towards the Wife, Coital Anejaculation and Anorgasmia: a Clinical Case. *Health Man.* 2019;70(3):57-9. doi: 10.30841/2307-5090.3.2019.185512.
- Kocharyan GS. A rare clinical case of failure expectation syndrome (fear of sexual failure). *Health Man.* 2019;68(1):60-3.
- Kocharyan GS. Anxious sexual failure expectation syndrome in males and its treatment. *Kharkiv: Osnova;* 1995. 279 p.
- Kocharyan GS. Ejaculatory disorders and their treatment. *Kharkiv: Apostrophe;* 2012. 328 p.
- Kocharyan GS. Hypersexuality. *Kharkov: Disa Plus;* 2020. 263 p.
- Kocharyan GS. Modern sexology. *Kyiv: NIKA-Centre;* 2007. 400 p.
- Kocharyan GS. Orgasm, its disorders and their overcoming: monograph. *Kharkiv: Disa Plus;* 2018. 395 p.
- Kocharyan GS. Overcoming difficulties in achieving orgasm and psychotherapy of its disorders. *Health Man.* 2017;62(3):21-9.
- Kocharyan GS. Persistent genital arousal disorder, persistent genital arousal syndrome: therapeutic aspects (part III). *Health Man.* 2015;54(3):79-83.
- Kocharyan GS. Phobic dyspareunia: a case report. *Health Man.* 2020;75(4):39-42.
- Kocharyan GS. Porno addiction: a case from clinical practice. *Health of Man.* 2020;72(1):67-70. doi: 10.30841/2307-5090.1.2020.205477.
- Kocharyan GS. Psychotherapy of patients with hypersexuality. *Health of Man.* 2019;71(4):44-51. doi: 10.30841/2307-5090.4.2019.195262.
- Kocharyan GS, Kocharian AS. Psychotherapy sexual disorders and marital conflicts. *Moskow: Medicine;* 1994. 224 p.
- Kocharyan GS. Dyspareunia as a clinical problem. *Health Man.* 2020;74(3):65-74.
- Kocharyan GS. Hypersexuality in a woman: a case from clinical practice. *Health Man.* 2020;74(3):52-6.
- Kocharyan GS. Sexual disorders and anatomical problems preventing sexual intercourse. *Kharkov: Disa Plus;* 2021. 250 p.
- Kocharyan G. Anxious sexual failure expectation syndrome (fear of sexual failure) in men. *Bull Sci Practice.* 2017;(2):141-50.
- Kocharyan GS. Hypnosuggestive therapy for psychogenic lubrication disorder associated with psychogenic orgasm disorder. In: *Bull Kharkiv State Univer. Series "Psychology, political science".* 1999;(439):226-29.
- Kocharyan GS. Psychotherapy of the syndrome of anxious expectation of sexual failure: traditional, new and latest techniques. *Sexol Sexopathol.* 2004;(2):17-29.
- Kocharyan GS. Bisexuality: general data and clinical observation. *Health of Man.* 2020;73(2):71-80.
- Kocharyan GS. Conversion Therapy. Pros and Cons. Discussion. *Health of Man.* 2020;72(1):43-9. doi: 10.30841/2307-5090.1.2020.205360.
- Kocharyan GS. Experience in the use of hypnosuggestion in the conversion of the homosexual component of libido. *Psychol Counseling Psychother.* 2016;2(6):39-55.
- Kocharyan GS. Hypnotic suggestion for the conversion of homosexual libido component: case report. *Health Man.* 2016;57(2):84-8.
- Kocharyan GS. Correction of Homosexual Desire in a Male Adolescent. A Case from Clinical Practice. *Addiction Research and Adolescent Behaviour.* 2022;5(4). doi: 10.31579/2688-7517/053
- Kocharyan GS. Hypnosuggestion in Correction of Homosexual Desire: A Case from Clinical Practice. *Psychol Counseling Psychother.* 2021;(16):45-52. doi: 10.26565/2225-7756-2021-16-07.
- Kocharyan GS. Pathological Sexual Stereotype Caused by Masturbation Using Porn Videos with Participation of Transsexuals/Transvestites. *Health Man.* 2022(1-2):49-53.
- Kocharyan GS. Psychotherapeutic Correction of Homosexuality. A Case from Clinical Practice. *Psychol Counseling Psychother.* 2022;(17):20-7. doi: 10.26565/2225-7756-2022-17-03.
- Kocharyan GS. Psychotherapy homosexuals which reject their sexual orientation: the modern analysis of the problem. *Psychiatr Med Psychol.* 2010;24-25(1-2):131-41.
- Kocharyan GS. Hypnosuggestion in increasing sexual desire. Clinical observation. *Health Man.* 2023;(2):31-5. doi: 10.30841/2786-7323.2.2023.286434.
- Kocharyan GS. Hypnosuggestive therapy of hypoactive sexual desire combined with weakened lubrication. Case report. *Health Man.* 2023;(2):40-4. doi: 10.30841/2786-7323.2.2023.286436.
- Bakich I. Hypnosis in the treatment of sexual desire disorders. *Australian J Clin Experimental Hypnosis.* 1995;23(1):70-7.
- Stanley RO, Burrows GD. Hypnotic Interventions in the Treatment of Sexual Dysfunctions. In: *The International Handbook of Clinical Hypnosis.* Toronto: John Wiley & Sons; 2001, p. 233-46.
- Araoz DL. Hypnosis and Sex Therapy. *New York: Brunner/Mazel;* 1982. 200 p.
- Zilbergeld B, Corydon HD. The Use of Hypnosis in Treating Desire Disorders. In: *Sexual Desire Disorders.* London: The Guilford Press; 1988. p. 192-225.
- Kraft T, Kraft D. The Place of Hypnosis in Psychiatry, Part 2: Its Application to the Treatment of Sexual Disorders. *Australian J Clin Experimental Hypnosis.* 2007;35(1):1-18.
- Stafano WA. A case of sexual malfunction. *Med Hypnoanalysis.* 1982;3:164-68.
- Macvaugh GS. Frigidity: What you should know about its cure with hypnosis (chapter 9). *New York: Pergamon Press;* 1979. 369 p.
- Schultz IH. *Übungsheft für das autogene Training.* Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag; 1983. 80 p.
- Kocharyan GS. Accelerated version of autogenic training for the treatment of sexual disorders: Methodological recommendations. *Moskow: Department of Specialized Medical Care;* 1991. 19 p.
- Kocharyan GS. Autogenic training (lecture). *Health Man.* 2011;39(4):32-9.
- Andrianov W. Autogenic training in the complex treatment of functional-psychogenic forms of impotence [Abstract]. *Moskow;* 1974. 39 p.
- Panov AG, Belyaev GS, Lobzin VS, Kopylova IA. Theory and practice of autogenic training. *Lviv: Medicine;* 1980. 271 p.
- Svyadosch AM. *Neuroses.* *Moskow: Medicine;* 1982. 366 p.
- Kratochvil S. Therapy of functional sexual disorders: Transl. from Czech to Russian. *Moskow: Medicine;* 1985. 159 p.
- Kocharyan GS, Kocharian AS. Psychotherapy sexual disorders and marital conflicts. *Moskow: Medicine;* 1994. 224 p.
- Hall J. Focal psychodynamic therapy: what is it and how is it used? [Internet]. 2021. Available from: <https://warbletoncouncil.org/terapia-psicodinamica-focal-6020>.
- Zen News Edition. Focal psychodynamic therapy: what it is and how to use it [Internet]. 2022. Available from: https://dzen.ru/a/YoTcQjImAWDx_SCb?utm_referer=yandex.fr.
- 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 21.08.2023. – Дата першого рішення 25.08.2023. – Стаття подана до друку 25.09.2023