



Дипломна робота

# КПТ РОЗЛАДІВ СЕКСУАЛЬНИХ ФУНКЦІЙ У ЖІНОК

Ірина Дмитерко

Львів 2018

## ЗМІСТ

СЕКСУАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я ТА РОЗЛАДИ СЕКСУАЛЬНИХ ФУНКЦІЙ .....	2
Діагностичні критерії розладів сексуальних функцій у жінок. ....	3
Моделі нормальної сексуальної реакції .....	9
Психологічна модель сексуальних дисфункцій .....	11
КПТ У ЛІКУВАННІ РОЗЛАДІВ СЕКСУАЛЬНИХ ФУНКЦІЙ У ЖІНОК.....	12
Ефективність КПТ у лікуванні розладів сексуальних функцій у жінок.....	13
Типові підтримуючі цикли і процеси .....	15
Структура когнітивно-поведінкової терапії сексуальних дисфункцій у жінок..	16
Особливості КПТ розладу сексуального інтересу/збудження у жінок .....	31
Особливості КПТ розладу оргазму у жінок .....	33
Особливості КПТ розладу проникнення/генітально-тазового болю .....	35
ВИСНОВКИ .....	38
Список використаної літератури.....	39

## СЕСУАЛЬНЕ ЗДОРОВ'Я ТА РОЗЛАДИ СЕСУАЛЬНИХ ФУНКЦІЙ

Всесвітня організація охорони здоров'я визначає сексуальне здоров'я як стан фізичного, емоційного, психічного та соціального благополуччя, пов'язаного з сексуальністю. Це не просто відсутність хвороби чи дисфункції. Воно передбачає позитивне і шанобливе ставлення до сексуальності та сексуальних стосунків, а також можливість мати приємний та безпечний сексуальний досвід, що є вільним від примусу, дискримінації та насильства (World Health Organization, 2006).

Сексуальне здоров'я є невід'ємною складовою загального людського здоров'я, воно має вагомий вплив на широкий спектр аспектів людського буття протягом усього життя, зокрема на психологічне благополуччя, якість життя та відчуття щастя.

Однією з ключових проблем сексуального та психічного здоров'я є розлади сексуальних функцій (сексуальні дисфункції). За визначенням діагностичного і статистичного посібника з психічних розладів Американської психіатричної асоціації (DSM-V), сексуальні дисфункції – це неоднорідна група розладів, які, як правило, характеризуються клінічно значимими порушеннями здатності людини до сексуальної реакції або здатності пережити досвід сексуального задоволення.

Цикл сексуальної реакції (вперше описаний Мастерсом і Джонсон, що розробили комплексну модель розуміння сексуальної реакції людини, і доповнена Каплан) включає 4 фази: потяг, збудження, оргазм, розпруження (Masters, Johnson, 1966, Kaplan 1974).

Тобто, сексуальні дисфункції можна узагальнено описати, як клінічні синдроми, що погіршують сексуальне функціонування на цих етапах.

Найбільш репрезентативне дослідження поширеності сексуальних розладів проведене в США (Laumann, Paik, & Rosen, 1999) показало, що розповсюдженість розладів сексуальних функцій серед жінок складає 43%, серед чоловіків 31% та 45% серед пар. Ці дані дозволяють стверджувати, що сексуальні дисфункції трапляються частіше ніж тривожні розлади, розлади настрою та розлади пов'язані з вживанням психоактивних речовин.

Сексуальні реакції, маючи біологічне підґрунтя, як правило, проживаються у внутрішньоособистісному, міжособистісному і культуральному контексті. Таким чином, сексуальні функції передбачають складну взаємодію між біологічними,

соціокультурними та психологічними чинниками, а сексуальні дисфункції формуються в результаті синергії соматичних і психічних факторів.

Труднощі, що супроводжують сексуальні дисфункції приводять до стосункових проблем, є джерелом сорому, незадоволення чи відчуження, самотності, конфліктів, психологічного чи фізичного насильства.

### Діагностичні критерії розладів сексуальних функцій у жінок.

Діагностичний і статистичний посібник з психічних розладів Американської психіатричної асоціації (DSM-V) виділяє наступні сексуальні розлади у жінок: розлад сексуального інтересу/збудження (female sexual interest/arousal disorder), розлад оргазму у жінок (female orgasmic disorder), розлад генітально-тазового болю/проникнення (genito-pelvic pain/penetration disorder).

#### ***Розлад оргазму у жінок***

Діагностичні критерії:

- A. Наявність хоча б одного з наступних симптомів при практично всіх або усіх (75-100%) випадках сексуальної активності:
  - 1. Відмічається затримка, рідкість чи відсутність оргазму;
  - 2. Значно знижена інтенсивність оргазмічних відчуттів.
- B. Симптоми критерію А зберігаються мінімум 6 місяців.
- C. Симптоми критерію А викликають клінічно значущі страждання.
- D. Ця сексуальна дисфункція не може бути краще пояснена несексуальними психічними розладами або наслідком вираженого дистресу у стосунках (напр. сімейне насильство), або інших важливих стресових факторів і не пов'язана з впливом речовин/ліків чи іншого медичного стану.

Розлад може мати пожиттєвий характер (симптоми присутні з початку сексуальної активності людини) або набутий (симптоми з'явилися після періоду відносно нормальної сексуальної функції).

Може бути генералізований (не обмежується певними видами стимуляції, ситуаціями або партнерами) або ситуаційний (відбувається лише з певними видами стимуляції, ситуаціями і партнерами).

Ступінь вираженості: м'який, помірний, тяжкий (відповідно до рівня дистресу від симптомів критерію А).

Під час оцінки та діагностики слід враховувати наступні фактори:

- фактор партнера (його сексуальні проблеми, його стан здоров'я);
- фактор стосунку (напр. погана комунікація, розбіжності у бажаннях, адже якщо жінка відчуває оргазм при мастурбації і не відчуває з партнером, діагноз не ставиться);
- фактори індивідуальної вразливості (поганий образ тіла, історія сексуального або емоційного насильства), психіатричні коморбідності (напр. депресія, тривожні розлади) чи стресові фактори (напр. втрата вагітності, безробіття);
- культурально-релігійні чинники (заборони на певну сексуальну активність, негативне ставлення до сексуальності);
- медичні фактори, що мають відношення до прогнозу, перебігу або лікування.

Поширеність:

Зафіксовані показники поширеності варіюються від 10% до 42%, залежно від багатьох факторів (вік, культуральний контекст, тривалість і тяжкість симптомів). Близько 10% жінок ніколи не відчували оргазму протягом усього життя. За даними Ломана з колегами 26% жінок відчувають значні труднощі в досягненні оргазму (Lauman et al, 1999).

Диференційний діагноз:

Депресія, як первинний розлад, вживання психоактивних речовин/медикаментів, інші медичні захворювання (травма спинного мозку, розсіяний склероз).

Коморбідність:

Висока коморбідність з розладом сексуального інтересу/збудження, а також з несексуальними психічними розладами, такими як великий депресивний розлад.

### ***Розлад сексуального інтересу/збудження у жінок***

Діагностичні критерії:

- A. Відсутній або значно знижений сексуальний інтерес/збудження, що виявляється принаймні трьома з наведених нижче симптомів:
1. Відсутній/знижений інтерес до сексуальної активності;
  2. Відсутні/зменшені сексуальні/еротичні думки чи фантазії;
  3. Відсутня/знижена ініціатива до сексуальної активності і, як правило, неприйняття спроб партнера ініціювати сексуальну активність;

4. Відсутність/зменшення сексуального збудження під час сексуальної активності майже у всіх або всіх (75-100%) статевих контактах (у певних ідентифікованих ситуаційних контекстах або генералізовано у всіх контекстах);
  5. Відсутній/зменшений сексуальний інтерес/збудження у відповідь на будь-які внутрішні або зовнішні сексуальні/еротичні сигнали (письмові, вербальні, візуальні);
  6. Відсутні/зменшені генітальні або негенітальні відчуття під час сексуальної активності майже у всіх або усіх (75-100%) статевих контактах.
- B. Симптоми критерію А зберігаються мінімум 6 місяців.
- C. Симптоми критерію А викликають клінічно значущі страждання.
- D. Ця сексуальна дисфункція не може бути краще пояснена несексуальними психічними розладами або наслідком вираженого дистресу у стосунках (напр. сімейне насильство), або інших важливих стресових факторів і не пов'язана з впливом речовин/ліків чи іншого медичного стану.

Розлад може мати позитивний характер (симптоми присутні з початку сексуальної активності людини) або набутий (симптоми з'явилися після періоду відносно нормальної сексуальної функції).

Може бути генералізований (не обмежується певними видами стимуляції, ситуаціями або партнерами) або ситуаційний (відбувається лише з певними видами стимуляції, ситуаціями і партнерами).

Ступінь вираженості: м'який, помірний, тяжкий (відповідно до рівня дистресу від симптомів критерію А).

Під час оцінки та діагностики слід враховувати такі фактори:

- фактор партнера (його сексуальні проблеми, його стан здоров'я);
- фактор стосунку (напр. погана комунікація, розбіжності у бажаннях);
- фактори індивідуальної вразливості (поганий образ тіла, історія сексуального або емоційного насильства), психіатричні коморбідності (напр. депресія, тривога) чи стресові фактори (напр. втрата вагітності, безробіття)
- культурально-релігійні чинники (заборони на певну сексуальну активність, ставлення до сексуальності);
- медичні фактори, що мають відношення до прогнозу, курсу або лікування (напр. нормальне зниження сексуального інтересу з віком);

- сексуальна самоідентифікація (якщо безперервна недостатність сексуального бажання краще пояснюється асексуальністю, діагноз не ставиться).

Поширеність:

Чіткої статистики поширеності даного розладу DSM V не подає, проте, Національне дослідження з питань здоров'я та соціального життя (NHSL) (Laumann, Gagnon, Michael, & Michaels, 1994) надало емпірично підтверджену інформацію, згідно якої 33,4% жінок мали проблеми зі зниженим сексуальним бажанням.

Диференційний діагноз:

Депресія, вживання психоактивних речовин/медикаментів, інші медичні захворювання (цукровий діабет, дисфункція щитовидної залози, хвороби ЦНС), неадекватна або відсутня сексуальна стимуляція.

Коморбідність:

Висока коморбідність з розладом оргазму у жінок, розладом генітально-тазового болю/проникнення, а також коморбідність з несексуальними психічними розладами, такими як великий депресивний розлад, алкогольною залежністю.

### ***Розлад генітально-тазового болю/проникнення***

Діагностичні критерії:

- A. Постійні або періодичні труднощі з одним або декількома симптомами:
  1. Вагінальне проникнення під час статевого акту.
  2. Виражений вульвовагінальний або тазовий біль під час вагінального статевого акту або спробі проникнення.
  3. Виражений страх або занепокоєння щодо вульвовагінального болю або тазового болю, в очікуванні, під час чи внаслідок проникнення.
  4. Виражене напруження чи відчуття тісноти м'язів малого тазу під час спроби проникнення.
- B. Симптоми критерію A проявляються мінімум 6 місяців.
- C. Симптоми критерію A викликають клінічно значущі страждання.
- D. Сексуальна дисфункція не може бути краще пояснена несексуальними психічними розладами або наслідком вираженого дистресу у стосунках

(напр. сімейне насильство), або інших важливих стресових факторів і не пов'язана з впливом речовин/ліків чи іншого медичного стану.

Розлад може мати пожиттєвий характер (дискомфорт був присутній з початку сексуальної активності людини) або набутий (симптоми з'явилися після періоду відносно нормальної сексуальної функції).

Ступінь вираженості: м'який, помірний, тяжкий (відповідно до рівня дистресу від симптомів критерію А).

Поширеність:

Точну поширеність DSM V не подає, однак зазначає, що до 15% жінок в Північній Америці повідомляють про періодичні болі під час статевого акту (диспареунія за DSM IV). Дослідження Райсинга з колегами показало, що 7,7% жінок в більшості або в усіх випадках відчувають біль під час статевого акту, а труднощі з проникненням (вагінізм за класифікацією DSM IV) спостерігаються від 5 до 17% жінок (Reissing et al 1999).

Диференційний діагноз:

Склероатрофічний лишай, ендометріоз, запалення органів тазу, вульвовагінальна атрофія, неадекватна сексуальна стимуляція.

Коморбідність:

Загальна коморбідність з іншими розладами сексуальних функцій у жінок (DSM V, 2013).

Інші джерела подають наступну загальну коморбідність сексуальних дисфункцій з тривожними розладами:

Панічний розлад – 75% страждають від розладу сексуальної функції.

Соціофобія – 33% переживають сексуальну дисфункцію (Figuera, Possidente, Marques & Hayes, 2002).

### ***Біологічні фактори розладів сексуальних функцій у жінок:***

- Судинні захворювання.
- Ендокринна дисфункція.
- Діабет.
- Розлади сну.
- Інфекції сечостатевої системи.
- Оперативне втручання до сечостатевої системи чи неврологічна травма.



- Зловживання алкоголем. (Verschuren, Enzlin, Dijkstra, Gertzen, & Dekker, 2010).
- Медичні препарати (антидепресанти селективної інгібіції зворотного захоплення серотоніну) (Ashton, 2007; Wincze & Weisberg, 2015).

### ***Психологічні фактори сексуальних дисфункцій у жінок:***

- Низька самооцінка, негативний образ тіла, низька сексуальна впевненість, тривога, страх бути непривабливою (Wilhelm, Buhlmann, Hayward, Greenber & Dimaite, 2010).
- Самомоніторинг і моніторинг партнера.
- Неточні та нереалістичні сексуальні знання, вибіркова увага, негативні інтерпретації, хибні очікування, нереалістичні припущення і стандарти (Vaucom, Epstein, Kirby & LaTaillade, 2005, Epstain & Vaucom, 2002).
- Тенденція до швидкого відволікання уваги.
- Неадекватні стратегії для менеджменту життєвого стресу.
- Неадекватні знання і навички для фізичної і емоційної релаксації.
- Погане усвідомлення свого тіла.
- Сексуальна недосвідченість.
- Досвід фізичного та сексуального кривдження (хронічні ПТСР симптоми).
- Емоційний дискомфорт з «егоїстичним» фізичним задоволенням і інші когнітивно-емоційні конфлікти (Barbach 1975, Foley, Kore & Sugrue, 2012).
- Недостатні навички самозадоволення і негативні переконання щодо цього.

### ***Міжособистісні фактори:***

- Конфлікти.
- Відчуження.
- Недовіра.
- Слабкі комунікативні навички.
- Попередній досвід стосунків.
- Фізичне і психологічне насильство.

З вищеприведеного випливає, що етіологія жіночої статевої дисфункції є багатофакторною, та охоплює біологічні, психологічні, стосункові та соціокультурні чинники.

## Моделі нормальної сексуальної реакції

*Класична психофізіологічна модель* Мастерса і Джонсон, що була першою спробою розробити комплексну модель розуміння сексуальної реакції людини, описує цикл сексуальної функції, що включає 4 фази: збудження, плато, оргазм і розслаблення (Masters, Johnson, 1966). Згідно цієї моделі, оргазм – це природна вроджена реакція і весь цикл «програмується» повторюватися протягом усього життя при наявності відповідних стимулів. Проте, в реальності цикл сексуальної реакції варіюється у кожного індивіда і пари.

*Біопсихологічна модель* (Rosen, Barsky, 2006) об'єднує множинні етіологічні фактори, що включають міжособистісні (якість теперішніх та минулих стосунків), психологічні (тривога, депресія), фізіологічні та біологічні (фізичне здоров'я, нейробиологія, ендокринні функції), а також соціокультурні чинники (виховання, культуральні норми та очікування). Інтеграція та внесок всіх цих компонентів має вирішальний вплив на жіночу сексуальну реакцію.



Рис. 1. Біопсихологічна модель сексуальної відповіді жінок.

Кругова модель Бессон побудована, включаючи, як важливий компонент, емоційну близькість та задоволення від стосунку. Бессон та її колеги представили модель кругової сексуальної відповіді, в якій потреба в близькості у відносинах є важливим мотивом для сприйняття сексуальних подразників. Жінки можуть вирішити займатися сексуальною активністю внаслідок великої кількості сексуальних та несексуальних мотивів, включаючи бажання випробувати фізичну насолоду, показати прихильність, порадувати партнера, відчувати себе сильною або бажаною, відволіктися від негативних думок і заклопотаності, тощо. В часі сексуальної активності обробка сексуальних стимулів може призвести до чутливого сексуального збудження та бажання. А винагородження позитивним сексуальним досвідом полегшує майбутню сприйнятливості. Модель Бессон пояснює, що метою сексуальної активності для жінок є не обов'язково оргазм, а особисте задоволення, яке може проявлятися як фізичне задоволення (оргазм) та / або емоційне задоволення (відчуття близькості та зв'язку з партнером) (Basson, 2001).



Рис. 2. Кругова модель Бессон.

Отже, когнітивні та афективні процеси, які перешкоджають одержанню винагороди від сексуальної активності, також погіршують сексуальне бажання, в тому числі тривожні думки, очікування невдачі, зміщення фокусу уваги.

## Психологічна модель сексуальних дисфункцій

**Нормальна  
сексуальна функція  
(Цикл позитивного відгуку)**

**Сексуальна  
дисфункція  
(Цикл негативного відгуку)**

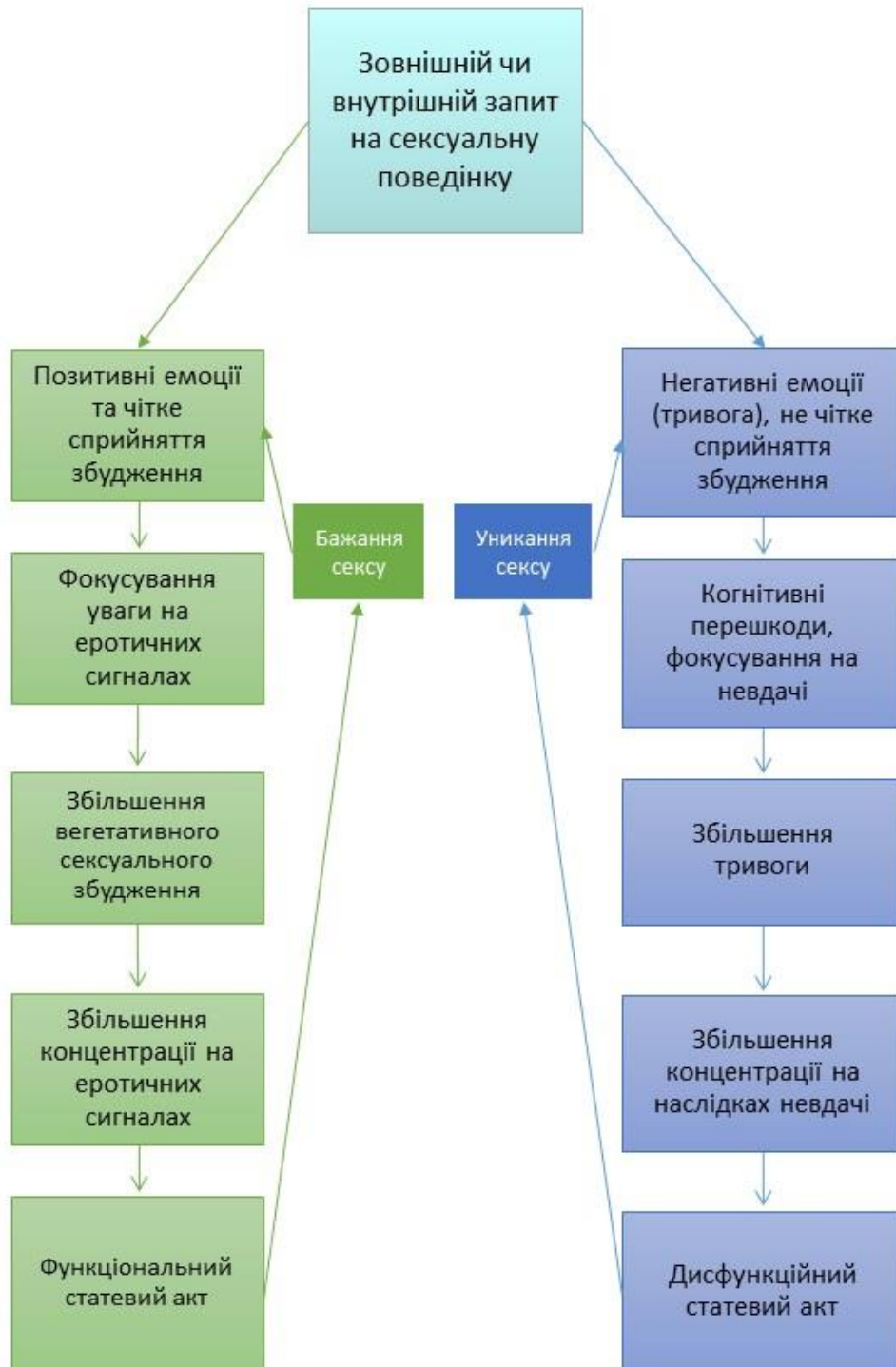


Рис. 3. Когнітивна модель сексуальних дисфункцій Барлоу.

Девід Барлоу розробив першу *когнітивну модель сексуальних дисфункцій*. У його моделі розлади сексуальних функцій підтримуються циклом негативного відгуку. Особи з сексуальними дисфункціями і без них підходять до сексуальних ситуацій по різному. У відповідь на зовнішні або внутрішні стимули до сексуальної активності, чоловіки та жінки без сексуальної дисфункції відчують позитивні емоції, очікують на успіх та мають відчуття контролю. На відміну від них, у осіб з сексуальною дисфункцією зовнішні або внутрішні стимули до сексуальної активності викликають стан сильної тривоги, який характеризується підвищеним напруженням та збудженням, негативною афективною валентністю та очікуванням на невдачу. По суті, досвід попередніх сексуальних невдач, викликає тривогу та очікування на невдалу сексуальну активність (Barlow, 1969).

У всіх людей підвищення рівня тривоги пов'язане зі звуженням фокусу уваги (Barlow, 2002). Проте, відмінності є в емоційному та когнітивному аспектах того, як люди з сексуальною дисфункцією та без неї вступають у статеві контакти, в результаті чого ці дві групи реагують різним чином. Оскільки люди з сексуальною дисфункцією очікують на невдачу та негативні наслідки, їх увага обмежується джерелами загрози або небезпеки, створюючи ґрунт для додаткових когнітивних спотворень при обробці інформації.

## КПТ У ЛІКУВАННІ РОЗЛАДІВ СЕКСУАЛЬНИХ ФУНКЦІЙ У ЖІНОК

Сексуальна дисфункція у жінок є складною проблемою і може суттєво вплинути на міжособистісні стосунки та загальну якість життя. Проблема переважно є багатофакторною, біологічні, психологічні, соціокультурні та інтерперсональні чинники відіграють значну роль у формуванні розладу сексуальної функції.

Лікування жіночої сексуальної дисфункції ускладнюється відсутністю єдиного причинного фактору, невеликою кількістю перевірених методів лікування, дефіциту загальнодоступної інформації про методи лікування, частим накладанням різних типів розладів, та малою доступністю лікування.

Лікування залежить від основної причини: психотерапія та інші форми консультування корисні для впливу на психологічні, стосункові та соціокультурні чинники розладів сексуальних функцій у жінок.

Проте, якщо в ході діагностики виявляється, що першопричиною сексуальної дисфункції є біологічні фактори, психотерапевтичне втручання все ще потрібне. Жінкам, у яких виявляють соматогенний розлад сексуальних функцій, психотерапія може зменшити дистрес, мотивувати на отримання медичної допомоги, знизити стигматизацію, нормалізувати варіативність проявів сексуальності і едукувати щодо фізіології та сексуального функціонування, опрацювати минулий негативний досвід, інсталювати надію та покращити інтимні та міжособистісні стосунки.

### Ефективність КПТ у лікуванні розладів сексуальних функцій у жінок

З аналізу досліджень психотерапії розладів сексуальних функцій випливає, що після початкового успіху і загального прийняття секс-терапії в 1970-х та 1980-х, останні дві декади характеризуються розробкою протоколів лікування, що базуються на когнітивно-поведінкових принципах (Bach, Wincze & Barlow, 2001; McCabe, 2001; Norbe, 2013; Rosen, Leiblum & Spector, 1994; Wincze & Carey, 2001, Zilbergeld, 1999). Більшість цих терапевтичних протоколів включають комбінацію поведінкових (наприклад, стимул контроль, тренінг сексуальних навичок) і когнітивних технік (наприклад, когнітивна реструктуризація).

В даний час застосування когнітивно-поведінкової терапії при лікуванні статевих дисфункцій набуває все більшого поширення, адже з'являються нові свідчення її ефективності у порівнянні з контрольними групами або іншими формами терапії (Brotto, 2016).

#### *Розлад сексуального інтересу/збудження у жінок*

В дослідженнях ефективності групової КПТ (Trudel G. et al 2001) були отримані результати покращення розлад сексуального інтересу/збудження (розлад сексуального бажання за DSM IV) у 74% пар, і цей ефект зберігався в 64% пар протягом року. Індивідуальна КПТ та КПТ пар була протестована та знайдена високо ефективною для лікування зниженого сексуального потягу у жінок (Hurlbert, White, Powell & Apt, 1993; McCabe, 2001, Trudel et al., 2001, Meston, Rellini & Telch 2008).

Мета-аналіз (Fruhauf et al., 2013) досліджень ефективності лікування психологічного втручання для жіночих проблем з сексуальним бажанням (в основному з використанням методів КПТ) показав великий ефект для важких симптомів (низький рівень бажання) та помірний ефект для зниженого сексуального задоволення. Повідомляється про кращі результати, коли партнер

залучений до процесу лікування (Gunzer & Berner, 2012). Крім того, майндфулнес також використовувались в нещодавніх рандомізованих контрольних дослідженнях, результати яких свідчать про значне поліпшення статевого потягу у жінок (Brotto et al., 2012; Brotto & Basson, 2014).

### *Розлад оргазму у жінок*

Успіх у 80-90% жінок з пожиттєвою (первинною) аноргазмією (LoPiccolo & Strock, 1986) і дещо нижчі показники при набутій (вторинній) аноргазмії (Kilman, Boland, Norton, Davidson & Caid, 1986). Сучасніші дослідження також показують високу ефективність КПТ в лікуванні розладу оргазму у жінок (Gudarzi, 2014). Когнітивно-поведінкова терапія спрямована на зменшення тривожності та сприяння змінам в поглядах та сексуальних думках, що підвищує здатність до досягнення оргазму та задоволення від оргазму (Meston CM, Hull E, Levin RJ, Sipski M., 2004).

### *Розлад генітально-тазового болю/проникнення*

Рандомізовані контрольні дослідження підтверджують ефективність КПТ в лікуванні генітально-тазового болю (Bergeron et al., 2001). КПТ значно зменшує біль при проникненні та пов'язані з болем наслідки, включаючи психологічні симптоми та сексуальну адаптацію (Bergeron et al. 2001), зі збереженням ефекту через 2,5 роки (Bergeron, Khalife, Glazer, & Binik, 2008). Ряд дослідників (Ter Kuile and Weijenborg, 2006) також повідомляють про зниження статевого болю, пов'язане з 12-сесійною груповою КПТ для жінок з даним діагнозом.

Бротто виявила високоефективним підхід в навчанні жінок з різними сексуальними дисфункціями технікам майндфулнес у повсякденному житті (майндфулнес їжі, сканування тіла та майндфулнес дихання, звуків і думок) з подальшим інтегруванням практики майндфулнес до вправ, що зміцнюють сексуальне збудження (Brotto 2013, 2015).

КПТ в лікуванні розладів сексуальних функцій може проводитися в індивідуальному, так і груповому форматі чи у вигляді терапії пар. Переваги від застосування КПТ є клінічно значущими незалежно від формату лікування, але залучення пари, коли така є, являється основним предиктором успішного лікування. Результати нещодавно проведених досліджень говорять про користь роботи з парою, а не з окремими пацієнтами. Порівнювалась ефективність індивідуальної та подружньої терапії сексуальної дисфункції (Hirst & Watson, 1997). Виявилось, що пацієнти, у яких були партнери, але які проходили індивідуальну терапію, відвідували менше сесій і скасували більше зустрічей. У

результаті 84% пацієнтів, які пройшли подружню терапію та добилися успіху, порівняно з 51% пацієнтів, партнери яких не брали участі у терапії.

### Типові підтримуючі цикли і процеси

Якщо розглянути сексуальні дисфункції в контексті когнітивно-поведінкової терапії, то можна виділити три основні компоненти: поведінковий, когнітивний і емоційний. Конструктивна поведінка включає ефективну комунікацію, кооперацію, грайливість, поступливість. Деструктивна включає вимагання, фізичну і психологічну агресію, уникнення сексуальної активності, неадекватну сексуальну стимуляцію, конфлікти. Позитивні когніції про сексуальність являють собою коректні, науково обґрунтовані знання про сексуальну фізіологію, реалістичні і позитивні очікування від сексуального контакту, прийняття варіативності сексуальних реакцій та досвіду. Негативний когнітивний компонент включає нереалістичні сексуальні очікування, некоректні припущення, негативні пояснення, самомоніторинг себе і партнера, вибіркочу увагу і тенденцію до швидкого відволікання. Позитивний емоційний компонент включає радість, захват, сатисфакцію, тоді як негативний – тривогу, сором, страх, провину, сум, самотність, фрустрацію, пригнічення, злість.

Думки ж відіграють провідну роль в сексуальному досвіді. Надане значення – це ядро стосункові і сексуальної сатисфакції. Негативні думки про секс, негативно впливають на емоційний стан, підвищують тривогу, призводять до напруження та уникнення, що веде до негативного сексуального досвіду, який підкріплює негативні думки (Рис.4).



Рис. 4. Типовий цикл сексуальної дисфункції



КПТ інтервенції направлені на когніції: психоедукація, реінтерпретація (позитивний рефреймінг негативних припущень), когнітивна реструктуризація, валідизація концепції взяття відповідальності за власне задоволення на себе, дистанціювання від думок, майндфулнес.

Інтервенції направлені на емоції: тренінг релаксації, коучінг зниження стресу, майндфулнес.

Інтервенції направлені на поведінку: покрокова експозиція, тренінг релаксації та комунікативних навичок.

## Структура когнітивно-поведінкової терапії сексуальних дисфункцій у жінок

### **Структура та зміст лікування**

Нижче запропоновано шаблон протоколу лікування, сформований для лікування основних сексуальних дисфункцій, проте, курс терапії може варіюватися залежно від потреб клієнта.

1. Обстеження, діагностичне інтерв'ю, що включає LAB-підхід, використання опитувальників, залучення в модель КПТ, побудова формулювання, інсталяція надії.
2. Психоедукація:
  - Сексуальна освіта: жіноча анатомія та фізіологія. (рівень деталізації може відрізнитися залежно від клієнтів)
  - Складання каталогу міфів про сексуальність, будь-яких нереалістичних очікувань від сексуальних контактів.
  - Представлення біопсихологічної моделі сексуальної функції. Нормалізація варіативності сексуальної реакції та досвіду .
3. Когнітивні втручання:
  - Виявлення ключових когніцій, пов'язаних з сексуальністю, реструктуризація негативних когніцій, декатастрофізація негативних наслідків.
  - Дистанціювання від думок, майндфулнес.
4. Поведінкові втручання:
  - Покрокові експозиція до тривоги і уникнення, тренінг релаксації, інтерперсональний тренінг комунікації.
5. Профілактика рецидиву. Майндфулнес.

## **Обстеження**

LAB-підхід в клінічному інтерв'ю (Learning-Attitude-Behavioral – Навчання-Ставлення-Поведінка) може значно покращити комунікацію та збільшити комфорт клієнта в ході діагностики. Це зручний спосіб делікатно висвітлити історію сексуального досвіду людини, від минулого до теперішнього та від когнітивних до поведінкових складових цього досвіду. В ході такого інтерв'ю відбувається просування від зон з меншою особистою відповідальністю (про те, чого пацієнтів навчили колись) до зон з більшою особистою відповідальністю (теперішні погляди і поведінка) (Табл. 1).

Навчання:	«Хто розповідав вам про секс?», «Що ви зрозуміли для себе тоді про статевий акт? Про оргазм?».
Ставлення:	«Що ви думали про ... тоді?», «Що ви думаєте про ... тепер?».
Поведінка:	«Скільки вам було, коли ви отримали перший сексуальний досвід?», «Як часто у вас був секс?», «Як часто у вас є секс тепер?», «Як часто ви би хотіли його мати?».

Табл. 1. Приклади можливих питань LAB-інтерв'ю.

Дуже важливо залучати до обстеження і в психотерапію обох партнерів, навіть у випадках наявності розладу сексуальної функції лише у одного з них, задля комплексної оцінки. Інтимність і сексуальність великою мірою є питанням пари, а розлад сексуальної функції призводить до значного дистресу обох партнерів. На жаль, третина пар, що звертаються по допомогу з сексуальною дисфункцією мають окрім неї інші психологічні, стосункові чи сексуальні проблеми (Loudon, 2002).

Вагомим елементом діагностики є опитувальники Sexual Desire Inventory (Spector, Carey, & Steinberg 1996), Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction (GRISS, Rust & Golobok, 1985) та Derogatis Sexual Function Inventory (DSFI, Degoratis & Mellisaratos, 1979).

## **Психоедукація**

Психоедукація є надзвичайно важливим компонентом терапії розладів сексуальних функцій. Недостовірні і не повна інформація про анатомію, фізіологію та сексуальне функціонування, нереалістичні очікування та сексуальні міфи грають провідну роль в передиспозиції і підтримці сексуальних проблем.

Нереалістичні стандарти сексуальних функцій та сексуального задоволення ведуть до розчарування, пригнічення та гніву (Baucorn & Epstein, 2002). Некоректні і нереалістичні сексуальні уявлення фокусують увагу на негативних аспектах сексуальної ситуації (наприклад, частини тіла жінки, які їй не подобаються) і ігнорування позитивних аспектів (наприклад, того, що партнер проявляє інтерес до неї, ініціюючи сексуальну активність).

Нижче наведені приклади найбільш поширених міфів про чоловічу та жіночу сексуальність (адаптовані Barlow 2008 з Heiman & LoPiccolo, 1988; Wincze & Barlow, 1997; Zil-bergeld, 1998).

*Міфи про жіночу сексуальність:*

1. Секс – заняття для жінок до 30 років.
2. Нормальні жінки відчують оргазм при кожному статевому акті.
3. Всі жінки можуть відчувати множинний оргазм.
4. Вагітність і пологи знижують сексуальну активність жінки.
5. Сексуальне життя жінки припиняється з настанням менопаузи.
6. Різні види оргазму пов'язані з особистістю жінки; вагінальний оргазм більш жіночний і зрілий, ніж кліторальний.
7. Сексуально активна жінка завжди збуджується від спілкування з партнером.
8. Пристойні жінки не приходять в збудження від еротичних книг і фільмів.
9. Жінка фригідна, якщо їй не подобаються екзотичні форми сексу.
10. Якщо жінка не може швидко і легко досягти оргазму, з нею щось не в порядку.
11. Доброчесні жінки не стають ініціаторами занять сексом, а під час статевого акту поводяться стримано.
12. Подвійний стандарт: жінка фригідна, якщо не бажає сексу, і розпусна, якщо прагне його.
13. Турбота про контрацепцію – справа жінки, а скарги на те, що контрацептивні заходи пригнічують сексуальність, всього лише відмовка.
14. Якщо жінка не стає ініціатором сексу, то секс її просто не цікавить.

### *Міфи про чоловічу сексуальність:*

1. Справжній чоловік не стане займатися жіночими штучками на зразок почуттів і розмов.
2. Чоловік завжди проявляє інтерес і завжди готовий до сексу.
3. Справжній чоловік грає активну роль в сексі.
4. Якість сексу залежить від «твердокам'яної» ерекції і того, що можна з її допомогою зробити.
5. Чоловік повинен вміти запаморочити голову партнерці або принаймні вразити її уяву.
6. Чоловіки не повинні слухати жінок під час занять сексом.
7. У справжнього чоловіка не буває сексуальних проблем.
8. Чим більше, тим краще.
9. Справжній чоловік повинен бути здатний займатися сексом всю ніч.
10. Жінки не стануть любити чоловіка, якщо у нього не буде ерекції.
11. Якщо у чоловіка немає ерекції, значить, він не кохає свою партнерку.
12. Якщо чоловік знає, що він не здатний досягти ерекції, нечесно починати сексуальні ігри з партнеркою.
13. Фокусування на ерекції – кращий спосіб її досягти.

### *Міфи про чоловічу і жіночу сексуальність:*

1. Ми ліберальні люди і легко вступаємо в сексуальні відносини.
2. Всі дотики сексуальні або повинні вести до сексу.
3. Секс і сексуальна близькість – це одне і те ж.
4. Хороший секс передбачає оргазм.
5. Якщо любиш, то автоматично вгадуєш бажання партнера. Секс повинен бути спонтанним, без планів і розмов: зовсім не романтично цікавитись у партнера, що йому подобається.
6. Мастурбація – щось жахливе.
7. У присутності сексуального партнера не можна мастурбувати.
8. Фантазії про щось інше означають незадоволеність тим, що маєш.

В ході обговорення цих міфів з парою чи індивідуально, пропонується відмітити ті, які клієнти вважають вірними. Така вправа допомагає клієнтам виявити і озвучити своє ставлення до сексуальності, а терапевтові виявити переконання, що будуть мішенями у подальшому втручанні.

Психоедукація веде до покращення стану пацієнтів вже після перших сесій. Наприклад, інформація про те, що основна концентрація нервових закінчень у піхві розміщена в її першій третині, на глибині приблизно 5 см, а найбільша концентрація нервових закінчень зосереджена в зоні клітора, дестигматизує ті пари, де у чоловіка не є «еталонний» розмір пеніса, і ті, де жінка не має досвіду вагінального оргазму, через неадекватну стимуляцію.

Нормалізація допомагає сформуванню позитивних, реалістичних очікувань. Нижче наведені деякі нормативні дані сексуальної поведінки дорослих американців (Laumann, 1994):

- Середня кількість сексуальних партнерів протягом життя у чоловіків 6, у жінок 5;
- Серед опитаних, одна третина займається сексом більше ніж двічі на тиждень, одна третина декілька разів на місяць, третина – декілька разів на рік. Середня частота складає 6-7 сексуальних контактів протягом місяця;
- Для 70% пар середня тривалість сексуальної близькості 15-45 хвилин (включаючи прелюдію, сексуальну гру і сам коїтус);
- Середня тривалість власне коїтусу – 3-7 хвилин (Roland & Cooper, 2011);
- 94% чоловіків і 84% жінок мають сексуальні фантазії більше ніж декілька раз на місяць;
- 68% самотніх чоловіків і 48% самотніх жінок та 57% одружених чоловіків і 37% одружених жінок мастурбують;
- Фізично здорові чоловіки і жінки залишаються сексуально функціональними протягом всього життя.

Одночасно з психоедукацією проводиться бібліотерапія, в якості домашнього завдання. Важливо зазначити, що терапевт рекомендує лише ті книги, які прочитав сам і обов'язково відводить час на наступних сесіях для обговорення прочитаного, уточнення незрозумілих моментів.

## Модель достатньо доброго сексу

Сучасний інформаційний простір формує певний еталонний образ "досконалого" сексу, що є цілком нереалістичним і недосяжним. А прагнення такого «досконалого» сексу є джерелом великого особистого незадоволення, розчарування, проблем у відносинах та розладів сексуальних функцій.

«Модель достатньо доброго сексу» ("Good-Enough Sex" model), розроблена Метцом і МакКарті (McCarthy & Metz, 2008) змінює когнітивну спрямованість очікувань, що секс завжди повинен бути «чудовим» та «досконалим», а коли це не так, то це симптом «втрати кохання» та проблемності відносин.

Ця модель підкреслює важливість психобіосоціального підходу до розуміння статевої функції, а також оцінки та лікування розладів сексуальних функцій. На відміну від «автоматичного» та «досконалого» статевого акту, «Модель достатньо доброго сексу» базується на принципі континуума (іноді краще, іноді гірше), розглядає сексуальність пари як кооперативний процес, а не автономний. Це змінний, гнучкий, емоційно-інтимний підхід до сексуальної насолоди та функції. Особлива увага в цій моделі приділяється розвитку комфортних, функціональних психосексуальних навичок.

Стосунок, ідентичність подружжя, навички вирішення конфліктів та спроможність до співпереживання є основними у фокусі цієї моделі. Секс інтегрований в повсякденне життя пари, і щоденне життя інтегроване в їх сексуальне життя, створюючи унікальний сексуальний стиль пари. Головний принцип моделі – якість сексу коливається в різні дні від дуже хорошого до середнього або навіть дисфункціонального. Основна концепція цієї моделі полягає в тому, що близько 85% сексуальних ініціатив можуть завершитись повноцінним коїтусом, проте, решта може комфортно перейти до еротичних чуттєвих сценаріїв без статевого акту. Це позитивний, реалістичний підхід до сексуальної функції, що розширює сенс сексуальної взаємодії. Таке сприйняття є важливою ознакою сексуального задоволення, а також «вакцинує» пару від розчарування та сексуальних проблем у майбутньому.

«Модель достатньо доброго сексу» передбачає, що кожна людина несе відповідальність за своє сексуальне задоволення та пара працює разом як інтимна команда, щоб розвинути свій комфортний, функціональний сексуальний стиль.

## ***Когнітивні втручання***

Епштейн і Бауком (Baucorn & Epstein, 2002) виділили 5 типів когніцій, що формують уявлення індивіда про себе, взаємини і секс, та впливають на якість сексуальних стосунків:

*Припущення* – когніції про те, якими є люди, стосунки і секс, що є здоровою і нездоровою поведінкою, якою є людська сексуальна реакція («у більшості пар немає сексуальних проблем», «після клімаксу не може бути задоволення від сексу»).

*Стандарти* – когніції про те, якими люди, стосунки і секс мають бути («секс є аморальним і брудним», «кожен статевий акт повинен закінчуватись оргазмом»).

*Селективне сприйняття* – що саме кожен помічає в партнері і стосунках, часткові аспекти подій («мій партнер завжди злий на мене», «тільки я намагаюсь покращити наше сексуальне життя»).

*Приписування* – причинно-наслідкові висновки, пояснення, дій партнера, подій у стосунках («у нас рідко є секс, бо партнер не вважає мене привабливою», «якщо у нього відсутня ерекція, то він мене не кохає»).

*Очікування* – передбачення, прогнозування майбутнього («у нас ніколи не буде хорошого сексу», «мій партнер покине мене через мої сексуальні проблеми»).

Відповідно до класичних когнітивних процедур (Beck, 1993), терапевт застосовує «Рух по стрілці вниз» для виявлення негативних когніцій, запитуючи пацієнтів, про що вони думають під час занять сексом. Якщо пара абсолютно уникає сексуальної активності, досліджується, про що партнери думають, уявляючи себе учасниками статевого акту. Якщо сексуальна дисфункція у пацієнтів є набутою, ставиться завдання описати думки, які виникали у них під час занять сексом до виникнення проблем.

Терапевт навчає клієнтів помічати ці негативні когніції, вести їх записи, асоційовані з емоціями в специфічних сексуальних ситуаціях у щоденник. Тоді на сесії проводиться когнітивна реструктуризація і застосування цієї техніки як домашнє завдання (Metz, Epstein, McCarthy 2018).

Когнітивна реструктуризація спрямована кинути виклик дисфункціональним сексуальним переконанням, змінюючи значення, надане негативним думкам та емоціям під час сексуальної активності. Основними складовими когнітивної

реструктуризації є: а) оцінка переваг та недоліків сексуальних переконань; б) аналіз доказів на користь та проти цих переконань; в) перевірка правильності думок в реальних умовах; г) формулювання альтернативних переконань; е) практичне втілення альтернативних переконань.

Заключний метод реструктуризації негативних думок – допомога пацієнтам в декатастрофізації незадовільних результатів сексуальної активності. Тобто, допускаючи можливість такого результату, терапевт проводить «Кероване відкриття» до висновку про те, що це ще не кінець світу, і, не дивлячись на збентеження і незручність, пацієнти цілком в змозі з цим впоратися.

Психотерапевт може привести приклад негативної події в минулому, з яким пацієнти успішно впоралися, допомагаючи виробити більш реалістичні очікування.

Важливою когнітивною технікою в роботі з розладами сексуальних функцій є «Техніка вирішення проблем» (Epstein & Baucom, 2002, Baucom 2015):

а) Визначення проблеми в доступних поведінкових термінах («у нас є труднощі з пошуком спокійного, приватного часу для сексу»);

б) Брейнстормінг варіантів можливих вирішень, складання списку переваг і недоліків кожного можливого варіанту;

в) Вибір рішення чи комбінації рішень, розробка специфічного плану для реалізації рішення;

г) Випробовування реалізації обраного рішення;

ґ) Оцінка успішності рішення;

д) Перегляд рішення при потребі.

Після того як пацієнти опановують ці техніки, ставиться наступне завдання – змінити фокус уваги на еротичні сигнали, за допомогою дистанціювання від думок та майндфулнес.

### ***Поведінкові втручання***

Поведінкові втручання можна розділити на п'ять основних фаз.

*Фаза 1:* Розвиток сексуального комфорту пари. Основною метою втручань на цьому етапі є розвиток комфорту і відчуття безпеки, сприяння відкритості і чуттєвості, зміна фокусу уваги від результату сексуальної активності, до отримання задоволення від процесу, впровадження досвіду, що сексуальність – це більше ніж статевий акт і оргазм.



### Вправа для пари «Розмова про сексуальність»

Терапевт дає парі наступні питання з настановою обговорити минулий досвід та теперішні думки та емоції щодо сексу, в емпатичний спосіб, без засудження чи критики, з прийняттям та повагою.

- Що ви дізнались про сексуальність у дитинстві і підлітковому віці?
- Що ви дізналися про пестоші, самозадоволення, статевий акт, оргазм?
- Хто навчив вас цього?
- Що це означало для вас тоді? А зараз?
- Яке ваше ставлення до сексуальності? Переконавання про секс?
- Що на вашу думку є о'кей згідно ваших переконань але не відчувається о'кей?
- Як на вашу думку чоловік і жінка мають поводитись під час сексу? Як розподіляються ролі?
- Розкажіть своєму партнерові що вам подобається в сексі і що ви б хотіли спробувати.
- Обговоріть свої хвилювання.

### Тренінг релаксації.

Фізична релаксація є фундаментом еротизму та задоволення.

Одним з перших домашніх завдань є практика розслаблюючого дихання в обіймах один одного. Жінка лежить на боці спиною до грудей чоловіка, він лагідно кладе свою руку на живіт партнерки і повільно та тихо налаштовує своє дихання на ритм її дихання на 3 хвилини. Тоді партнери міняються ролями в цій вправі ще на 3 хвилини.

Іншою вправою з розслаблення є прогресивна м'язова релаксація. Партнери зручно лягають і максимально напружують ступні на 3 секунди. Тоді розслабляються і прислухаються до фізичних відчуттів. Наступними напружують ноги до коліна, знову на 3 секунди і розслабляють їх. Таким чином поступово напружують і розслабляють стегна, сідниці, живіт, долоні, біцепси, спину, шию та обличчя.

### Вправа «Тренування м'язів тазового дна»

Тренування м'язів тазового дна є дуже ефективною вправою при сексуальних дисфункціях, зокрема при розладі оргазму у жінок. Ідентифікувати ці м'язи можна, якщо в процесі деуринації зупинити її, а тоді продовжити.

Суть вправи полягає в тому, щоб кожного дня тренувати м'язи тазового дна одну хвилину, концентруючись на фізичних відчуттях: 1) напружити ці м'язи і утримувати в напруженні 3 секунди, 2) розслабити їх на 3 секунди, прислухаючись до відчуттів. Повторювати 10 разів впродовж хвилини.

Вправу повторювати тричі.

### Вправа «Градуйовані тренування м'язів тазового дна»

Якщо уявити, що в попередній вправі рівень розслаблення це «0», а максимальне напруження це «10», то терапевт дає завдання додати рівень напруження «5». Тобто спочатку клієнтка робить напруження на «10» на 3 секунди, тоді 3 секунди розслаблення до «0», після цього 3 секунди напруження на «5», 3 секунди розслаблення до «0». Коли клієнтка навчиться відчувати цю сходинку напруження, додаємо ще дві, напруження на «3» і на «7». Таким чином вся вправа виглядатиме так: 3 секунди напруження на «10», 3 секунди розслаблення до «0», 3 секунди напруження на «7», 3 секунди розслаблення до «0», 3 секунди напруження на «5», 3 секунди розслаблення до «0», 3 секунди напруження на «3», 3 секунди розслаблення на «0». Тоді можна робити вправу по наростаючій. Згодом робити вправу рандомізовано з одного рівня на інший.

Тренування м'язів тазового дна впроваджує індивідуальне усвідомлення рівня релаксації. Є дві основні вимоги до сексуальної функції: релаксація і стимуляція. Чим більш розслабленою людина є, тим менше фізичної стимуляції потрібно для викликання збудження. Чим вищий рівень напруження чи тривоги, тим більше стимуляції потрібно.

*Фаза 2.* Плекання бажання, збудження і задоволення. На цій фазі партнери навчаються відчувати потік збудження від розслаблення, через приємні дотики, до чуттєвого задоволення і збудження (без потреби оргазму).

### Вправа «Цінність різних доторків»

Мета цієї вправи ідентифікувати типи доторків, що є найбільш приємними кожному з партнерів, і відстежити як часто вони їх переживають.

*Лагідний* дотик є не сексуальним дотиком, виникає в щоденних ситуаціях і є індикатором турботи.

*Чуттєвий* дотик включає обійми та прогладжування. Ці дотики активують сприйнятливість і чутливість до задоволення. По шкалі суб'єктивного збудження від 0 до 10, чуттєвим дотикам відповідає 1-3.

*Грайливий* дотик може включати масаж, романтичні і еротичні танці, спільне прийняття душі, ігри в карти чи Twister на роздягання. По шкалі збудження 4-5.

*Еротичний* дотик (без проникнення) включає мануальну, оральну стимуляцію. Рівень задоволення від 6 до 10 (іноді призводить до оргазму).

*Сексуальний* дотик (власне коїтус).

Тип дотику	Реальний відсоток частоти дотику	Бажаний відсоток частоти дотику
1. Лагідний дотик		
2. Чуттєвий дотик		
3. Грайливий дотик		
4. Еротичний дотик		
5. Сексуальний дотик		

Табл. 2. Приклад бланку моніторингу різних типів дотиків

Кожен партнер заповняє форму індивідуально, а тоді вони обмінюються ними і обговорюють результати. Щоб закінчити вправу, кожен партнер робить запит в асертивний спосіб на збільшення частоти певних дотиків в стосунках пари.

*Вправа на домашнє завдання «Розслаблююче задоволення»*

Пара виділяє собі час, щоб побути наодинці, лягають у ліжко оголені чи в нижній білизні. Один з партнерів лягає на живіт і розслабляється, а другий з партнерів торкається його лише чуттєвими дотиками, уникаючи ерогенних зон, впродовж 15 хвилин. Тоді перший партнер перевертається на спину, і другий продовжує торкатися його чуттєвими дотиками, уникаючи грудей і геніталій, ще 15 хвилин. Тоді вони міняються ролями. Важливо в цій вправі уникати сексуальної стимуляції, а фокусувати увагу на відчуттях. Цю вправу пара виконує 2-3 перш ніж переходити до наступної.

### Наступна вправа «Дослідження ерогенних зон»

В ній дотримується принцип «покажи і скажи». Починається вправа з чуттєвих дотиків, які поступово переходять в еротичні. Спершу жінка керує дотиками, описуючи словами, що їй до вподоби, які дотики приносять більше задоволення, також може направляти своєю рукою руки партнера і таким чином досліджувати свою чуттєвість протягом 15 хвилин. Щоб полегшити комунікацію, можна використовувати градацію від 0 до 5 для опису рівня чуттєвого задоволення.

### Вправа для пари «Сексуальні нікнейми»

Так як формальна клінічна мова, що описує сексуальні стосунки є занадто довгою, складною і холодною, а народний сленг несе переважно негативну валентність, парі дається завдання придумати свою сексуальну мову і нікнейми. За умови, що ця мова подобатиметься обом, це додаватиме сексуальним стосункам грайливості.

*Фаза 3.* Посилення збудження і еротизму.

Ця фаза, базуючись на релаксації і чуттєвому задоволенню, покликана дати парі досвід розуміння потоку свого збудження та еротизму.

### Вправа «Еротичне задоволення пари»

У фокусі цієї вправи – навчитися насолоджуватися підвищеним збудженням, не йдучи до оргазму. Жінки, які відчувають труднощі з оргазмом, користуються свободою вивчати параметри збудження без відчуття психологічного тиску та за підтримки її партнера. Вправа полягає в тому, щоб сприяти зростанню збудження, потім зменшити його, і відновити зростання збудження без досягання оргазму. Пара по черзі практикує еротичні дотики, повільно йдучи за потоком збудження, але не доходячи до оргазму. Партнери виконують вправу по черзі протягом 15 хв.

Коли пара виконає цю вправу тричі в своє задоволення, вони можуть переходити до вправ з коїтусом.

*Фаза 4.* Задоволення від збудження і еротизму, включаючи варіативність сексуальної поведінки та розробку гнучких альтернативних сценаріїв статевого акту.

### Вправа «Ініційований коїтус»

Пара проходить всі попередні етапи і додає проникнення та фрикції. Увага, поволі та не поспішаючи, фокусується на відчуттях. Проте, цей процес не має закінчитись оргазмом. Виконується вправа 10-15 хв – тоді розслаблення. Після того як пара зробить цю вправу в своє задоволення мінімум двічі, можна переходити до коїтусу, що природньо завершиться оргазмом.

### Вправа «Коїтус в задоволення»

Починати з вправи «Еротичне задоволення пари», проходити наступні етапи, і коли збудження сягає 7-8, починати проникнення. В процесі, кожен партнер бере на себе відповідальність за баланс свого чуттєвого збудження зі збудженням партнера, у взаємодії, а не підганянні до оргазму. Метою є насолода задоволенням, еротизмом і процесом коїтусу.

Важливо щоб пара прийняла те, що не кожен статевий досвід приведе до статевого акту. Інколи партнер не відчуває еротичної відповіді до запиту на сексуальну поведінку, і тоді може сказати, що сьогодні буде ніч без сексуальної активності, проте, з теплим, турботливим, чуттєвим і ніжним сценарієм. Пара розробляє три креативні і гнучкі сексуальні сценарії, з яких лише один включає коїтус. Партнери по черзі ініціюють ці сценарії.

### Вправа «Сексуальна грайливість і альтернативні сценарії»

Розробка альтернативного сексуального сценарію направлена на зростання сексуального комфорту пари. Пара може використати готовий список сценаріїв або скласти свій. Важливо зазначити, що не має правильних чи не правильних бажань, є лише індивідуальні смаки. Важливо, щоб пацієнти були чутливими до того факту, що кожен має свої межі сором'язливості і дискомфорту, і право сказати «ні» чи модифікувати сценарій партнера. Терапевт просить партнерів виміряти рівень інтересу до кожного сценарію від 1 до 10. Кожна людина повинна оцінити його або її комфорт за трьома критеріями для інтимної гри – турбота, повага та безпека. Пара має досягти консенсусу щодо того, що вони спробують.

Грайливий сценарій	Рівень її зацікавленості	Рівень його зацікавленості	Рівень її комфорту	Рівень його комфорту
Вдавати сором'язливість чи недосвідченість				
Одягнути сексуальну білизну				
Секс у спеціальних місцях				
Секс по телефону і т. д.				

Табл. 3. Приклад альтернативних сексуальних сценаріїв

*Фаза 5. Превенція рецидиву.*

*Вправа «Взаємне захоплення»*

В кінці дня, перш ніж лягти в ліжку, партнери по черзі говорять протягом хвилини (буквально, бо тривале обговорення не потрібне), про те позитивне, що кожен помітив в іншому сьогодні і за що вдячний. В цьому списку має бути три вартісні речі. Наприклад, «Дякую, що подзвонив попередити, що запізнився сьогодні», або «Ти справилася з труднощами сина дуже добре».

*Вправа «Перегляд особливостей доброї сексуальності пари»*

Це вправа полягає в тому, що кожен партнер має перелічити 3-5 особливостей доброї сексуальності пари, які є особливо цінними. Кожен з партнерів робить це окремо, а потім ділитися списком. Часто відбувається збіг; наприклад, важливість психологічної та фізичної релаксації або важливість надання і отримання чутливого дотику. Та особливо важливо звернути увагу на унікальні особливості, що не співпадають у списках, щоб підвищити розуміння партнерів про те, що сприяє бажанню, задоволенню, та еротизму.

*Вправа «Запобігання рецидиву»*

Разом з терапевтом пара розробляє індивідуальний план запобігання рецидиву, на основі базових вказівок:

- Виділити час для пари і обговорити, що потрібно робити індивідуально кожному і парі для підтримки приємних і безпечних сексуальних стосунків.
- Що 6 місяців мати формальні мітинги між собою чи також з терапевтом, щоб переконатись, що не відбувається повернення до нездорового ставлення до сексуальності, поведінки чи емоцій. Встановити цілі пари на наступні 6 місяців.
- Кожні 4-8 тижнів планувати побачення, що передбачатиме грайливе чи еротичне задоволення, але без коїтусу. Це дозволить отримати новий чуттєвий досвід, нагадує про цінність отримання спільного задоволення і розвитку гнучких сексуальних відносин, та «вакцинує» від сприймання статевого акту в якості персонального тесту «пройшов-провалив».
- У випадку незадовільного досвіду, обговорювати його парою в підбадьорюючий спосіб, пам'ятаючи позитивний досвід, що був у пари, та з реалістичної перспективи нормального коливання якості сексуального життя. Підтримка позитивних, реалістичних очікувань щодо сексуальності пари є основним профілактичним засобом. Від 5 до 15% сексуальних контактів є незадовільними чи нефункціональними. Це нормально і не є причиною панікувати чи відчувати поразку.
- Приймати випадкові недоліки, та не давати недолікам перетворитись на рецидив. Призначити побачення впродовж найближчих пари днів, щоб інтегрувати досвід невдачі в плануванні іншого позитивного досвіду. Рецидив означає розчарування і повернення до циклу попереджувальної тривоги, сприймання статевого акту в якості персонального тесту «пройшов-провалив», фрустрації, уникнення і сорому. Ставитись до випадкових невдач з гумором.
- Неможливо переоцінити важливість відведення особливого часу для пари, особливо інтимних побачень чи вікендів без дітей. Тому створюється конкретний графік таких побачень, з частотою декількох разів на тиждень, навіть якщо вони триватимуть лише годину. Якщо пара буде стурбована тим, що заплановані побачення не будуть романтичними чи особливими, варто поговорити про важливість цих стосунків і пригадати попередній приємно проведений спільний інтимний час.

Вищеописані інтервенції є загальною структурою терапії розладів сексуальних функцій у жінок, яка включає в себе поетапні сесійні інтервенції та домашні завдання. Залежно від типу та важкості розладу сексуальної функції, до послідовності втручань, спрямованих на зниження дистресу та посилення

задоволення від сексуального досвіду, додаються специфічні для конкретних дисфункцій інтервенції (Metz, Epstein, McCarthy 2018).

### Особливості КПТ розладу сексуального інтересу/збудження у жінок

Основними компонентами сексуального бажання є позитивні очікування. Вони передбачають відкритість до дотиків, присутність романтичних і еротичних думок, емоційний зв'язок і чутливість до бажань партнера.

На відміну від традиційного концепту, що жіноче бажання залежить від романтичного кохання, фізичної привабливості, здібностей партнера як коханця, КПТ концепт полягає в тому, що жінка має право на сексуальне задоволення і бажання. Терапія сприяє усвідомленню, що жінка гідна мати задоволення – незалежно від її зовнішності, історії сексуального насильства, чи неоргазмічності. КПТ сприяє відчуттю персональної валідизації, прийняття і свободи.

КПТ розладу сексуального інтересу/збудження у жінок інтегрує достовірні, реалістичні, відповідні для віку і ситуацій очікування з різними терапевтичними стратегіями (McCarthy & Thestrup, 2008).

#### Вправа «Позитивний фідбек»

Комунікація пари є надзвичайно важливою для покращення самооцінки. Партнери по черзі діляться стверджувальними думками:

- я милуюся твоїм...
- найсексуальніше в тобі для мене...
- я почуваюся особливим, коли ти...
- мене заводить, коли ти робиш...
- для мене підсилює еротизм те, що...
- мені ніяково це говорити, але я думаю мені сподобається, якщо...
- атмосфера, що підсилює сексуальну вітальність для мене це ...

Стратегія «будувати мости до сексуального збудження» (McCarthy & McCarthy, 2014, McCarthy & Wald, 2015) полягає в тому, що жінка бере на себе відповідальність за власне бажання і задоволення, включаючи планування і реалізацію сексуальної зустрічі. Ці навички покликані збільшити комфорт, привабливість, довіру і свободу творити її унікальний сексуальний сценарій.



### Вправа «Створити свій ідеальний сценарій».

Багато жінок йдуть за сексуальним сценарієм, що пропонують їм партнери, і упускають багато аспектів сексуального досвіду. Терапевт спонукає клієнтку уявити себе сценаристом і описати ідеальний еротичний фільм. Тоді порівняти, що є спільного, а що відмінного між цим ідеальним сценарієм і реальним сексом. Як вона може пояснити відмінності? Що вона може зробити, щоб наблизити її реальний сексуальний досвід до описаного атмосферою і поведінкою? Обговорити зі своїм партнером кооперацію задля збільшення задоволення пари. (McCarthy & Wald, 2015)

Вправа «Контроль стимулів» пов'язана із створенням умов, що ведуть до здорового сексуального функціонування.

Щоб проаналізувати конкретні умови, необхідні для здорового сексуального функціонування, кожен з партнерів складає перелік умов або факторів, які позитивно впливають на його/її сексуальне збудження. Це може бути атмосфера (музика, свічки, красива білизна), час дня, власний настрій і настрій партнера. Тоді визначається, які чинники негативно впливають на сексуальне функціонування. Перед парою ставиться завдання збільшити кількість позитивних факторів при кожному сексуальному контакті і мінімізувати кількість негативних (Barlow, 2001).

Метод фокусування на відчуттях був розроблений Мастерсом і Джонсон (Masters & Johnson, 1966) і застосовується до пацієнтів з будь-якими сексуальними розладами, однак найбільш часто використовується в терапії розладу сексуального інтересу/збудження. Фокусування на відчуттях передбачає уникнення коїтусу на тлі чуттєвих/еротичних вправ зростаючої інтенсивності. Головна мета фокусування – усунути тиск необхідності відповідати «еталону» сексуального функціонування, переключити увагу пари на приємні відчуття, спонукати отримувати задоволення від різних форм стимуляції і близькості.

### Вправа «Прийняття геніталій»

Інколи жінка має негативне ставлення до своїх геніталій і еротичних реакцій. Ця вправа допомагає самоприйняттю і плеканню гордості за своє тіло. Терапевт пояснює кроки і дає цю вправу на домашнє завдання. Клієнтка виділяє час, коли вона може побути на самоті, роздягається і зручно вмощується на ліжку. Їй потрібне невелике дзеркальце для дослідження своїх геніталій. Важливо не поспішати, і з допитливістю і добротою до себе, досліджувати ці частини свого тіла. Тоді дослідження продовжується за допомогою пальців, злегка змочених у лубрикант для більшого комфорту. Важливо сфокусувати увагу на дотик,

текстуру, температуру, вологість шкіри, слизистої. Робити це в майндфулнес. Звернути увагу, що чутливість вагіни є зосереджена приблизно в ділянці перших 4-5 см, а далі відчуття пропадають. Якщо під час вправи прийде тривога, нагадати собі, що доторки до себе є нормальними і сприяють здоров'ю, що вона вивчає важливу інформацію про своє тіло: «Це моє тіло, воно прекрасне, моє тіло є джерелом задоволення для мене і мого партнера». Жінка повторює вправу хоча б 2-3 рази (або стільки, скільки буде потрібно), поки не почуватиметься під час неї вільно, комфортно, і в майндфулнес. Важливо після вправи зафіксувати думки, що приходили і обговорити їх з терапевтом та при потребі провести когнітивну реструктуризацію, і сформулювати позитивні, конструктивні думки про її тіло і сексуальність (McCarthy & Wald, 2015).

Важливим компонентом терапії розладу сексуального інтересу/збудження у жінок є *тренінг комунікативних навичок* (Wincze & Barlow, 1997), що дозволяє партнерам обговорювати своє сексуальне життя в конструктивний спосіб, співпрацювати як інтимна команда, гнучко реагувати на життєві зміни, експериментувати і досліджувати сексуальність їх союзу, підвищувати сатисфакцію від сексуальності.

### Особливості КПТ розладу оргазму у жінок

Робота над образом тіла і вправи направлені на дослідження самозадоволення, згідно досліджень, виявились найефективнішими для жінок з розладом оргазму (Heiman & Meston, 1999). Цей протокол включає психоедукацію про способи досягнення оргазму, дослідження свого тіла і вправи направлені на задоволення (жінка ідентифікує те, що є чуттєвим, приємним і еротичним для неї), дослідження своїх геніталій за допомогою дзеркала в покроковій експозиції, поки рівень тривоги не впаде, когнітивну реструктуризацію наданих значень мастурбації, використання сексуальних фантазій.

Важливо, щоб терапевт допоміг зрозуміти, що більшість жінок не переживають оргазм кожної сексуальної активності. Отримувати задоволення від сексу можна і без оргазму, і важлива властивість сексу – це відчуття задоволення, близькості і зв'язку. Терапевт навчає партнера, що з його кооперацією і підтримкою жінка зможе сфокусуватись на отриманні задоволення.

#### Вправа «Зіграй свій оргазм»

Жінка може подолати свої сумніви, страхи втратити контроль чи сором граючи, наче актриса, свій оргазм. Вправа полягає в тому, щоб виділити приватний час

для себе, лягти, розслабитись, налаштуватись на еротичний настрій за допомогою, романтичної або еротичної літератури чи еротичних фантазій. Тоді завдання полягає в уявленні найбільш нестримного «дикого» оргазму, який тільки можливий. Жінка має зіграти його, відтворити рухи і звуки. Після гри на самоті, жінка може продемонструвати цю вправу партнерові.

### Вправа «Самозадоволення»

Включає 1) дозвіл на задоволення, 2) зростання усвідомлення сексуальності і еротизму, 3) зростання довіри до сексуальних реакцій її тіла, 4) самоосвіту та асертивне керування партнером під час близькості, 5) допущення альтернативного сценарію сексуального задоволення. Вправа з самозадоволення поглиблює усвідомлення свого тіла, прийняття, не генітальне дослідження тіла, генітальне дослідження тіла, еротичну стимуляцію, еротичні фантазії, відпускання тривоги та дозвіл «потоків збудження текти до оргазму». (McCarthy & McCarthy, 2012):

- Жінка розглядає своє оголене тіло в дзеркалі.
- Розглядає свої оголені статеві органи в дзеркалі.
- Жінка стимулює / подразнює ерогенні зони тіла, крім геніталій.
- Жінка стимулює свої статеві органи.
- Жінка демонструє партнеру тип стимуляції, найбільш прийнятний для неї.

Вправи з дзеркалом слід повторювати доти, поки пацієнтка не відчує себе повністю комфортно. Вправи на стимуляцію повторюються доти, поки пацієнтка не відчує задоволення від такого типу стимуляції ("задоволення" може означати розслаблення, збудження або інші приємні відчуття).

### Вправа «Кооперація для задоволення, еротизму і оргазму»

Три стадії фокусування на сексуальному задоволенні, еротизму та оргазму. Кожна сесія триває 30-60 хв. Жінка повторює кожну вправу поки не відчуватиме себе комфортно із задоволенням, збудженням і оргазмом.

Стадія 1. Виділити в достатній час, щоб розслабитись, і не поспішати. Розпочинає партнер з чуттєвих і еротичних дотиків, застосовує оральну стимуляцію, або комбінацію технік, що є для жінки прийнятною. Жінка має просто бути з цим чутливим, прийнятним і еротичним для неї досвідом. За 10-15 хвилин партнер бере на себе пасивну роль. А жінка приймає позицію зверху, повністю керує проникненням. На цій стадії ерекція та фрикції не бажані. Жінка зосереджується на своїх відчуттях на 3-5 хв, тоді експериментує зі скороченням м'язів тазового

дна, та після зосередження на своїх відчуттях протягом 5-12 хв., проникнення припиняється і пара продовжує контакт чуттєвими доторками, поки не будуть задоволені такою близькістю без оргазму.

Стадія 2. На початках аналогічна першій стадії, проте, після напруження і розслаблення м'язів тазового дна, жінка може почати рухатись, поволі, лишаючись в контакті зі своїми відчуттями. Якщо партнер відчуває ерекцію і збудження, то рухи потрібно призупинити. Мета даного завдання підсилити збудження і спостерігати за цим процесом, бути в майндфулнес.

Стадія 3. Терапевт надихає пару експериментувати з позицією та інтенсивністю рухів, а бути в стані майндфулнес в процесі. Жінка вирішує, коли продовжити процес до оргазму.

### Особливості КПТ розладу проникнення/генітально-тазового болю

Ще понад 40 років тому Спано та Лемонт (Spano & Lamont, 1975) представили першу кругову модель диспареунії (в DSM V на ряду з іншими розладами старих класифікацій відповідає розладу генітально-тазового болю/проникнення).

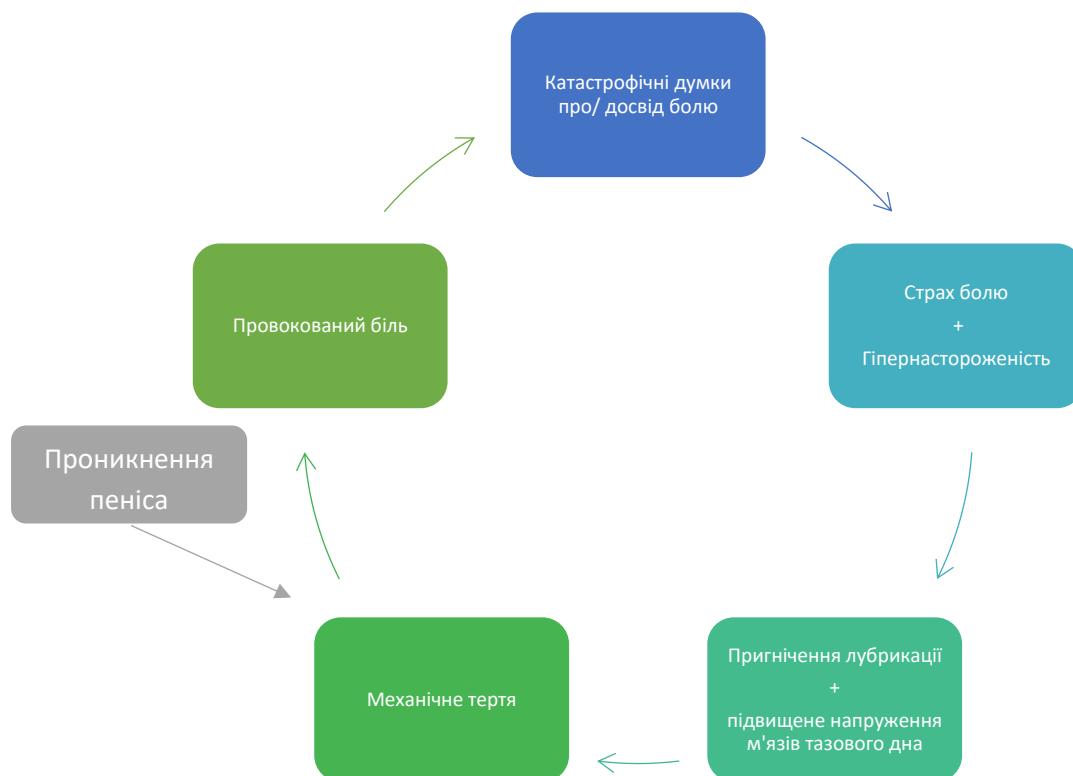


Рис. 5. Цикл розладу генітально-тазового болю

Ця модель стала відправною точкою для розробки сучасної моделі КПТ для розладів генітально-тазового болю/проникнення (рис. 5, 6). Біль під час проникнення або негативні спогади про такий біль, призводять до страху болю та гіпернастороженості під час нових сексуальних контактів. Страх проникнення та гіпернастороженість призводить до зниження сексуального збудження під час сексуальної активності, а отже, і до вагінальної сухості та/або підвищення тону м'язів тазового дна (як захисної реакції на очікуваний чи справжній біль). Комбінація вагінальної сухості та підвищеного тону м'язів, що спричиняє тертя між пенісом та шкірою вульви, може призвести до болю та навіть пошкодження тканин. Ці пошкодження самі по собі можуть призвести до болю і також ще більше посилити вже існуючий біль.

Більшість проблем, пов'язаних із болючим сексом, відзначаються в ранньому дорослому віці, коли молоді жінки вперше стають сексуально активними і приблизно в той же час, як (або після) менопаузи. Багато жінок також повідомляють про болючий секс протягом місяців після пологів.

Метою когнітивно-поведінкової терапії генітально-тазового болю є досягнення жінкою контролю над болем. Вона зосереджується на зниженні катастрофічних прогнозів і страху перед болем та відновленні задоволення від сексуального функціонування (наприклад, непроникаючого сексу), з метою зниження м'язового тону в області тазу та сприянню природній лубрикації під час сексуальної активності. Кінцевою метою є зменшення болю у сексуальній ситуації.

КПТ часто проводиться у груповому форматі, з 8 до 10 сеансів протягом 10-12 тижнів. Протокол лікування включає в себе (1) психоедукацію і представлення КПТ моделі цього розладу, пояснення, як вона впливає на бажання та збудження, (2) освіту щодо мультифакторної причини болю, (3) освіту про сексуальну анатомію, (4) навчання навичок релаксації м'язів, (5) абдомінальне дихання, (6) вправи Кегеля, (7) вагінальна дилатація, (8) методи дистанціонування, від негативних думок з переключенням уваги на сексуальні образи, (9) когнітивна реструктуризація негативних когніцій та наданих сексуальності значень, (10) навчання комунікативних навичок.

Труднощі з проникненням (вагінізм за класифікацією DSM IV), що призводять до клінічно вираженого страждання, породжені тривогою через катастрофічні прогнози та негативні думки, пов'язані з вагінальним проникненням. Щоб впоратись зі страхом, жінка може уникнути будь-яких видів сексуальних

контактів, пов'язаних із проникненням, або вона може бути гіпернастороженою до сигналів, пов'язаних з болем. Останнє може призвести до перебільшення уваги до фізичних відчуттів і психологічного збудження, що підсилює відчуття болю.

Спроби при проникненні в піхву зустрічаються з скороченням м'язів тазового дна. Підвищений м'язовий тонус призводить до болючих або невдалих спроб. Неможливість «добитися» проникнення в свою чергу сприяє негативному досвіду і підтверджує негативні очікування.

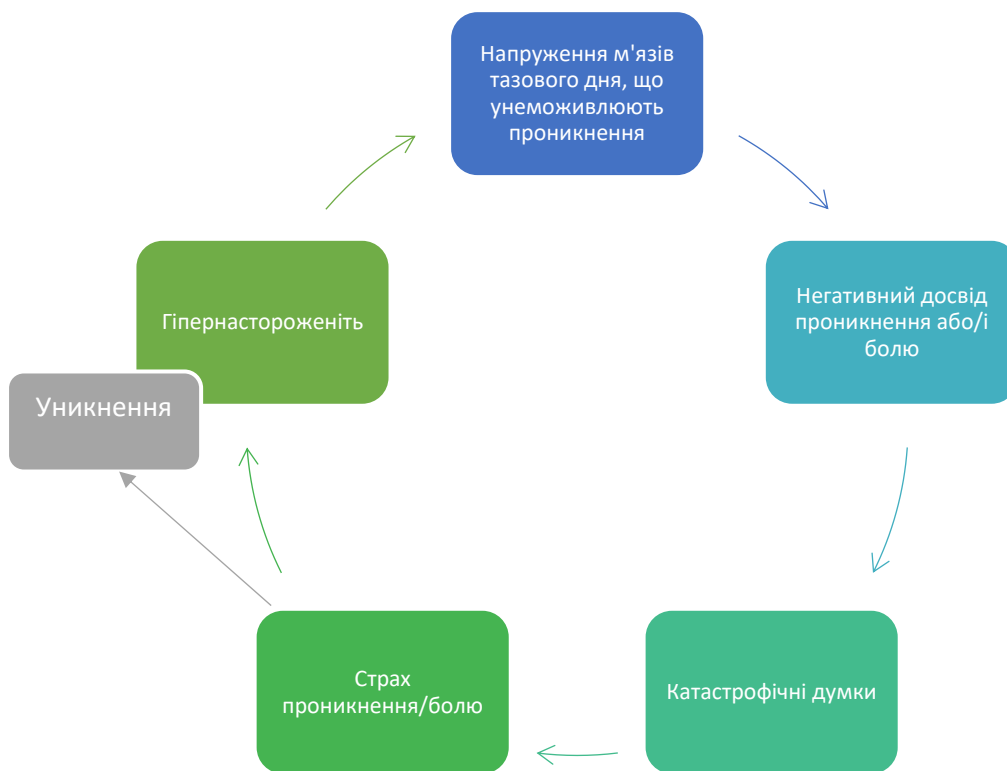


Рис.5. Цикл розладу проникнення

Лікування базується на *покрокових експозиціях*, що призначаються для домашнього завдання з поступовим пристосуванням до відчуттів дотику у піхві та проникнення, як правило, починаючи з жіночих пальців або штучних пристроїв, спеціально розроблених для цієї мети, та зниженням рівня тривоги. Ці основні втручання переважно є частиною більш широкого підходу, який включає психоедукацію, когнітивну реструктуризацію, тренінг релаксації, що допомагає розслабити хронічний м'язовий тонус, лагідне самодослідження,

допомагає локалізувати біль і інформувати партнера та навчання сексуальних навичок, і є описаний вище. Терапія покликана допомогти клієнтці усвідомити, що вона може справлятися з болем і насолоджуватись сексуальною близькістю.

## ВИСНОВКИ

Даною роботою, я ставила собі за мету зрозуміти біопсихологічну природу розладів сексуальних функцій у жінок та описати сучасні підходи лікування цих дисфункцій методами когнітивно-поведінкової терапії, з огляду на високу частоту клієнтських запитів у власній психотерапевтичній клінічній практиці і гострий дефіцит емпірично доведених даних у професійній літературі.

Спираючись на принципи наукової доказовості, проведений аналіз сучасних наукових праць, дозволяє стверджувати, що когнітивно-поведінкова терапія є ефективним та перспективним методом психотерапевтичної допомоги при розладах сексуальних функцій. Проте, варто тримати у фокусі уваги цю сферу досліджень і лишатись відкритими для дискусій.

Сексуальне задоволення проживається в емоційному вимірі, що ґрунтується на когнітивному вимірі, яке в свою чергу є значенням, що є надане поведінковому виміру. Оскільки ці три виміри впливають один на одного, зміна одного з цих компонентів призводить до змін у інших. Зміни думок та поведінки призводять до змін емоцій. Зміни у думках, викликають зміни в поведінці, і навпаки.

Когнітивно-поведінкова терапія сексуальних дисфункцій включає науково точну інформацію про статеву анатомію та фізіологію. Реалістичні, відповідні до віку сексуальні очікування є ключовими для сексуального здоров'я та задоволення. Вони базуються на знаннях про біологічні, психологічні та стосункові фактори і цикли сексуальної відповіді, нормальну сексуальність і її зміни, що відбуваються протягом життя, корекцію дисфункційних коупінг стратегій, розвиток комфортних, функціональних психосексуальних навичок. КПТ плекає здорову сексуальність, прийняття та позитивну оцінку тіла та сексуальної близькості, реалістичні та позитивні очікування, емоційний зв'язок з партнером, безпечний, вільний та гнучкий сексуальний досвід.

## Список використаної літератури

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. 2013.
2. Abolghasemi A. and Kiamarsia A. Early Maladaptive Schemas in Women with Sexual Dysfunctions and Normal Women. Middle-East Journal of Scientific Research 12 (9): 1245-1249, 2012. DOI: 10.5829/idosi.mejsr.2012.12.9.365.
3. Aliakbari Dehkordi M., Mohammadi A., Alipour A., Mohtashami T. The impact of cognitive behavioral sex therapy on decreasing anxiety and increasing sexual function in people with vaginismus. Int J Health Stud 2017;3(2):15-20. doi: 10.22100/ijhs.v3i2.209.
4. Breton A., Miller C., Fisher K. Enhancing the sexual function of women living with chronic pain: a cognitive-behavioural treatment group. Pain Res Manag. 2008 May-Jun; 13(3): 219–224 [PubMed].
5. Brotto L. Mindful sex. The Canadian journal of human sexuality 22(2):63-68 · October 2013 DOI: 10.3138/cjhs.2013.2132.
6. Brotto L., Bitzer J., Laan E., Leiblum S., and Luria M. Women's sexual desire and arousal disorders. J Sex Med 2010;7:586–614.
7. Brotto L., Goldmeier D. Mindfulness Interventions for Treating Sexual Dysfunctions: the Gentle Science of Finding Focus in a Multitask World. Sex Med 2015;12:1687–1689 DOI: 10.1111/jsm.12941.
8. Faubion S., Rullo J., Sexual Dysfunction in Women: A Practical Approach. American Family Physician. 2015; 92(4):281-288.
9. Frank J., Mistretta P., Will J. Diagnosis and Treatment of Female Sexual Dysfunction. American Family Physician March 1, 2008 Volume 77, Number 5.
10. Gudarzi S. Female Orgasmic Disorder Treatment Using Cognitive-behavioral Approach. Advances in Life Sciences 2014, 4(4): 196-199 DOI: 10.5923/j.als.20140404.02.
11. Meston C. and Bradford A. Sexual Dysfunctions in Women Annu. Rev. Clin. Psychol. 2007.3:233-256.



12. Metz M, McCarthy B. The “Good-Enough Sex” model: a case illustration. *Sexual and Relationship Therapy* Vol. 23, No. 3, August 2008, 227–234. DOI: 10.1080/14681990802165919.
13. Metz M., Epstein N., McCarthy B. *Cognitive-Behavioral Therapy for Sexual Dysfunction*. Routledge; 1 edition; November 3, 2017.
14. Silverstein R.G., Brown A.C., Roth H., Britton W. Effects of Mindfulness Training on Body Awareness to Sexual Stimuli: Implications for Female Sexual Dysfunction. *Psychosomatic Medicine*. 73(9):817-825, NOV 2011 DOI: 10.1097/PSY.0b013e318234e628.
15. Ter Kuile M., Both S., Van Lankveld J. Cognitive Behavioral Therapy for Sexual Dysfunctions in Women. *The Psychiatric clinics of North America* 33(3):595-610 September 2010.
16. Velten J., Margraf J., Chivers M. & Brotto L. (2017): Effects of a Mindfulness Task on Women’s Sexual Response, *The Journal of Sex Research*, DOI: 10.1080/00224499.2017.1408768.
17. Wiegel M., Scepkowski L. & Barlow D. (2007). Cognitive-affective processes in sexual arousal and sexual dysfunction. *The Psychophysiology of Sex*. 143-165.
18. Клиническое руководство по психическим расстройствам. Под ред. Барлоу Д. 3-е издание. – СПб: Питер, 2008. – 912 с