

# Коротке офісне консультування з використанням моделі PLISSIT, когнітивна, когнітивно-поведінкова та секс-терапія у корекції гіпоактивного статевого потягу

Г. С. Кочарян

Навчально-науковий інститут післядипломної освіти Харківського національного медичного університету

У статті наведено дані про застосування деяких методів психотерапії в корекції гіпоактивного статевого потягу. Коротке офісне консультування з використанням моделі PLISSIT передбачає чотири рівні впливу: 1) дозвіл, за яким сексолог дає змогу клієнту почуватися комфортно під час обговорення тієї чи іншої теми, змінити свій спосіб життя й отримувати медичну допомогу; 2) обмежена інформація; 3) конкретні пропозиції; 4) інтенсивна терапія. Водночас не завжди існує необхідність у використанні всіх цих рівнів впливу.

Крім цього, наведено розширений варіант цієї моделі (EX-PLISSIT). Також наведено досвід використання для корекції зниження статевого потягу класичної когнітивної та когнітивно-поведінкової терапії (КПТ) і методів психотерапії, які входять до третьої хвили когнітивної (когнітивно-поведінкової) терапії: когнітивної терапії, заснованої на усвідомленості (уважності); терапії прийняття та відповідальності; схемотерапії та метакогнітивної терапії.

КПТ, заснована на усвідомленості (уважності), може допомогти пацієнтові підвищити обізнаність про теперішній момент, звести до мінімуму когнітивні відволікання під час сексуальної активності та підвищити обізнаність про приємні відчуття.

У терапії прийняття і відповідальності не робиться жодних спроб скоротити, змінити, уникнути, зменшити або контролювати суб'єктивні переживання. Пацієнти вчаться знижувати вплив небажаних думок і почуттів за допомогою ефективного використання усвідомленості, припиняти ворожнечу зі своїми переживаннями, відкриватися для них, надавати їм простір і дозволяти їм приходити та йти без боротьби. Виділяють шість принципів цієї терапії: 1) поділ (не-злиття); 2) прийняття; 3) контакт із сьогоденням; 4) позиція спостерігача; 5) цінності; 6) проактивність. Схемотерапія спрямована на руйнування дезадаптивних схем («життєвих пасток»), які формуються внаслідок незадоволення базових емоційних потреб у дитинстві або підлітковому віці. Згодом такі схеми не дають змоги базовим емоційним потребам задовольнятися в дорослому віці. За метакогнітивної терапії, на відміну від класичної когнітивної, настанова полягає в тому, що річ не у змісті думок, а в хворих, і у здорових людей можуть бути негативні думки, проте здорові люди цілком нормально уживаються з ними. Вся справа у ставленні до цих думок. Терапія в цьому підході полягає у зміні у пацієнта способу реагування на негативні думки. Також представлена секс-терапія ослабленого статевого потягу, зокрема підхід, що використовувався в Інституті Мастерса і Джонсон (США).

**Ключові слова:** гіпоактивний статевий потяг, коротке офісне консультування з використанням моделі PLISSIT, когнітивна терапія, когнітивно-поведінкова терапія, секс-терапія.

## Brief office counseling using the PLISSIT model, cognitive, cognitive-behavioral and sex therapy in the correction of hypoactive sexual desire

G. S. Kocharyan

This article presents data on the use of some psychotherapy methods in the correction of hypoactive sexual desire. Brief office counseling using the PLISSIT model includes four levels of exposure: 1) permission, in which sexologists allow clients to feel comfortable during discussing a topic, to change lifestyle, and to receive medical care; 2) limited information; 3) specific suggestions; and 4) intensive therapy.

However, it is not always necessary to use all of these levels of exposure. In addition, an extended version of this model (EX-PLISSIT) is presented. Also experiences are presented with the use of classical cognitive and cognitive-behavioral therapy (CBT) and psychotherapy methods that belong to the third wave of cognitive (cognitive-behavioral) therapy: mindfulness-based cognitive therapy; acceptance and responsibility therapy; schema therapy; and metacognitive therapy.

Mindfulness-based CBT can help patients increase awareness of the present moment, minimize cognitive distractions during sexual activity, and increase awareness of pleasurable sensations.

In acceptance and responsibility therapy, no attempts are made to reduce, alter, avoid, suppress, or control subjective experiences. Patients learn to reduce the influence of unwanted thoughts and feelings through the effective use of mindfulness, to stop feuding with their experiences, to open up to them, to give them space, and to allow them to come and to go without struggle. Six principles of this therapy are emphasized: 1) separation (non-alienation); 2) acceptance; 3) contact with the present; 4) the position of observer; 5) values; 6) proactivity.

Schema therapy aims to break maladaptive schemas (“life traps”) that form as a result of unmet basic emotional needs during childhood or adolescence. These patterns subsequently prevent basic emotional needs from being met in adulthood. In metacognitive therapy, as opposed to classical cognitive therapy, the attitude is that it is not about the content of the thoughts, because both sick and healthy people can have negative thoughts, but healthy people get along quite well with them. It is all about the attitude towards these thoughts. The therapy in this approach is to change the way patients respond to negative thoughts. Sex therapy for diminished sexual desire is also presented, in particular the approach used at the Masters and Johnson Institute (USA).

**Keywords:** *hypoactive sexual desire, brief office counseling using the PLISSIT model, cognitive therapy, cognitive-behavioral therapy, sex therapy.*

G. Trudel і співавт. [1] зазначають, що гіпоактивний розлад статевого потягу (hypoactive sexual desire disorder; HSDD) належить до сексуальних порушень, які є найскладнішими та найважче піддаються лікуванню. Для корекції гіпоактивного статевого потягу зокрема використовують різні рекомендації та методи психотерапії.

### Коротке офісне консультування з використанням моделі PLISSIT

I. Goldstein і співавт. [2] зазначають, що розумною є послідовність лікування, спрямована на передбачувані основні компоненти, що сприяють розвитку захворювання, з акцентом на усунення чинників, які є найбільш дистресогенними для даного індивіда. Корисним для лікування жінок з ослабленим сексуальним потягом може бути коротке офісне консультування з використанням моделі PLISSIT. Ця модель також відома як модель сексотерапії PLISSIT [3]. Вона була створена у 1976 році Джеком Анноном (J. Annon) [4]. Букви в назві цієї моделі означають чотири різні рівні втручання, які може застосовувати сексолог: permission (P) [дозвіл], limited information (LI) [обмежена інформація], specific suggestions (SS) [конкретні пропозиції] та intensive therapy (IT) [інтенсивна терапія]. Модель також використовується за межами сексології, особливо в галузях, пов'язаних із великими й небезпечними хірургічними втручаннями.

Ця модель має чотири рівні зростаючого втручання і взаємодії залежно від того, яка допомога і в якому обсязі надається клієнту [2]. Використання цих рівнів значною мірою пов'язане з тим, яку допомогу хоче отримати клієнт і наскільки йому комфортно обговорювати питання щодо сексуальності та сексуального здоров'я.

**Перший рівень (P)** – це дозвіл, за яким сексолог дає змогу клієнту почуватися комфортно під час обговорення тієї чи іншої теми, змінити свій спосіб життя й отримувати медичну допомогу. Цей рівень був створений тому, що багатьом клієнтам потрібен тільки дозвіл говорити і висловлювати свої побоювання з приводу сексуальних проблем, часто без необхідності використання інших рівнів моделі. Сексолог, діючи як сприйнятливий, неупереджений партнер, що слухає, дає змогу клієнту обговорювати питання, які інакше були б для нього занадто незручними.

**Другий рівень (LI)** – обмежена інформація. Клієнту надається обмежена і конкретна інформація відповідно до обговорюваних тем. Сексолог має дізнатися, які саме сексуальні теми клієнт хоче обговорити, щоб можна було надати певну інформацію, а також зв'язок з організаціями та групами підтримки за цими конкретними темами. Терапевт може розповісти пацієнтові про сексуальну фізіологію або запропонувати освітні ресурси, такі, як література, еротичні та сексуальні відеоматеріали.

**Третій рівень (SS)** – це конкретні пропозиції, які сексолог надає клієнту, пов'язані з конкретними ситуаціями і завданнями, які потрібно виконати, щоб допомогти йому розв'язати проблему з психологічним або соматичним здоров'ям. Це може включати пропозиції про те, як боротися із захворюваннями, пов'язаними із сексом, або інформацію щодо того, як краще досягти сексуального задоволення, змінивши свою сексуальну поведінку. Пропозиції можуть бути спрямовані на виконання вправ, дотримання певних режимів активності, вживання ліків. Терапевт пропонує індивідуальні підходи, розроблені для поліпшення сексуального та емоційного спілкування. Мова йде про сенсорне фокусування, мастурбацію, вправи Кегеля, технічні поради щодо сексуальних позицій, а також використання лубрикантів або розширювачів.

**Четвертий і останній рівень (IT)** – це інтенсивна терапія. На цьому рівні сексолог скеровує клієнта до інших фахівців у галузі психічного та соматичного здоров'я, які можуть допомогти клієнту впоратися з глибшими проблемами та висловлюваними побоюваннями. Цей рівень також передбачає надання клієнту професійних онлайн-ресурсів. Інтенсивне лікування може також включати індивідуальну або парну терапію для вирішення тривалого конфлікту, який сприяє зниженню сексуального бажання.

У 2006 році модель PLISSIT була розширена Sally Davis (Саллі Девіс) і Bridget Taylor (Бріджит Тейлор) через побоювання, що лікарі-практики часто ігнорують перший її рівень і відразу переходять до надання інформації (іноді просто у формі брошури), не даючи пацієнтам можливості висловити свої побоювання. Ця розширена модель, що названа моделлю **EX-PLISSIT**, ставить надання дозволів в основу. Даючи людям явний дозвіл обговорювати будь-які побоювання, які існують у них з приводу їхньої сексуальності, терапевт «стверджує клієнта як сексуальну істоту» [5].

Модель EX-PLISSIT також вимагає подальшого дозволу на поширення висловлювань пацієнтів у формі «огляду», коли терапевт просить їх «переглянути» взаємодію з ним і отримується можливість висловити будь-які додаткові побоювання. Крім того, ця модель вимагає, щоб професіонал розмірковував над своєю з клієнтом взаємодією, оскаржуючи припущення і розширюючи свої знання [5].

### Когнітивна та когнітивно-поведінкова терапія

Джудіт С. Бек (Judith S. Beck) [6] повідомляє, що когнітивна терапія (КТ) була розроблена Аароном Бекком в Університеті Пенсильванії на початку 60-х років ХХ ст. [7]. Це структурований, короткостроковий, орієнтований на сьогоднішній день вид психотерапії, який спочатку був призначений для лікування депресивних розладів [7].

Основною метою КТ стало розв'язання актуальних проблем, потім КТ була адаптована для лікування цілої низки психічних розладів. Згідно з когнітивною моделлю, в основі всіх психологічних порушень особистості лежить викривлене, дисфункціональне мислення, яке у свою чергу впливає на емоції та поведінку пацієнта. Реалістична оцінка та зміна такого мислення ведуть до поліпшення самопочуття та гармонізації поведінки. Отже, щоб домогтися стійких результатів, необхідно виявити, оцінити й змінити дисфункціональні погляди та переконання, що лежать в основі будь-якого психологічного розладу.

Відомими вченими були розроблені інші форми КТ:

- раціонально-емотивна терапія Альберта Елліса (A. Ellis) [8],
- когнітивно-поведінкова модифікація Дональда Мейченбаума (D. Meichenbaum) [9],
- мультимодальна терапія Арнольда Лазаруса (A. Lazarus) [10].

Значний внесок у розвиток КТ також вніс Майкл Махоні (M. Mahoney) [11].

Слід зазначити, що коли поведінкова терапія досягла високих ступенів свого розвитку, стався «когнітивний поворот», і розвитку набула когнітивно-поведінкова терапія (КПТ), яка об'єднує можливості когнітивної та біхевіоральної терапії.

Когнітивні інтервенції використовуються і в сексологічній практиці, зокрема для корекції гіпосексуального статевого потягу. Мова може йти і про різні потреби сексуально здорових партнерів. У цьому разі їм слід пояснити, що потреби в статевій активності можуть відрізнятися і навіть значно. Це може бути зумовлено відмінностями у статевій конституції партнерів, різною їхньою завантаженистю на роботі, партнерськими та виробничими конфліктами, різними ідеологічними настановами та поглядами партнерів. Також мова може йти про наслідки сексуально-репресивного виховання, прищеплення негативного ставлення до сексуальних проявів, отримання негативної інформації про секс із різних джерел. Виразу невідповідність потреб у статевій активності можна компенсувати мастурбацією.

I. Goldstein і співавт. [2] повідомляють, що КПТ у випадках гіпоактивного статевого потягу спрямована на зміну думок і поведінки, що відволікають, пригнічують або не активують сексуальні думки в сексуальній ситуації. При цьому особливий акцент робиться на автоматичні думки та переконання, які можуть пригнічувати сексуальне бажання [12]. I. Goldstein і співавт. [2] також зазначають, що психотерапія – це визнана стратегія лікування HSDD, зазвичай спрямована на зміну думок, переконань, поведінки, емоцій, взаємовідносин та спілкування, які гальмують статевий потяг. До когнітивних чинників, до яких зазвичай звертаються, належать негативні думки, переконання, очікування, культурні та релігійні стандарти, а також уявлення про секс та сексуальну активність. Слід змінювати / виправляти ті думки, які пригнічують сексуальне бажання.

Lori A. Brotto [13] зазначає, що однією з цілей КПТ у разі гіпоактивного статевого потягу є визначення поведінки та думок (когніцій), які сприяють зниженню сексуального бажання та спричиняють негативні емоції, які ще більше підштовхують до небажаної поведінки та

дезадаптивних думок. Одним із основних аспектів КПТ є використання щоденника для відстеження негативних ситуацій, пов'язаних із сексом, і визначення конкретних думок, які жінка відчувала в цих ситуаціях. Потім, використовуючи техніку, яка називається когнітивною перебудовою, пропонується оцінити докази за і проти цих думок і замінити їх на адаптивні.

У результаті коригування дезадаптивних думок поліпшуються поведінка та емоційний стан. КПТ також може включати освітній компонент і передбачає інформування як жінки, так і її сексуального партнера про використання адекватної еротичної та фізичної стимуляції для підвищення сексуального бажання та збудження. З точки зору КПТ, посилення сексуального збудження приводить до зміни пов'язаних з ним думок і поведінки.

КПТ може бути корисною, оскільки вона кидає виклик нереалістичним переконанням, що сприяють зниженню сексуального потягу. Змінюючи неадекватну поведінку, вона тим самим перешкоджає консервації HSDD [14].

Важливою частиною підходу в КПТ є освіта, яка може допомогти партнерам зрозуміти фізіологію та психологію сексуального бажання. У неконтрольованому дослідженні 54 жінок із різними сексуальними дисфункціями М. Р. McCabe [15] виявив, що КПТ ефективна у 44,4% пацієнток із проблемами сексуального здоров'я. КПТ була найефективнішою у жінок з аноргазмією та розладом сексуального збудження. Найменш ефективною вона виявилася у жінок, у яких був відсутній сексуальний інтерес. Загалом 54% пацієнток після КПТ, як і раніше, повідомляли про відсутність сексуального інтересу, хоча знизився загальний рівень сексуальної дисфункції, сформувалося більш позитивне ставлення до сексу, збільшилося сексуальне задоволення, зменшилася негативна реакція на сексуальну невдачу.

G. Trudel і співавт. [1] виявили, що у 74% жінок із HSDD стан покращився до закінчення групової КПТ. У 64% пацієнток поліпшення зберіглося через 1 рік після проведення КПТ. Автори зазначають, що загалом отримані результати свідчать про ефективність застосованого лікувального протоколу. КПТ не тільки зменшує симптоми цього розладу, а й покращує загальні когнітивні, поведінкові та сімейні функції, пов'язані з HSDD. У жінок, які пройшли КПТ, фіксували значне поліпшення сексуальної задоволеності, сприйняття сексуального збудження, діадичної адаптації, самооцінки, а також загальне підвищення мотивації, настрою та зменшення занепокоєння.

T. Lerner і співавт. [16] у своєму клінічному рандомізованому дослідженні поставили за мету вивчити ефективність групової КПТ для лікування жінок із HSDD. У ньому брали участь 106 жінок із діагнозом HSDD, які були розподілені на дві групи: група 1 (n=53) – отримували групову КПТ протягом 8 тиж, група 2 (n=53) була контрольною.

Сексуальну функцію оцінювали за опитувальником «Жіночий сексуальний коефіцієнт» ("the Female Sexual Quotient"; FSQQ) під час початкового опитування і через 6 міс. Для порівняння груп використовували критерій Манна–Уїтні. Обидві групи до застосування групової КПТ мали схожі характеристики (сексуальні реакції, уявлення про себе, стосунки з партнером). У

жінок, які пройшли терапію, зафіксовано значне поліпшення сексуальної функції порівняно з контрольною групою. Загальний результат FSQQ продемонстрував середнє збільшення на 18,08 бала в групі 1 проти зниження на 0,83 бала в контрольній групі ( $p < 0,001$ ). П'ять доменів опитувальника також продемонстрували значне поліпшення в групі 1: бажання та інтерес ( $p = 0,003$ ), прелюдія ( $p = 0,003$ ), збудження і тюнінг ( $p < 0,001$ ), комфорт ( $p < 0,001$ ), оргазм і задоволеність ( $p < 0,001$ ). Автори дійшли висновку, що групова КПТ є ефективним інструментом лікування HSDD.

N. S. Hajivosough і співавт. [17] вивчали ефективність когнітивно-біхевіорального навчання в поліпшенні сексуальної функції жінок. У дослідженні брали участь 30 випадковим чином відібраних жінок, які були розподілені на дві рівні групи (експериментальну та контрольну) по 15 осіб.

Учасниці дослідження – заміжні жінки віком від 25 до 40 років, яким на підставі діагностичних критеріїв DSM-IV було встановлено діагноз HSDD. В обстеженні не брали участь жінки з психічними та фізичними захворюваннями в анамнезі, такими, як травма спинного мозку, депресія, манія, а також ті, які вживали наркотики.

Спочатку всі жінки, що брали участь у дослідженні, були оцінені за допомогою Опитувальника сексуальної функції жінок (Women sexual function questionnaire), який був розроблений на основі класифікації сексуальних дисфункцій Американської психологічної асоціації. Цей опитувальник містить 23 запитання, які оцінюють усі типи сексуальних проблем окремо для чоловіків і жінок. Жіночий його варіант включає 5 підшкал, кожна з них оцінює один вид сексуальної дисфункції (сексуальне бажання, оргазм, сексуальне збудження, вагінізм), а також існування сексуальних фобій. Потім жінки експериментальної групи пройшли навчання у клінічного психолога. Їм було проведено десять 90-хвилинних сесій протягом 3 міс. Контрольна група не отримувала жодного навчання.

В основі групового навчання лежали тренінг сексуальних навичок, знайомство з різними сексуальними ситуаціями, тренінг навичок сексуальних стосунків, способи поліпшення подружніх стосунків, когнітивна перебудова дезадаптивних переконань і думок, поведінкові інтервенції, використання уявних образів та сексуальних фантазій, розширення сексуальних знань, письмові та напівструктуровані поведінкові практики. Після закінчення навчання жінки обох груп знову заповнили Опитувальник сексуальної функції жінок. На основі цього було зроблено висновок, що когнітивно-поведінкове навчання чинить значний вплив на поліпшення сексуальної функції жінок з HSDD ( $p = 0,01$ ).

### Когнітивна терапія, заснована на усвідомленості (англ. «mindfulness»)

Мета когнітивної терапії, заснованої на усвідомленості (уважності), полягає в тому, щоб спонукати учасників взаємодіяти зі своєю сексуальністю через вивчення та виконання різних вправ на уважність, спрямованих на поліпшення усвідомленості того, що відбувається тут і зараз [18]. Терапія також включає освітній компонент, який стосується сексуальності та сексуальної функції. Зміст заняття може включати допомогу жінкам у вияв-

ленні того, як на сексуальний інтерес і мотивацію впливають думки, почуття, поведінка і стосунки. Інша мета – підвищити обізнаність і таким чином змінити вплив сексуальної функції на настрої і самооцінку [2].

КПТ, заснована на усвідомленості, може допомогти пацієнтові підвищити обізнаність про теперішній момент, звести до мінімуму когнітивні відволікання під час сексуальної активності та підвищити обізнаність про приємні відчуття [19, 20]. У двох дослідженнях були виявлені позитивні результати тренування усвідомленості серед жінок з HSDD [21]. Також було показано, що групова терапія, заснована на усвідомленості, покращує сексуальне бажання у жінок [18, 22].

Lori A. Brotto [13] повідомляє, що у зв'язку з значною поширеністю когнітивного відволікання під час сексуальної активності, а також величезною кількістю негативних і осудливих думок, що виникають у жінок щодо себе і щодо сексу, в якості можливої стратегії поліпшення сексуального потягу було обрано уважність. Вона визначається як усвідомлення теперішнього моменту без осуду [23]. Усвідомленість спрямована на те, щоб навчити жінку залишатися зосередженою на конкретних процесах і проявах, наприклад, на тілесних відчуттях, диханні, звуках, і помічати негативні думки, але не заціклюватися на їхньому змісті. Існують докази того, що уважність може посилити зв'язок між генітальним і суб'єктивним збудженням і, отже, поліпшити узгодженість сексуального збудження [24]. За даними низки досліджень, чотири сеанси групової терапії, що базується на уважності, покращують сексуальне бажання [25].

Однак останнім часом фахівці використовують винятково групові програми з розвитку уважності, що складаються з 8 сеансів, оскільки вони імітують стандартизовані протоколи, які використовуються для людей із хронічним болем, тривогою і депресією. Результати одного дослідження продемонстрували, що 8-сесійна групова програма, що включала вправи на уважність, які виконували вдома, привела до посилення сексуального бажання та сексуальної функції загалом і зменшення дистресу, пов'язаного із сексом, незалежно від тривалості зниження статевого потягу [26]. Перевагами, які спостерігаються під час використання методу, є можливе поліпшення регуляції уваги, емоційного стану та самосвідомості.

Існують дані, які свідчать про те, що практика mindfulness може привести до нейропластичних змін у структурі та функції ділянок мозку, пов'язаних із регуляцією уваги, емоцій і самосвідомості [25]. Доктор Алтхов (Althof) у своєму інтерв'ю сказав: «Може бути високий рівень відволікання. Жінка може бути зайнята роботою, може думати про те, як доглядати за дітьми або хворим батьком, може думати про всі справи, які вона запланувала у своєму житті». Mindfulness може допомогти жінкам зосередитися на тому, що має значення для сексуального контакту, та ігнорувати фактори, які відволікають від сексуальної взаємодії. Названий автор також зазначив, що частина терапевтичних рекомендацій може включати прохання до партнера не пред'являти жодних вимог до жінки під час проведення статевого акту, щоб вона не відчувала постійного тиску [13].

Lori A. Brotto [13] зазначає, що класична КПТ і mindfulness підходять для жінок, у яких зниження бажан-

ня викликає дистрес після специфічної медичної терапії [27]. Було вивчено можливість застосування програм, заснованих на mindfulness, для поліпшення сексуального бажання і зниження дистресу, пов'язаного із сексуальним життям у жінок із раком шийки матки та ендометрія. Було встановлено, що короткі заняття, які включають комбінацію навчання, КПТ і mindfulness, здатні привести до цих результатів [28]. Онлайнві адаптації цих програм також приносять користь жінкам, які пережили рак, знижуючи дистрес, пов'язаний із сексом, і поліпшуючи настрій та сексуальну функцію [29].

### Терапія прийняття та відповідальності (Acceptance and Commitment Therapy – АСТ)

Це один із новітніх напрямів поведінкової (когнітивно-поведінкової) терапії, яка може використовуватися для корекції гіпоактивного статевого потягу. На відміну від уявлень про «здорову нормальність», характерних для західної психології, АСТ припускає, що психологічні процеси у свідомості нормальної, «здорової» людини часто є деструктивними і викликають психологічне страждання. Позбавлення від симптомів або їх послаблення не є метою АСТ. У цьому підході вважається, що найчастіше саме постійні спроби позбутися «симптомів» призводять до психічних розладів. Мета АСТ полягає в перетворенні взаємодії пацієнта з неприємними думками і відчуттями. Він більше не повинен сприймати їх як «симптоми» і вчиться сприймати їх як нешкідливі, нехай і дискомфортні, але минулі психологічні події. У результаті цього симптоми послаблюються. У цьому підході акцент робиться на тому, що чим більше часу і сил витрачається на уникнення небажаних суб'єктивних переживань або позбавлення від них, тим більш виражене психологічне страждання можна отримати в довгостроковій перспективі. Чим важливішим людина вважає позбавлення від занепокоєння, тим більше вона «турбується про це занепокоєння». Таким чином вона посилює його. Це порочне коло лежить в основі будь-яких психічних розладів, які пов'язані з тривогою [30, 31].

В АСТ не робиться жодних спроб скоротити, змінити, уникнути, придушити або контролювати суб'єктивні переживання. Пацієнти вчать знижувати вплив небажаних думок і почуттів через ефективне використання усвідомленості. Вони вчать припиняти ворожечу із своїми переживаннями, відкриватися для них, надавати їм простір і дозволяти їм приходити і йти без боротьби. Тепер (для зміни життя на краще) час, енергію та гроші, які раніше витрачалися на спроби контролю своїх почуттів, можна вкладати у вчинення ефективних дій, продиктованих власними цінностями [30, 31].

В АСТ виділяють шість ключових принципів [31]:

**1. Поділ (не-злиття).** У стані когнітивного злиття люди є заручниками. Вони сприймають думки як істину в останній інстанції або як правила, що підлягають додержанню, або як важливі події, що потребують повної уваги, або як загрозу, якої необхідно позбутися. Коли людина перебуває у стані злиття із своїми думками, вони мають величезний вплив на її поведінку. «Когнітивний поділ означає, що ми можемо зробити наче «крок назад» і спостерігати за думками збоку. Ми можемо помітити, що наші думки – не більше і не менше, ніж швидкоплинні

суб'єктивні переживання, постійно мінливий потік слів, звуків і картинок. Щойно ми відокремлюємося від думок, їхня здатність впливати на нас різко знижується».

**2. Прийняття.** Воно полягає в наданні простору неприємним відчуттям, почуттям, бажанням та іншим суб'єктивним переживанням. Людина дозволяє їм приходити і йти без боротьби. Вона не тікає від них і не приділяє їм надмірної уваги.

**3. Контакт із сьогоденням.** Необхідно з відкритістю, інтересом і сприйнятливістю зосереджуватися на тому, що відбувається тут і зараз; фокусуватися і повністю втягуватися в те, чим у цей момент займаєшся.

**4. Позиція спостерігача.** «Отримуємо доступ до трансцендентного самовідчуття – безперервного, незмінного, вічного і невразливого». Перебування в цій позиції дає можливість відчувати людину, що вона не є її думками, почуттями, спогадами, бажаннями, відчуттями, образами, ролями чи фізичним тілом. Усі ці явища постійно змінюються, вони є її другорядними характеристиками, але не її суттю.

**5. Цінності.** Пацієнт прояснює для себе те, що для нього є важливим і що знаходиться в глибині його серця. Якою людиною він хоче бути? Що, на його думку, значуще і наділене сенсом? За що в цьому житті він готовий боротися?

**6. Проактивність** (дії, засновані на прихильності цінностям). Людина ставить цілі, керує власними цінностями, і здійснює ефективні дії для їх досягнення.

В АСТ існують різні техніки, які дають змогу реалізувати ці принципи.

### Схемотерапія (schema therapy)

Цей метод використовують для корекції гіпоактивного статевого потягу. Він був створений Джеффри Янгом (Jeffrey E. Young) як модифікація КПТ для пацієнтів, у яких стандартна КПТ була недостатньо ефективною. Він належить до «третьої хвилі» КПТ. Свою назву цей вид психотерапії отримав тому, що він спрямований на руйнування дезадаптивних схем («життєвих пасток»), які формуються внаслідок незадоволення базових емоційних потреб у дитинстві або підлітковому віці. Згодом схема не дозволяє базовим емоційним потребам задовольнятися в дорослому віці. Наприклад, дитина, чия потреба в безпечних стосунках не задовольнялася її батьками, може багато років у майбутньому жити за відсутності безпечних стосунків, що може тривати протягом усього її життя.

Схеми – це дуже стабільні та стійкі патерни, що складаються зі спогадів, тілесних відчуттів, емоцій і почуттів. Збереження схеми відбувається завдяки когнітивним спотворенням. Метою схемотерапії є «зцілення» дезадаптивних схем. Існує багато ефективних технік, які може використовувати психотерапевт для їхнього послаблення. Їх можна розділити на чотири категорії: емоційні, міжособистісні, когнітивні та поведінкові [32].

А. Afzaligrouh і співавт. [33] досліджували ефективність схемотерапії у заміжніх жінок із гіпоактивним сексуальним потягом. Спеціально було відібрано 30 жінок, яких потім розділили на дві групи по 15 осіб – експериментальну та контрольну. Експериментальна група отримувала 10 щотижневих сеансів схемотерапії. Дані були зібрані за допомогою індексу сексуальності Голбер-

та (Holbert Sexuality Index) (1992) і проаналізовані за допомогою коваріаційного тесту. Результати дослідження продемонстрували, що схемотерапія може бути ефективним методом лікування гіпоактивного розладу статевого потягу у жінок.

### Метакогнітивна терапія (МКТ)

Психотерапевтичний метод метакогнітивної терапії також використовують для корекції гіпоактивного статевого потягу [34]. Його розробив психолог Едріан Уеллс (Adrian Wells), який написав книгу «Метакогнітивна терапія тривоги і депресії» [35]. На відміну від настанов когнітивної терапії, Уеллс вважає, що річ не у змісті думок, адже і у хворих, і у здорових людей можуть бути однакові думки, проте здорові люди цілком нормально уживаються з ними. На його думку, вся справа у ставленні до думок. Він каже: «Думки не важливі ... на відміну від вашої реакції на них». МКТ-терапія полягає у зміні в пацієнта способу реагування на негативні думки, оскільки справа не в наявності, якості або кількості негативних думок, а в реакціях на них.

### Секс-терапія (sex therapy)

При порівнянні секс-терапії з різними методами психотерапії можна відзначити певну її близькість із біхевіоральною (поведінковою) терапією. Це спостерігається під час секс-терапевтичного лікування передчасного сім'явиверження, яке полягає у руйнуванні неадекватного та формуванні пристосованого до ситуації еякуляторного рефлексу, що, безсумнівно, є різновидом аверсійної терапії. Замість медикаментозної аверсії (бловотні засоби) або за допомогою електричних розрядів як непрямий стимул під час секс-терапії використовують відчуття, що виникають під час стискання голівки члена у вінцевій борозні [36].

Загальні терапевтичні підходи в секс-терапії для лікування слабого статевого потягу включають [37]:

- Психосвіту щодо чинників, які призводять до зниження бажання/збудження.
- Пріоритетний час для сексу/близькості в парі (або мастурбації для окремої людини).
- Зміну контексту щодо того, коли і як відбувається сексуальна активність.
- Підвищення свободи дій/контролю під час сексуальних контактів для партнера з низьким рівнем збудження.
- Усунення конфліктів та оптимізацію стратегії спілкування для пар.
- Зменшення орієнтованої на оргазм сексуальної активності.
- Збільшення чуттєвої активності внаслідок зосередження на приємних відчуттях.
- Вправи, орієнтовані на відчуття для підвищення обізнаності та покращення спілкування пар.
- Вправи на усвідомленість для підвищення соматичної обізнаності окремих осіб.

За зазначеною терапією може звернутися як людина з гіпоактивним статевим потягом, так і пара, на яку вплинуло зниження бажання партнера/партнерки.

Головним сексуально-поведінковим прийомом у терапії інгібованого сексуального потягу є фокусування

відчуттів. Терапія за допомогою такого фокусування містить у собі поетапну серію вправ із чуттєвих дотиків [38, 39]. Ці вправи починаються з негенітальних дотиків, під час яких відбувається поступовий перехід від дотиків і пестощів, які не є специфічно сексуальними, до чуттєвих і відверто сексуальних. Потім при успішному їх виконанні переходять до дотиків статевих органів і в кінцевому підсумку до проникаючої сексуальної активності / статевого акту або іншої генітальної сексуальної активності. Цей підхід ґрунтується на систематичній десенсибілізації, що використовується під час поведінкової терапії. Якщо йдеться про жінок, то сенсорне фокусування може бути кориснішим у підгрупі пацієнок із HSDD, вторинним щодо тривоги, пов'язаної з проникненням і зумовленим нею поведінковим униканням [2].

Mark F. Schwartc і William H. Masters [40] обговорюють досвід використання секс-терапії в корекції гіпоактивного статевого потягу в Інституті Мастерса і Джонсона (США). На їхню думку, прогноз при лікуванні розладу фази бажання не гірший, ніж при лікуванні інших сексуальних дисфункцій. Серед пацієнтів цього Інституту гіпоактивний статевий потяг набагато частіше виникав як вторинна скарга, а не як первинний чинник занепокоєння людини або пари з приводу сексуальної неадекватності. Після розвитку іншої сексуальної дисфункції чоловіки і жінки зазвичай або зменшують частоту статевих контактів, або взагалі відмовляються від них. Якщо людина із сексуальною дисфункцією може втішати себе, спираючись на слабкий сексуальний інтерес або його відсутність, у неї більше шансів уникнути сексуальних контактів і загрози сексуальної невдачі.

Цитовані автори зазначають, що Інститут уже давно дотримується думки, що чоловік аноргазмичної дружини та дружина «імпотентного» чоловіка зазвичай мають проблеми, які потребують психотерапевтичної підтримки. Саме з цієї причини Інститут завжди наполягав на лікуванні пар, а не окремих осіб.

Велику увагу автори приділяють психологічним чинникам у розвитку сексуальних проблем і описують «ефект спіралі», який полягає у наступному: «Коли сексуальна взаємодія постійно заподіює подружжю страждання, один із партнерів прагне відмовитися від статевих контактів. Це запускає «ефект спіралі» – серію згубних впливів на рівень сексуального бажання у стосунках. Обидва партнери можуть назвати того, хто більше страждає, гіпосексуальним. Партнер, який відчуває більше бажання, може відчути себе нелюбимим або небажаним і, найімовірніше, збільшить частоту своїх вимог до сексуальної взаємодії, щоб підтримати своє неминуче знецінене «Я». У свою чергу, підвищений рівень сексуального попиту створює у пригніченого партнера відчуття тиску, яке ще більше знижує рівень його бажання. З метою самозахисту пригнічений партнер може спробувати відповісти на цей сексуальний тиск, навіть не відчуваючи особливого бажання. Згодом такі вимушені сексуальні ситуації можуть призвести до сексуальної дисфункції або сексуальної відрази. Надалі ефект спіралі може включати хибне переконання в тому, що партнер із нижчим рівнем сексуального бажання більше не любить. Реагуючи на явну відмову партнера з низьким рівнем сексуального потягу, партнер з вищим його рівнем може відчувати почуття невпевненості у гар-

ному образі свого тіла, що згодом може призвести до розвитку проблем із самооцінкою, а також депресії, дратівливості або почуття провини. Кінцевим результатом ефекту спіралі є численні подружні проблеми, які ґрунтуються, як правило, на погіршенні комунікативної взаємодії та здатності розв'язувати проблеми, що ще більше ускладнює стосунки» [40].

Обговорюючи питання лікування загальмованого статевого потягу та його строки, цитовані автори зазначають, що, як і інші сексуальні дисфункції, багато розладів статевого потягу зумовлено базовою дезінформацією, відсутністю досвіду або деструктивними стосунками. Їх можна ефективно лікувати за допомогою «дозвольного» та освітнього компонентів секс-терапії. Навіть якщо йдеться про глибші проблеми, коротка психотерапія може призвести до послаблення/зникнення симптомів, що, у свою чергу, сприяє розв'язанню цих глибинних проблем. Підхід Інституту полягає в тому, щоб якнайшвидше усунути загальмований сексуальний потяг і гарантувати, що він не з'явиться протягом дворічного спостереження [40].

Якщо спостерігати за парою щоденно впродовж 14 днів, по можливості не відриваючи її членів від роботи та сім'ї, то глибинні перешкоди, що заважають сексуальному потягу партнера із загальмованим сексуальним потягом, зазвичай проявляються самі або стають каталізатором терапевтичного втручання. Контрольовані терапевтичні ситуації дають змогу терапевту розширити комунікативні навички пари. Ці навички охоплюють передачу і сприйняття повідомлень один одному; розв'язання проблем; реагування на потреби один одного; творчий підхід до спілкування; способи подолання тривалої ворожості; способи подолання амбівалентності щодо близькості, вразливості, довіри і зв'язку. Кожен день лікування є одночасно і діагностичним, і терапевтичним, оскільки в процесі роботи постійно з'являється дедалі більше інформації про інтерактивні патерни пари [40].

Якщо у пари мають місце трансакції, які негативно впливають на інтимність і сексуальне бажання, то терапевту слід активно спрямовувати пару до досягнення взаємно заявлених нею цілей, використовуючи такі способи:

- 1) конфронтацію з трансакціями, вказуючи на їх потенційно руйнівні наслідки;
- 2) пропозицію використання навичок, що поліпшують взаємодію пари;
- 3) надання конкретних пропозицій щодо використання способів і засобів для застосування нових навичок.

Одночасно партнерам надається підтримка, спрямована на поліпшення їхніх стосунків [40].

При щоденних зустрічах терапевта з парою її члени зазвичай відчувують підвищену мотивацію, спостерігаючи за змінами, що швидко розвиваються у їхній поведінці. У них поліпшується самооцінка. Вони відчують задоволення від освоєних ними технік позитивної комунікативної взаємодії і почуттів прив'язаності, що виникають при цьому. У свою чергу, відчуття благополуччя у стосунках посилює мотивацію до подальшого вдосконалення і підживлює процес зміни поведінки [40].

Мета короткотермінової терапії – допомогти кожному члену діади відчувати достатню впевненість у собі,

щоб загрозою для нього не була поведінка та мислення партнера, тимчасове зближення з ним чи його віддалення. Коли один із учасників стосунків намагається «тиснути» на іншого (примус його до чого-небудь, маніпулювання ним і контроль над ним), то в останнього починає наростати образа. Результатом цього може стати боротьба за владу у стосунках. Терапевтичний підхід Інституту полягає в тому, щоб стосунки використовувалися як засіб зміни особистості. Щойно партнери відчують, що вони не противники, а члени однієї команди, і їх приймають, а не засуджують, можливі великі індивідуальні зміни. Партнери вчаться надавати один одному невеликі послуги з метою показати, що вони небайдужі один одному. Між ними формується ставлення за типом «віддавати – отримувати», що дає змогу повернути назад ефект спіралі. Люди визнають свою деструктивну поведінку та її небажані наслідки. Оскільки до мінімуму зводиться ризик того, що хтось із партнерів розірве стосунки, вони почуваються впевненіше. Ці зміни в поведінці та установках знімають тиск сексуальної взаємодії [40].

Якщо короткострокова терапія не мала успіху, терапевт за необхідності готовий проводити корекцію протягом 2 років одразу після 2-тижневої фази швидкого лікування, передбаченої програмою Інституту [40].

Althof Stanley [41] зазначає, що одним із підходів до лікування сексуальних дисфункцій є секс-терапія, яка спрямована на розв'язання таких проблем, як сексуальне бажання, збудження, оргазм і біль. Вона може проводитися індивідуально, у парі або в групі та зазвичай триває певний час (наприклад, три місяці за умови щотижневих занять). Секс-терапія може складатися з таких вправ, як сенсорне фокусування, що містить чуттєві дотики, спрямовані на поступове посилення сексуального бажання і зниження уникнення сексуальної активності. Сенсорне фокусування – це спосіб, при якому партнери торкаються один до одного і надають один одному зворотний зв'язок про те, що приносить задоволення, а що ні. Автор зазначає: «Вони можуть займатися цією практикою вдома. Ідея полягає в тому, щоб не концентруватися на статевому акті, і в тому, щоб жінка не відчувала занепокоєння з приводу сексу» [13].

М. А. Ramezani і співавт. [34] провели рандомізоване дослідження з метою порівняти ефективність метакогнітивної терапії (МКТ) із сексуальною терапією В. Мастерса і В. Джонсон (МДжСТ) в іранських жінок з HSDD. Учасники були відібрані з клінік сімейного консультування в Тегерані та Ісфахані. Вони були випадковим чином розподілені у дві групи, які отримали 10 сеансів МКТ або МДжСТ. Опитувальник сексуального потягу був заповнений учасниками до і після терапії, а також через 6 міс після її завершення. Результати проведеного дослідження свідчили про те, що після закінчення лікування статевої потяг значно посилювався в групі ККТ порівняно з групою МДжСТ, однак через 6 міс після закінчення лікування зареєстрована між двома групами різниця вже не була значущою.

На закінчення слід зазначити, що в цій статті знайшли відображення деякі методи психотерапії, які можна використовувати для корекції гіпоактивного статевого потягу.

## 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

- Trudel G, Marchand A, Ravart M, Aubin S, Turgeon L, Fortier P. The effect of a cognitive-behavioral group treatment program on hypoactive sexual desire in women. *Sex Relationship Ther.* 2001;16(2):145-64. doi: 10.1080/14681990120040078.
- Goldstein I, Kim NN, Clayton AH, DeRogatis LR, Giraldo A, Parish SJ, et al. Hypoactive Sexual Desire Disorder: International Society for the Study of Women's Sexual Health (ISSWSH) Expert Consensus Panel Review. *Mayo Clin Proc.* 2017;92(1):114-28. doi: 10.1016/j.mayocp.2016.09.018.
- Power PW. *The Psychological And Social Impact of Illness and Disability.* New York City: Springer Publishing Company; 2007. 762 p.
- Annon J. The PLISSIT model: a proposed conceptual scheme for the behavioral treatment of sexual problems. *J Sex Educ Ther.* 1976;2(1):1-15
- Sally D. *Rehabilitation: The Use of Theories and Models in Practice.* Amsterdam: Elsevier Health Sciences; 2006. 178 p.
- Beck JS. *Cognitive Therapy: A Complete Guide: Translated from English.* Burley: LLC "ID Williams"; 2006. 400 p.
- Beck AT. Thinking and depression. II. Theory and therapy. *Arch Gen Psychiatry.* 1964;10:561-71. doi: 10.1001/archpsyc.1964.01720240015003.
- Ellis A. *Reason and emotion in psychotherapy.* New York: Lyle Stuart; 1962. 234 p.
- Meichenbaum D. *Cognitive-behavior modification: An integrative approach.* New York: Plenum Press; 1977. 145 p.
- Lazarus A. *Multimodal behavior therapy.* New York: Springer; 1976. 241 p.
- Mahoney M. *Human change processes: The scientific foundations of psycho-therapy.* New York: Basic Books; 1991. 608 p.
- Meston CM, Bradford A. Sexual dysfunctions in women. *Annu Rev Clin Psychol.* 2007;3:233-56.
- Brotto LA. Management of hypoactive sexual desire disorder in women: awareness & treatments [Internet]. *Sex Health.* 2017. Available from: <https://the-medicalxchange.com/en/review/chapter-2-treatments-psychology/#>.
- Pachano Pesantez GS, Clayton AH. Treatment of Hypoactive Sexual Desire Disorder Among Women: General Considerations and Pharmacological Options. *Focus. (Am Psychiatr Publ).* 2021;19(1):39-45. doi: 10.1176/appi.focus.20200039.
- McCabe MP. Evaluation of a cognitive behavior therapy program for people with sexual dysfunction. *J Sex Marital Ther.* 2001;27(3):259-71. doi: 10.1080/009262301750257119.
- Lerner T, Bagnoli VR, de Pereyra EAG, Fonteles LP, Sorpreso ICE, Jnior JMS, et al. Cognitive-behavioral group therapy for women with hypoactive sexual desire: A pilot randomized study. *Clinics (Sao Paulo).* 2022;77:100054. doi: 10.1016/j.clinsp.2022.100054.
- Hajivosough NS, Tavakolizadeh J, Rajayi A, Atarodi A. The effect of cognitive-behavioral teaching on improvement of women's sexual function with hypoactive sexual desire disorder. *Zahedan J Res Med Sci (ZJRMS).* 2012;14(10):100-2.
- Brotto LA, Basson R. Group mindfulness-based therapy significantly improves sexual desire in women. *Behav Res Ther.* 2014;57:43-54. doi: 10.1016/j.brat.2014.04.001.
- Silverstein RG, Brown AC, Roth HD, Britton WB. Effects of mindfulness training on body awareness to sexual stimuli: implications for female sexual dysfunction. *Psychosom Med.* 2011;73(9):817-25. doi: 10.1097/PSY.0b013e318234e628.
- Arora N, Brotto LA. How Does Paying Attention Improve Sexual Functioning in Women? A Review of Mechanisms. *Sex Med Rev.* 2017;5(3):266-74. doi: 10.1016/j.jsxmr.2017.01.005.
- Pyke RE, Clayton AH. Psychological treatment trials for hypoactive sexual desire disorder: a sexual medicine critique and perspective. *J Sex Med.* 2015;12(12):2451-8. doi: 10.1111/jsm.13056.
- Brotto LA, Basson R, Luria M. A mindfulness-based group psychoeducational intervention targeting sexual arousal disorder in women. *J Sex Med.* 2008;5(7):1646-59. doi: 10.1111/j.1743-6109.2008.00850.x.
- Bishop SR, Lau M, Shapiro S, Carlson L, Anderson ND, Carmody J, et al. Mindfulness: A proposed operational definition. *Clin Psychol Sci Pract.* 2004;11(3):230-41. doi: 10.1093/clipsy.bph077.
- Brotto LA, Chivers ML, Millman RD, Albert A. Mindfulness-Based Sex Therapy Improves Genital-Subjective Arousal Concordance in Women with Sexual Desire. *Arch Sex Behav.* 2016;45(8):1907-21.
- Brotto LA, Goldmeier D. Mindfulness Interventions for Treating Sexual Dysfunctions: The Gentle Science of Finding Focus in a Multitask World. *J Sex Med.* 2015;12(8):1687-9. doi: 10.1111/jsm.12941.
- Paterson LQP, Handy AB, Brotto LA. A Pilot Study of Eight-Session Mindfulness-Based Cognitive Therapy Adapted for Women's Sexual Interest/Arousal Disorder. *J Sex Res.* 2017;54(7):850-61. doi: 10.1080/00224499.2016.1208800.
- Brotto L, Atallah S, Johnson-Agbakwu C, Rosenbaum T, Abdo C, Byers ES, et al. Psychological and Interpersonal Dimensions of Sexual Function and Dysfunction. *J Sex Med.* 2016;13(4):538-71. doi: 10.1016/j.jsxm.2016.01.019.
- Brotto LA, Heiman JR, Goff B, Greer B, Lentz GM, Swisher E, et al. A psychoeducational intervention for sexual dysfunction in women with gynecologic cancer. *Arch Sex Behav.* 2008;37(2):317-29. doi: 10.1007/s10508-007-9196-x.
- Brotto LA, Dunkley CR, Breckon E, Carter J, Brown C, Daniluk J, et al. Integrating Quantitative and Qualitative Methods to Evaluate an Online Psychoeducational Program for Sexual Difficulties in Colorectal and Gynecologic Cancer Survivors. *J Sex Marital Ther.* 2017;43(7):645-62. doi: 10.1080/0092623X.2016.1230805.
- Russ H. *Accepting Your Own Demons: A Review of Acceptance and Responsibility Therapy.* Russ H. *Accepting Your Own Demons: A Review of Acceptance and Responsibility Therapy* [Internet]. *Eros and Space magazine.* 2017. 7 p. Available from: <https://www.readkong.com/page/embracing-your-demons-an-overview-of-a-ceptance-and-4371435>.
- Harris R. Happiness trap. Stop worrying, start living. *Durban: Trumpeter;* 2014. 480 p.
- Cognitive Behavioural Therapy. What is Schema Therapy? [Internet] Lviv; Available from: <https://cbt-therapist.net/en/what-schema-therapy>.
- Afzaligrouh A, Nosrat AM, Ghasemzadeh M, Choobdary A. The Effectiveness of Schema Therapy on Married Women with Hypo-active Sexual Desire Disorder in Sirjan City. *Community Health Journal.* 2017;11(3-4):38-46. doi: 10.22123/chj.2018.93693.1024.
- Ramezani MA, Ahmadi K, Besharat M, Noohi S, Ghaemmaghami A. Efficacy of metacognitive therapy for hypoactive sexual desire disorder among Iranian couples. *Psychotherapy Research.* 2018;28(6):902-8. doi: 10.1080/10503307.2017.1301690.
- Wells A. *Metacognitive therapy for anxiety and depression.* New York: Guilford Publications; 2021. 422 p.
- Kocharyan GS, Kocharian AS. *Psychotherapy of sexual disorders and marital conflicts.* Moscow: Medicine; 1994. 224 p.
- Indigo SC, Benjamin T, editors. *Hypoactive Sexual Desire Disorder (HSDD): Symptoms, Causes, & Treatments* [Internet]. 2022. Available from: <https://www.choosingtherapy.com/hypoactive-sexual-desire-disorder/>.
- Masters WH, Johnson VE. *Human Sexual Inadequacy* (5 Editors). Boston: Little Brown and Co; 1970. 769 p.
- Masters W, Johnson V, Kolodny R. *Biological Fundamentals of sexology.* New York: Harpercollins College Div; 1998. 354 p.
- Schwartz MF, Masters William H. *Inhibited Sexual Desire: The Masters and Johnson Institute Treatment Model.* In the book: *Sexual Desire Disorders* (Eds. Sandra R. Leiblum, Ph.D and Raymond C. Rosen, Ph.D.). London: The Guilford Press; 1988, p. 229-42.
- Althof SE. Sex therapy and combined (sex and medical) therapy. *J Sex Med.* 2011;8(6):1827-8. doi: 10.1111/j.1743-6109.2011.02306.x.

Стаття надійшла до редакції 31.07.2023. – Дата першого рішення 03.08.2023. – Стаття подана до друку 11.09.2023