

ПСИХОТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРСЕКСУАЛЬНОСТЬЮ

Г. С. Кочарян

Харьковская медицинская академия последипломного образования

В статье представлены различные методы психотерапии (когнитивная, когнитивно-поведенческая, поведенческая, гипносуггестивная, психодинамическая, экзистенциальная, парная, групповая), которые используются для лечения больных с гиперсексуальностью, включая 12-шаговую программу восстановления, осуществляемую в группах самопомощи сексоголиков. Обсуждается правильность проведенной по отношению к ним адаптации 12-шаговой программы восстановления алкоголиков. Сообщается о видах помощи, оказываемой как взрослым людям, так и подросткам, которые страдают сексуальной аддикцией, приводятся рекомендации по предотвращению развития у последних сексуальной зависимости. Также приводятся рекомендации для жен, чьи мужья страдают сексуальной аддикцией, и называются существующие варианты оказываемой им помощи.

Ключевые слова: гиперсексуальность, психотерапия, формы оказания помощи.

Psychotherapy of patients with hypersexuality

G. S. Kocharyan

The article presents various methods of psychotherapy (cognitive, cognitive-behavioral, behavioral, hypnosuggestive, psychodynamic, existential, paired, group) which are used to treat patients with hypersexuality, including the 12-step recovery program carried out in self-help groups of sexoholics. The correctness of the adaptation to them of the 12-step program for recovering of alcoholics is discussed. It is reported about types of assistance provided to both adults and adolescents who suffer from sexual addiction. Recommendations are given to prevent the development of sexual addiction in the latter. It is also submitted recommendations for wives whose husbands are sexually addicted and identify existing options for assisting them.

Key words: hypersexuality, psychotherapy, forms of assistance.

Психотерапія хворих з гіперсексуальністю

Г. С. Кочарян

У статті наведені різні методи психотерапії (когнітивна, когнітивно-поведінкова, поведінкова, гіпноугестивна, психодинамічна, екзистенціальна, парна, групова), які використовуються для лікування хворих з гіперсексуальністю, включаючи 12-крокову програму відновлення, що здійснюється в групах самопомоги сексоголіків. Обговорюється правильність проведеної по відношенню до них адаптації 12-крокової програми відновлення алкоголіків. Повідомляється про види допомоги, що надається як дорослим людям, так і підліткам, які страждають сексуальною адикцією. Наводяться рекомендації щодо запобігання розвитку у останніх сексуальної залежності. Також наводяться рекомендації для дружин, чії чоловіки страждають сексуальною адикцією, і називаються існуючі варіанти допомоги, що надається їм.

Ключові слова: *гіперсексуальність, психотерапія, форми надання допомоги.*

Для лечения больных с гиперсексуальностью используются различные методы психотерапии: когнитивно-поведенческая, психодинамическая, парная, семейная, групповая [21] и др.

При работе с порноаддикцией рекомендуют использовать **мотивационное интервьюирование (МИ)**, которое работает на «встречу с пациентом, где бы он не находился» в своей текущей зависимости, и помогает принять ему собственное решение, если он готов внести изменения в свою жизнь [28]. МИ – это техника консультирования, в которой консультант становится помощником в процессе изменения поведения. Она объединяет самые эффективные и в то же время простые приемы ведения беседы (вопросы, слушание, подведение итогов и поддержка). МИ – это процесс совместного с консультантом рассмотрения стимулов, побуждающих человека к принятию решения и действию или бездействию по отношению к какой-либо ситуации [8]. МИ может оказать мощное драматическое и продолжительное влияние на поведение человека [28]. «МИ как способ помощи возникло тогда, когда для специалистов стало очевидно,

что обычное принуждение к действиям или объяснение, что и как надо делать, не оказывалось эффективным в попытке поддержать человека в трудном процессе изменения собственной жизни» [1].

Важную роль в терапии сексуально зависимых играет **психообразование**. Психотерапевт может объяснить пациенту как возникает и развивается сексуальная аддикция, а также какими факторами поддерживается. Помимо этого, больному необходимо порекомендовать литературу, которая может быть ему полезна. Важно, чтобы клиент как можно больше узнал о своей зависимости и основополагающих убеждениях, которые привели к искаженному и деструктивному мышлению и, как следствие, к навязчивому сексуально ориентированному когнитивному состоянию, а также как возникли ритуалы, усиливающие желание следовать своим деструктивным пристрастиям [12].

Пациенты с сексуальной аддикцией перед началом лечения и в его процессе должны подвергаться массивной **когнитивной интервенции**, направленной на разъяснение различных негативных последствий сексуальной зависимости (общее и сексуальное здоровье, взаимоотношения с супругой и состояние ее здоровья, работоспособность и др.). Правда следует отметить, что когда за помощью по собственной инициативе обращается сам аддикт, то он уже достаточно хорошо информирован о таких негативных последствиях, которые испытал на самом себе, что и послужило причиной его обращения за медицинской помощью.

Сообщалось, что **когнитивно-поведенческая терапия (КПТ)** успешна в лечении сексуальной зависимости. В ее фокусе находится идея, что наши мысли, эмоции и поведение взаимосвязаны, а ее целью является изменение негативных мыслей на позитивные. Она помогает пациентам распознавать ситуации, в которых они с наибольшей вероятностью могут участвовать в саморазрушительном поведении, избегать их и справляться с ними. КПТ часто сосредоточивается на негативных мыслях о себе, других и мире (например, «Я никогда не перестану смотреть порно») и работать, чтобы

изменить их на более позитивные или функциональные мысли (например, «Если бы я работал над этим, я был бы в состоянии перестать смотреть порно») [28].

КПТ предоставляет различные подходы, помогающие человеку изменить свое поведение, избежать рецидивов и перепрограммировать деструктивное сексуальное поведение. Она обеспечивает принятие рационального подхода и закона энтропии, неприятных и болезненных эмоций, опроса, а также использование определенных методов преодоления [25].

Отмечается, что программы КПТ повышают самооценку и уверенность в себе. Тем самым они уменьшают беспокойство и другие возможные сопутствующие зависимости. Навыки совладания, приобретенные и усвоенные во время КПТ, кроме того, снижают риск рецидива в будущем. Сеансы КПТ предоставляют сексуальным аддиктам возможность более умело управлять своими реакциями на ситуации, хотя могут занимать много времени [13].

Сообщается [13], что КПТ сексуально зависимых лиц используется для обуздания иррациональных мыслей и основных дисфункциональных убеждений, усиливающих зависимость сексуальных аддиктов. Она является основой для лечения сексуальной зависимости и может проводиться как при индивидуальной, так и при групповой терапии [15].

КПТ включает усилия, направленные на подавление в краткосрочной перспективе поведения, вызывающего привыкание, прежде чем сосредоточиться на других долгосрочных вопросах. Эти воздействия направлены на решение и поиск путей смягчения проблем, которые вызывают эмоциональный дискомфорт, и последующее возникновение желания пациентов уйти от компульсивной сексуальной активности. С этой целью могут использоваться ролевые игры, ведение журналов, общение с поддерживающим другом в процессе выздоровления или, например, участие в домашних делах [25].

Кроме того, КПТ аддиктов направлена на оказание им помощи в принятии здорового мышления, что помогает им понять свои побуждения, предотвратить рецидив, отказаться от фантазий и другого зависимого поведения, делая или практикуя что-то еще [15; 25]. Эта стратегия дает пациенту возможность избежать рецидивов и перепрограммировать свое деструктивное сексуальное поведение.

Сеансы терапии направлены на то, чтобы инициировать стадию предварительного размышления путем информирования аддикта о последствиях зависимого поведения и вызывание мыслей о здоровых действиях. Предложения об участии в других мероприятиях и здоровом поведении (таком, как ведение журнала) и акцент на этом направлены на то, чтобы подготовить аддикта к действиям или изменить его поведение (стадия подготовки). Кроме того, аддикт призван осуществлять изменения (стадия действия), практикуя предложенное здоровое поведение. Для обеспечения устойчивых изменений поведения и поощрения к продолжению нового здорового поведения дома в регулярно проводимые последующие сеансы также включается стадия поддержки [13].

J. Hallberg и соавт. [19] в своей статье сообщают о результатах контролируемого рандомизированного исследования эффективности лечения гиперсексуальных мужчин с использованием группового варианта КПТ. Всего в исследовании приняли участие 137 лиц мужского пола. Из них 70 чел. получали КПТ, а 67 вошли в контрольный список ожидания (начали получать лечение спустя 8 недель). Программа лечения состояла из следующих 7 модулей, которые реализовались на групповых сессиях в течение 7 недель посредством лекций и письменных материалов:

1. Введение в текущее исследование и предоставление основ сведений относительно КПТ и гиперсексуального расстройства.

2. Предоставление сведений об излишках и недостатках поведения, базовый поведенческий / функциональный анализ и стимулирование мотивации.

3. Побуждение к занятию техниками и идентификации ценностей.

4. Поведенческая активация в соответствии с установленными значениями и расширенный поведенческий / функциональный анализ.

5. Предоставление сведений о влиянии дисфункциональных мыслей и убеждений, чтобы подвергнуть их сомнению, разработка и реализация поведенческих экспериментов, которые должны быть выполнены между сессиями, использование методов когнитивной реструктуризации и решения проблем.

6. Межличностная активация через навык самоуверенности; обучение, управление конфликтами, идентификация и вовлечение межличностных целей.

7. Краткое описание лечения, разработка и реализация программы сопровождения личности.

Каждый модуль содержал в среднем 18 страниц текста, визуальный материал и домашние задания / упражнения. Каждый групповой сеанс длился 2,5 часа. Групповую терапию проводили 2 лицензированных психолога и лицензированный психотерапевт, имеющие опыт в использовании КСП и в сексологии / медицинской сексологии.

На основании полученных результатов, авторы пришли к заключению, что использование КПТ привело к значительному ослаблению гиперсексуальности и психиатрических симптомов. По их мнению, программа КПТ может служить в качестве первой линии лечения таких пациентов в клинических условиях.

В нашей практической работе у больных с сексуальной аддикцией мы применяли следующий *поведенческий подход*. Пациенту предлагали определиться с тем, какие звуковые воздействия являются для него наиболее неприятными и даже непереносимыми (звуки работающей болгарки, трение пенопласта о стекло и др.). Затем он записывал их на смартфон. Продолжительность этого звукового материала составляла от 5 до 15 мин. Также использовались возможности воздействия этих звуков меньшей

продолжительности. Данные звуки рекомендовалось использовать при появлении аддиктивных побуждений, что вело к их ослаблению и даже исчезновению. Однако следует отметить, что при характеризуемой патологии, а также при расстройствах сексуального предпочтения (парафилиях) пациенты склонны уклоняться от применения таких аверсивных воздействий.

Один из наших больных с целью ослабления аддиктивных побуждений читал литературу религиозно-философского содержания, что давало эффект. Однако основным методом в его лечении была гипносуггестивная терапия.

Осуществляя поведенческий подход, можно прибегнуть к *«ресимволизации»* помещения, в котором осуществлялись аддиктивные акты. Так, М. А. Ярхауз, Э. С. Н. Тэн (M. A. Yarhouse, E. S. N. Tan) [12] сообщают, что один из их клиентов по просьбе своей жены перенес свой кабинет в другую комнату в их доме. В своем прежнем кабинете он просматривал в Интернете порнографию, а также общался в чатах на сексуальные темы. Когда же он перенес кабинет в другую комнату, то это позволило его ресимволизировать. Авторы подчеркивают, что, однако, важно не забывать о влиянии таких шагов на эмоциональное состояние клиента. Отказываясь от некоторых предметов (или доступа к ним), он тем самым лишается прежнего источника комфорта и получаемого «поглаживания». Поэтому психотерапевт должен быть готов к возникновению и проявлению негативных эмоций: сожаления, вины, чувства утраты, гнева, замешательства и депрессии.

Цитируемые авторы описывают возможности формирования определенных ритуалов, которые обусловлены четкой поведенческой фиксацией, что следует учитывать при проведении психотерапии. Они сообщают об одном из своих больных, который «придавался своему пристрастию только со своими партнерами по Интернет-чату. Для связи с ними он использовал свой ноутбук во время деловых поездок. Его ритуал выглядел так: договориться о деловой встрече, прибыть в гостиницу,

позвонить жене и детям, «уложить их спать» по телефону, а затем включить ноутбук и назначить встречу с женщиной для интимного контакта. Он никогда не договаривался о сексе, используя другой компьютер, телефон и т. д., поскольку повторяющийся особый ритуал усиливал его сексуальные переживания» [12, с.280-281].

Поведенческий подход, который помогает пациенту справиться с негативными эмоциями, предполагает подсказывание пациенту альтернативных способов удовлетворения своих эмоциональных потребностей. Это здоровые виды социализации, способствующие выздоровлению (физические нагрузки, беседы с другом, молитва, участие в церковной службе, ведение дневника, чтение и др.) [12].

Ведение дневника помогает больным в анализе своего состояния, фиксации достигнутых ими успехов и откатов от полученных результатов. Записи в дневнике служат подспорьем в определении ситуаций, способствующих или, напротив, препятствующих аддиктивным проявлениям, а также являются важной диагностической помощью для терапевта, так как позволяют отслеживать происходящие с пациентом изменения в динамике. Записи, сделанные в дневнике, могут стать предметом обсуждения с терапевтом. Лучше заполнять дневник вечером, подводя итоги прошедшего дня.

М. А. Ярхауз, Э. С. Н. Тэн (M. A. Yarhouse, E. S. N. Tan) [12, с. 280] обращают внимание на следующее: «Дополнительный плюс ведения дневника состоит в том, что записывание своих переживаний человеком, поглощенным сексуальными мыслями, прерывает их обычный ход (рационализацию, отрицание зависимости) и, как правило, уберегает его от разрушительного поведения. Дневник помогает клиенту увидеть, как он осмысливает происходящие события и как он может ошибочно оправдывать свои действия, препятствующие успешной терапии».

Сертифицированные специалисты по сексуальной зависимости (Certified Sex Addiction Therapists; CSAT) – группа профессионалов в области

сексуальной зависимости, сертифицированная Международным институтом специалистов по травмам и наркомании (the International Institute for Trauma and Addiction Professionals) – предлагают специализированную поведенческую терапию, разработанную для сексуальной аддикции [31].

Обсуждая терапию пожилых больных с деменцией, Hugh Series и Pilar Dégano [29] в 2005 г. сообщили, что они не смогли найти опубликованных данных, в которых бы описывались специфические методы поведенческой терапии таких пациентов. Прежде чем применять какую-либо технику поведенческой терапии, отмечают авторы, необходимо тщательно оценить поведение, а затем составить лечебный план, согласовав его с персоналом и другими заинтересованными сторонами, например с семьей подопечного. Важно организовать консультации для персонала. Если эти шаги окажутся неэффективными, необходимо рассмотреть возможность перевода пациента в другое учреждение.

Существуют современные технические средства помощи людям с сексуальной зависимостью, в том числе и порнографической: фильтры для веб-сайтов и другие подобные ресурсы, а также программы для смартфонов, которые помогают больным контролировать себя в небезопасные периоды, создавать для себя упражнения или другие стратегии, способствующие более здоровым проявлениям сексуальности) [12].

Отмечается, что для лечения порнозависимых лиц используется относимая к когнитивному (когнитивно-поведенческому) ряду **терапия, основанная на осознанности**. В качестве ее ключевого компонента фигурирует «внимательность». Это предусматривает развитие внимания, сфокусированного на настоящем и не осуждающего. Подходы, основанные на осознанности, помогают людям лучше понять свои мысли, эмоции, телесные ощущения, поведение и относиться к ним по-другому. Это позволяет данным «временным» и «мимолетным» переживаниям расти и исчезать, вместо того чтобы позволить им контролировать поведение человека. Примеры основанной на осознанности терапии включают в себя:

снижение стресса на основе осознанности (Mindfulness-Based Stress Reduction; MBSR); диалектическую поведенческую терапию (Dialectical Behavioral Therapy; DBT); терапию принятия и ответственности (Acceptance and Commitment Therapy; АСТ); практики, основанные на сострадании, такие как терапия, сфокусированная на сострадании (Compassion-Focused Therapy) [28].

Приводится следующая характеристика когнитивной терапии, основанной на осознанности, разработанная на базе программы снижения стресса. Она объединяет осознанность с идеями когнитивной психологии и используется для решения психологических проблем пациентов. Основная ее цель состоит в освобождении человека от склонности автоматически реагировать на мысли, эмоции и события жизни. Данный подход доказал свою эффективность при депрессиях, повышенной тревожности, биполярном аффективном расстройстве, синдроме хронической усталости, бессоннице, нарушениях пищевого поведения. Главным в характеризуемом подходе является освоение навыка осознанности путем медитации (mindfulness meditation) [5].

Терапия принятия и ответственности (Acceptance Commitment Therapy; АСТ), которая была упомянута нами выше, – одно из новейших направлений поведенческой (когнитивно-поведенческой) терапии. В отличие от представлений о «здоровой нормальности», характерных для западной психологии, АСТ допускает, что психологические процессы в сознании нормального «здорового» человека часто деструктивны и создают психологическое страдание. Избавление от симптомов или их ослабление не является целью АСТ. В этом подходе считается, что зачастую именно постоянные попытки избавиться от «симптомов» приводят к психическим расстройствам. Цель АСТ состоит в преобразовании взаимодействия пациента с неприятными мыслями и ощущениями. Он больше не должен воспринимать их как «симптомы» и учиться воспринимать их как безобидные, пусть и дискомфортные, но преходящие психологические события. В

результате этого симптомы ослабляются, что является побочным, а не основным эффектом лечения. В этом подходе акцент делается на том, что чем больше времени и сил тратится на избегание нежелательных субъективных переживаний или избавление от них, тем большее психологическое страдание можно получить в долгосрочной перспективе. Чем более важным человек считает избавление от беспокойства, тем больше он «беспокоится об этом беспокойстве». Таким образом он усугубляет его. Данный порочный круг находится в основе любых психических расстройств, которые связаны с тревогой [6; 10].

В АСТ не предпринимается никаких попыток сократить, изменить, избежать, подавить или контролировать субъективные переживания. Пациенты учатся снижать влияние нежелательных мыслей и чувств через эффективное использование осознанности. Они учатся прекращать вражду со своими переживаниями, открываться для них, предоставлять им пространство и позволять им приходить и уходить без борьбы. Теперь (для изменения жизни к лучшему) время, энергию и деньги, которые раньше расходовались на попытки контроля своих чувств, можно вкладывать в совершение эффективных действий, продиктованных собственными ценностями [6; 10].

В АСТ выделяют шесть ключевых принципов [7; 10].

1. Разделение (не-слияние). В состоянии когнитивного слияния люди являются заложниками. Они воспринимают мысли как истину в последней инстанции или как правила, подлежащие соблюдению, или как важные события, требующие полного внимания, или как угрозу, от которой необходимо избавиться. Когда человек находится в состоянии слияния со своими мыслями, они имеют огромное влияние на его поведение. «Когнитивное разделение означает, что мы можем сделать как бы «шаг назад» и наблюдать за мыслями со стороны. Мы можем заметить, что наши мысли – не больше и не меньше, чем скоротечные субъективные переживания, постоянно меняющийся поток слов, звуков и картинок. Как

только мы отделяемся от мыслей, их способность воздействовать на нас резко снижается».

2. Принятие. Оно состоит в предоставлении пространства неприятным ощущениям, чувствам, желаниям и другим субъективным переживаниям. Человек позволяет им приходить и уходить без борьбы. Он не убегает от них и не уделяет им чрезмерного внимания.

3. Контакт с настоящим. Необходимо с открытостью, интересом и восприимчивостью сосредоточиваться на том, что происходит здесь и сейчас; фокусироваться и полностью вовлекаться в то, чем в этот момент занимаешься.

4. Позиция наблюдателя. «Получаем доступ к трансцендентному самоощущению – непрерывному, неизменному, вечному и неуязвимому». Пребывание в этой позиции дает возможность прочувствовать человеку, что он не есть его мысли, чувства, воспоминания, желания, ощущения, образы, роли или физическое тело. Все эти явления постоянно меняются, они являются его второстепенными характеристиками, но не его сутью.

5. Ценности. Пациент проясняет для себя то, что для него является важным и что находится в глубине его сердца. Каким человеком он хочет быть? Что, по его мнению, значимо и наделено смыслом? За что в этой жизни он готов бороться?

6. Проактивность. (действия, основанные на приверженности ценностям). Человек ставит цели, руководствуясь собственными ценностями, и совершает эффективные действия для их достижения.

В АСТ существуют различные техники, которые позволяют реализовать эти принципы.

S. Lantheaume [26] в своей статье, ссылаясь на теоретическую и практическую модель R. Harris (Р. Харриса) (2012), предлагает использовать АСТ в лечении сексуальной зависимости. В то время как аддиктивное поведение начинается и может поддерживаться отказом от неприятных эмоциональных состояний (то есть аддикты склонны бороться с

отрицательными эмоциями или избегать их, в конечном итоге заменяя болезненные или иные неприятные состояния поведением, обеспечивающим удовольствие), структура АСТ выглядит как союзник в лечении аддиктивного поведения в том смысле, что ее целью является соответствие между поведением пациентов и их ценностями (вместо избегания неприятных состояний). В клиническом наблюдении пациента, страдающего сексуальной зависимостью, автор показывает, что использование АСТ помогает снизить интенсивность сексуальной зависимости, развить психологическую гибкость и уменьшить тревожные и депрессивные симптомы у пациента. Более того, пациент осознает, что чувствует себя находящимся здесь и сейчас, а также выполняет действия, связанные с его собственными ценностями. Таким образом, заключает автор, АСТ, по-видимому, является полезной при лечении сексуальной зависимости.

Представленный подход к лечению является интересным, однако когнитивно-поведенческие методы, нацеленные на прямую ликвидацию патогенных мыслей и побуждений, которые использовались ранее, также обладают большим терапевтическим потенциалом. Так, нами для лечения пациентов с различными фобиями с успехом использовалась когнитивно-поведенческая техника остановки мысли, которая заключается в том, что после прямого приказа об остановке мысли образовавшуюся пустоту замещали позитивными мыслями-установками [4; 14; 35]. Данная техника является высокоэффективной.

Нами для лечения больных с гиперсексуальностью (сексуальной аддикцией) применялась *гипносуггестивная терапия (ГСТ)*. Вначале выявлялись возможные причины патологии и осуществлялась работа, направленная на акцентирование ее негативных последствий, которая проводилась и в процессе дальнейшего ведения больного. При проведении сеансов ГСТ осуществлялись внушения, направленные на уменьшение тревоги и беспокойства, насыщение организма покоем и его лечебном действии, нормализующем деятельность нервной системы, психики,

оптимизацию нервных процессов головного мозга. Также проводилась суггестия, направленная на избавление организма от тяги (желания) мастурбировать и смотреть порно, усиление воли, позволяющее контролировать аддиктивные побуждения, усиление полового влечения к реальным женщинам в реальной жизни и улучшение настроения. Если речь не шла об одиноких пациентах, то также делались внушения, направленные на усиление полового влечения непосредственно к сексуальному партнеру. Дополнительно к этому давались рекомендации, что в том случае, если будет осуществляться мастурбация, следует исключать порно и использовать фантазии («порно в кровать не возьмешь»). Если пациент все же не мог удержаться при мастурбации без просмотра порно, то ему давались рекомендации, чтобы оно было сугубо нормативным. По нашим наблюдениям, гипносуггестивная терапия является высокоэффективным методом лечения больных с сексуальной аддикцией.

Быстрый положительный результат был получен нами при использовании гипносуггестии молодой женщине, страдавшей гиперсексуальностью, обусловленной поражением гипоталамической области (хронический арахноэнцефалит травматического генеза) [3, с. 54]. Половое возбуждение не покидало пациентку в течение всего дня, вследствие чего она не могла нормально работать. Во время интимной близости пациентка требовала от мужа трех-четырех сношений, которые не удовлетворяли ее полностью, несмотря на возникающий при каждом половом акте оргазм. Это стало одной из причин нарастающих семейных конфликтов, так как до возникновения заболевания для полного взаимного удовлетворения супругов было вполне достаточно одного сношения. Во время первого гипнотического сеанса (2–3-я стадия гипноза) больной производились внушения, направленные на ликвидацию возбуждения в неадекватной обстановке («Успокаиваются участки головного мозга, ответственные за возникновение полового возбуждения... Они затормаживаются... Поло-

вое возбуждение покидает Вас, уходит, рассеивается... В течение всего дня Вы совершенно спокойны... Можете успешно выполнять свою работу» и т. п. ...). Также производилась суггестия, направленная на коррекцию поведения женщины во время интимной близости («Половое возбуждение будет возникать только во время интимной близости и исчезать после первой оргастической разрядки...»). После первого же сеанса половое возбуждение намного ослабело. Каждый последующий сеанс (всего было проведено 5 сеансов) также снижал уровень полового возбуждения. Интерес приводимого наблюдения состоит и в том, что поведение пациентки во время интимной близости полностью соответствовало сделанным внушениям. Одновременно ей был назначен сонапакс и рекомендовано лечение у невропатолога. Учитывая значительные различия в выраженности полового влечения до и после каждого из первых гипнотических сеансов, а также факт назначения сонапакса только после 3-го сеанса, когда половое возбуждение в неадекватной обстановке возникало очень редко и не было интенсивным, мы лишний раз убедились в результативности гипносуггестивных воздействий на синдромы органического генеза [3, с. 54].

В. И. Здравомыслов и соавт. [2, с. 170] приводят следующее клиническое наблюдение: «А. К., 26 лет. Пришла в клинику с мужем, старшим инженером одного из заводов, который рассказал следующее: «Мы женаты 1,5 года. С самого начала половая жизнь была очень интенсивной, но через некоторое время я уже устал от «медового месяца». Супружеские обязанности мне приходилось исполнять каждый день, так как у жены желание становилось с каждым днем все сильнее. Все товарищи после выходного дня приходят на завод отдохнувшие, свежие, а я... Жена в субботу встречает меня у завода, приходим домой, она запирает квартиру на ключ, выключает телефон, раздевает меня, запирает костюм в шкаф и не отпускает меня до утра понедельника. В результате я начинаю неделю разбитым, слабым, с головной

болью. Потом стало еще хуже: она стала приходить на работу и требовать полового акта в служебном кабинете. Чтобы не спорить, я иногда соглашался. Если же я был занят, то жена шла на автобусную остановку, брала первого попавшегося мужчину и приводила его на нашу кровать. Это ужасно! Но я ее люблю и понимаю, что это тяжелое заболевание, а не распущенность. Помогите нам сохранить семью!» Сама А. К. полностью подтвердила слова мужа: «Я люблю мужа, сознаю аморальность моего поведения, но ничего не могу с собой сделать. Это постоянное возбуждение выше моих сил!». При гинекологическом осмотре – норма. Психотерапия в глубоком гипнотическом состоянии дала стойкий эффект. Возбуждение прошло, наладилась нормальная половая жизнь. Семья была сохранена. Через 1,5 года у больной была удалена киста правого яичника. При гистологическом исследовании диагностирована гормонально-активная опухоль, которая, очевидно, еще не определяясь пальпаторно, уже оказывала такой мощный возбуждающий эффект. Несмотря на присутствие такой опухоли, психотерапия дала стойкий эффект».

Сообщается об использовании при гиперсексуальности (сексуальной зависимости) *экзистенциальной терапии*. D. N. Watter [33] изучал связь между экзистенциальным феноменом смертельной тревоги и гиперсексуальностью (то есть сексуальной аддикцией) и представил парадигму оценки и лечения, основанную на экзистенциальной психотерапии. Автор сообщает, что хотя «сексуальная медицина» и традиционные методы сексуальной терапии часто могут облегчить сексуальные страдания, бывают случаи, когда необходима более глубокая психотерапия для выяснения первопричины и окончательного устранения имеющихся сексуальных симптомов. Он отмечает, что экзистенциальная психотерапия является одной из таких форм лечения. Она позволяет клиницистам исследовать подземные глубины человеческой психики и определять смысл своего сексуального поведения и его причуд. В заключение цитируемый автор подчеркивает, что хотя, конечно, не все

случаи гиперсексуальности вызваны столкновением со смертностью и смертью, есть случаи, в которых секс пронизан значением как противовоиде от страха смерти. Экзистенциальная терапия – это форма лечения, которая может быть особенно эффективной во многих из этих случаев.

Сюсса Giacomo и соавт. [18], обсуждая статью D. N. Watter [33], отмечают наличие оснований полагать, что большая часть постфрейдистской мысли основана на противопоставлении Эроса (влечения к жизни, инстинкта жизни) и Танатоса (влечения к смерти, инстинкта смерти). (Как известно, З. Фрейд считал, что либидо –энергетический потенциал Эроса, энергия всех сексуальных влечений.) Цитируемые авторы подчеркивают, что исходя из этого, гиперсексуальные люди пытаются противодействовать депрессивным состояниям и смертельной тревоге посредством сексуальных действий, хотя и нерегулируемым образом. Следовательно, гиперсексуальное поведение может считаться защитным поведением от смертельной тревоги. Гиперсексуальные пациенты сопротивляются сильным внутренним страданиям посредством высокой частоты сексуальных действий. Это может быть частично связано с наличием у них латентных форм тяжелой депрессии, тревоги или других психопатологических синдромов. По мнению этих авторов, профессионалы, которые оказывают помощь гиперсексуальным пациентам, не должны ограничиваться лечением гиперсексуального поведения, но, когда и где это возможно, определять его интрапсихические и межличностные корни.

В американском руководстве по сексуальной аддикции, в частности, приводятся данные о некоторых психотерапевтических подходах и методах, используемых для коррекции сексуальных аддиктов [30]. Так, сообщается об *индивидуальной терапии*, где речь идет о занятиях продолжительностью в 30-60 мин с сертифицированным специалистом по психическому здоровью, сфокусированных на сексуальном компульсивном поведении и любых сопутствующих расстройствах; *когнитивно-поведенческой терапии (КПТ)*,

которая сосредоточена на идее, что поведение, эмоции и мысли людей взаимосвязаны, целью которой является изменить негативные мысли на позитивные. **Психодинамическая терапия** основана на предположении, что бессознательные воспоминания и конфликты влияют на наше поведение. Она раскрывает влияние на детей раннего детства их привычек, а также нынешних факторов, способствующих существующей сексуальной зависимости. **Диалектико-поведенческая терапия (ДПТ)**, которая также рекомендуется в этих случаях, включает четыре компонента: группу обучения навыкам, индивидуальное лечение, телефонный коучинг и консультационную группу. Данные компоненты предназначены для обучения четырем навыкам: внимательности, терпимости к стрессу, эффективности межличностного общения и регуляции эмоций. Также сообщается о **групповой терапии**, которая проводится под руководством квалифицированных терапевтов. Она призвана заменить негативное и вредное поведение на просоциальное и позитивное, что дает аддикту уверенность в том, что он или она не одиноки в своем опыте. Групповая терапия включает групповые дискуссии по темам зависимости. Также отмечается большая польза **консультирования пары** или **брачного консультирования**, что может помочь улучшить коммуникативные навыки, доверие и здоровое сексуальное функционирование в партнерстве. В качестве метода помощи сексуальным аддиктам называется и **12-ступенчатое восстановление**, о котором подробно речь пойдет позже.

В американском руководстве по порноаддикции [28] также говорится о целесообразности использования психодинамической терапии. Отмечается, что она основана на предположении, что бессознательные побуждения, конфликты и воспоминания влияют на поведение людей. В данном подходе традиционно исследуют события раннего детства и их вклад в формирование привычек или поведенческих «моделей». Кроме того, эта терапия также может помочь пациентам определить, что в настоящее время удерживает их

«застрявшими» в определенном поведении, в данном случае в порноаддикции.

Сообщается о терапии, которая проводится в стационарных центрах восстановления лиц с сексуальной (порно) зависимостью. Пациенты находятся в реабилитационном центре в течение всего периода лечения, чтобы иметь возможность сосредоточиться на процессе выздоровления без отвлечений и соблазнов повседневной жизни [30].

Речь может идти и об амбулаторном лечении. В этих случаях программы варьируются от интенсивных (рассчитанных на полный день и длящихся несколько недель) до еженедельной терапии в обстановке личного кабинета [27]. Отмечается существование «роскошных» лечебных программ. Это стационарные программы или интенсивные амбулаторные программы. В дополнение к традиционному лечению они предлагают высококачественные услуги, включающие высококомфортное проживание, бассейн, спа, массаж, йогу, иглоукалывание и другие процедуры [27].

В терапии сексуальной аддикции, как отмечалось нами ранее, используются *12-шаговая восстановительная программа* [Twelve (12) steps recovery programme]. Такая программа была разработана организациями Sex Self-Help (SSHO), которые предлагают участникам безопасную среду для определения коренных причин расстройства и проводят работу по избавлению от навязчивого сексуального поведения [34]. На встречи SSHO время от времени приглашают докладчиков, чтобы они поделились своими мыслями и личными историями о выздоровлении и опыте [13].

Данная программа была заимствована у Alcohol Anonymus (анонимных алкоголиков) и адаптирована для сексуальных аддиктов в конце 1970-х годов. P Carnes [16] сообщил, что в программу было внесено несколько изменений, связанных со спецификой сексуальной зависимости, но были сохранены все этапы, используемые во многих других группах аддикций.

Программа 12-шагового восстановления, направленная на когнитивные и поведенческие изменения, включает:

- Признание неспособности преодолеть или контролировать аддиктивное сексуальное поведение.
- Уверенность в том, что нормальное сексуальное поведение может быть восстановлено высшей силой.
- Принятие решения о приглашении в жизнь сексуального аддикта высшей силы.
- Оценку характера, глубины и степени сексуальной аддикции.
- Допущение существования сексуальной аддикции для всех.
- Принятие и готовность к вмешательству высшей силы.
- Обращение за помощью в процессе восстановления к высшей силе.
- Составление списка жертв компульсивного сексуального поведения.
- Осуществление возмещения этим жертвам.
- Непрерывную самооценку в течение периода восстановления.
- Развитие улучшенных отношений с «несущей жизнь» высшей силой.
- Опыт духовного пробуждения и впоследствии помощь другим в процессе восстановления.

На одном из российских сайтов Анонимных сексоголиков (АС) также приводится программа 12-шагового восстановления сексуальных аддиктов [11]:

1. Мы признали свое бессилие перед похотью и что наша жизнь стала неуправляемой.
2. Пришли к убеждению, что только Сила, более могущественная, чем мы, может вернуть нам здравомыслие.
3. Приняли решение препоручить нашу волю и жизнь заботе Бога, как мы Его понимаем.
4. Глубоко и бесстрашно оценили себя и свою жизнь с нравственной точки зрения.
5. Признали перед Богом, собой и каким-либо другим человеком истинную природу наших заблуждений.

6. Были полностью готовы к тому, чтобы Бог избавил нас от всех этих дефектов характера.
7. Смиренно просили Его устранить наши изъяны.
8. Составили список всех тех людей, кому мы причинили зло, и преисполнились желанием возместить им причиненный ущерб.
9. Лично возмещали причиненный этим людям ущерб где только возможно, кроме тех случаев, когда это могло повредить им или кому-либо другому.
10. Продолжали самоанализ и, когда допускали ошибки, сразу признавали это.
11. Стремилась путем молитвы и размышления углубить сознательный контакт с Богом, как мы Его понимаем, молясь лишь о знании Его воли, которую нам надлежит исполнить, и о даровании силы для этого.
12. Получив духовное пробуждение, к которому привели эти шаги, мы старались донести эту весть до других сексоголиков и применять эти принципы во всех наших делах.

В приводимой публикации отмечается, что программа восстановления АС является духовной, а не религиозной. Она говорит о «Высшей Силе» и о «Боге, как мы Его понимаем». Подчеркивается, что вера в Бога не является условием для членства, а атеисты и агностики находят множество людей с такими же, как у них, убеждениями в 12-шаговых программах выздоровления.

Также в цитируемой публикации сообщается о 12 традициях АС:

1. Наше общее благополучие должно стоять на первом месте; личное выздоровление зависит от единства АС.
2. В делах нашей группы есть лишь один высший авторитет – любящий Бог, воспринимаемый нами в том виде, в котором Он может выразить Себя через наше «сознание группы». Наши руководители – всего лишь облеченные доверием служители, они не властвуют.

3. Единственное условие для того, чтобы стать членом АС, – это желание остановить похоть и обрести сексуальную чистоту.
4. Каждая группа должна быть вполне самостоятельной, за исключением дел, затрагивающих другие группы или АС в целом.
5. У каждой группы есть лишь одна главная цель – донести наше послание до тех сексоголиков, которые все еще страдают.
6. Группе АС никогда не следует поддерживать, финансировать или предоставлять имя АС для использования какой-либо родственной организацией или посторонней компанией, чтобы проблемы, связанные с деньгами, собственностью и престижем не отвлекали нас от нашей главной цели.
7. Каждой группе АС следует полностью опираться на собственные силы, отказываясь от помощи извне.
8. Сообщество Анонимных сексоголиков должно всегда оставаться непрофессиональным объединением, однако наши службы могут нанимать работников, обладающих определенной квалификацией.
9. Сообществу АС никогда не следует обзаводиться жесткой системой управления, однако мы можем создавать службы или комитеты, непосредственно подчиненные тем, кого они обслуживают.
10. Сообщество Анонимных Сексоголиков не придерживается какого-либо мнения по вопросам, не относящимся к его деятельности, поэтому имя АС не следует вовлекать в какие-либо общественные дискуссии.
11. Наша политика во взаимоотношениях с общественностью основывается на привлекательности наших идей, а не на пропаганде; мы должны всегда сохранять анонимность во всех наших контактах с прессой, радио, кино и телевидением.
12. Анонимность – духовная основа всех наших Традиций, постоянно напоминающая нам о том, что главным являются принципы, а не личности.

Drew A. Kingston [24] в своей статье о сексуальной аддикции отмечает, что некоторые исследователи критикуют полезность 12-ступенчатого подхода как при зависимости от веществ, так и при других зависимостях [23; 32]. В частности, они ссылаются на предложение E. Coleman [17] и H. Keane [22], что проблемы, выявленные в рамках 12-ступенчатого подхода к лечению сексуальных аддиктов, свидетельствуют о неправильной адаптации модели зависимости к гиперсексуальному расстройству. В качестве одной из существенных проблем в адаптированном 12-ступенчатом подходе к проблемной гиперсексуальности называют отказ от личного контроля. Эта точка зрения диаметрально противоположна эмпирически подтвержденным результатам когнитивно-поведенческой терапии (в целом) и конкретным моделям реабилитации (в частности). Этим самым подчеркивается идея принятия роли личного выбора и ответственности, а также более глубокого понимания значения познаний и эмоций в изменениях поведения.

Также есть и другие замечания к существующим рекомендациям по терапии сексологоликов. Так, E. Coleman [17] обращает внимание на опасность абстинентной модели лечения. Он заявляет, что хотя сексуальное воздержание не является заявленной целью подхода P. Carnes (П. Карнса) к лечению, в качестве важной начальной его стратегии рекомендуется «безбрачие». Терапевт просит клиента находиться в периоде безбрачия, обычно продолжительностью в двенадцать недель. П. Карнс определяет безбрачие как «... нет секса с супругом и нет мастурбации».

М. А. Ярхауз, Э. С. Н. Тэн (M. A. Yarhouse, E. S. N. Tan) [12, с. 282-283] в связи с этим сообщают, что «группы самопомощи часто помогают своим участникам воздерживаться от своих пристрастий в период активной фазы работы над своей зависимостью. Это означает, что клиент воздерживается от сексуальной активности на протяжении нескольких недель (или дольше). Это касается мастурбации, интимных контактов с женой, просмотра порнографии, определения и избегания ситуаций, провоцирующих

девиантное поведение и т. д. Так клиент приходит к пониманию, что способен какое-то время прожить без секса, и это не смертельно».

По нашему мнению, нельзя приравнять между собой отказ от алкоголя у алкоголиков и отказ от сексуальной активности у сексоголиков, так как потребность в сексуальной реализации имманентно присуща любому здоровому человеку. Если речь идет о порнозависимости и мастурбаторной активности, то частоту мастурбации нужно резко ограничивать, а не полностью исключать (оставлять «предохранительный клапан»), так как усиливающаяся при полном воздержании сексуальная потребность, по видимому, не будет работать против избавления от аддикции. Однако использование порнографии должно быть запрещено, и при мастурбации пациенту следует рекомендовать прибегать к нормативным сексуальным фантазиям. Если же речь идет о мужчинах, имеющих сексуальных партнерш, или о тех пациентах, которые могут их найти, то необходимо стараться усилить их влечение к реальным женщинам в реальной жизни и активизировать их сексуальные отношения в паре. То есть избавление от сексуальной аддикции должно происходить не путем уничтожения любых сексуальных побуждений, а путем трансформации патологической зависимости в здоровую сексуальную потребность. Естественно, что осуществление такой тактики требует участия профессионалов, которые могут оказывать соответствующее психотерапевтическое воздействие. Большим подспорьем в этом плане может стать гипносуггестивная терапия.

В США существуют различные группы самопомощи лиц, которые страдают сексуальной зависимостью, использующие 12-шаговые программы восстановления: «Анонимные сексуальные аддикты» («Sex Addicts Anonymous»), «Анонимные сексоголики» («Sexaholics Anonymous»), «Сексуально-компульсивные анонимы» («Sexual Compulsives Anonymous»), «Сексуальные и любовные анонимные аддикты» («Sex and Love Addicts Anonymous») [13]. Отмечается, что участие в этих программах помогает аддикту учиться, развивать подлинные отношения, навыки межличностного

общения и ответственности. Организации самопомощи также предлагают лечение сексуальным аддиктам. Во время его проведения они живут в учреждении и получают уход и психотерапию [34].

М. А. Ярхауз, Э. С. Н. Тэн (M. A. Yarhouse, E. S. N. Tan) [12, с. 284] подчеркивают, что в процессе психотерапии зависимостей возникает и вопрос об ответственности. Они часто рекомендуют клиентам выбрать себе «партнера по ответственности». «Это должен быть человек, отношения с которым позволяют клиенту детально обсуждать с ним трудные вопросы, а также рискованные решения, которые могут повысить риск рецидива. Как правило, это не должна быть супруга, поскольку ей предстоит другая задача ...».

Существуют онлайн группы поддержки сексуальных аддиктов. NoFar – это интернет-сообщество, основанное в 2011 году. Оно служит в качестве группы поддержки тем, кто желает избежать использования порнографии, мастурбации и/или половых актов [31].

Высказывается мнение, что группы поддержки могут быть полезны для незастрахованных или недостаточно застрахованных лиц, а также в качестве дополнения к профессиональному лечению. Кроме того, они могут быть полезны в местах, где профессиональная помощь перегружена (т. е. новые пациенты не принимаются), скудна или отсутствует, или когда существуют листы ожидания, чтобы получить данную помощь. Группы поддержки могут быть полезны и тем пациентам, которые не хотят тратить деньги на профессиональное лечение [31].

Существуют следующие горячие линии США, которые могут помочь найти программы лечения, терапевтов и другие ресурсы для поведенческих зависимостей и расстройств психического здоровья, таких как депрессия, тревожность и посттравматическое стрессовое расстройство: Национальная линия спасения от самоубийств (National Suicide Prevention Lifeline); чат: программа Кризисный чат «Мост жизни» (Chat: Lifeline Crisis Chat Program); Национальная телефонная линия Управления по борьбе со злоупотреблением

психоактивными веществами и наркотическими средствами (Substance Abuse and Mental Health Services Administration's (SAMHSA) National Helpline; Телефон доверия Национального альянса по психическим заболеваниям (National Alliance on Mental Illness (NAMI) Helpline); Boys Town National Hotline; Кризисная текстовая линия (Crisis Text Line) [27].

В столице России действует несколько реабилитационных центров, где людям готовы предоставить квалифицированную помощь. Это такие учреждения, как Центр психологической помощи Psystatus, реабилитационный центр Ренессанс и ряд других крупных клиник столицы. Как правило, такие клиники занимаются борьбой с разными видами зависимостей, но опытные специалисты помогут избавиться от зависимости от мастурбации, любовной аддикции и прочих проблем такого рода. В ряде клиник Санкт-Петербурга пациентам также помогут с лечением сексомании. Это, к примеру, центр Династия, центр доктора Голубева и т. д. Здесь пациентов научат и тому, как избавиться от любовной аддикции [9].

В нескольких городах Украины, в том числе и в Киеве, существуют группы анонимных сексоголиков (АС), где осуществляется 12-шаговая программа восстановления.

Стоимость лечения сексуальной зависимости в разных странах значительно отличается. Если в США месячный курс лечения обходится в районе 30 тысяч долларов, то в Москве и Санкт-Петербурге составляет примерно от 20 тысяч рублей. В клиниках Израиля стоимость выше, чем в России, однако ниже, чем в США и ряде стран Европы с развитой медициной (Германия, Швейцария и т. д.) [9].

Для порнозависимых подростков существуют следующие варианты лечения [28]:

1. Амбулаторная терапия, которая позволяет жить дома, посещать школу и участвовать в любых других мероприятиях.
2. Жилые лечебные центры, где подросток может находиться и в ночное время. В этих центрах он может избежать реализации своих повседневных сексуальных

привычных действий и сосредоточиться на развитии более позитивного поведения.

3. Группы поддержки сверстников, создающие безопасную и целительную среду, в которой подросток может открыто выражать себя.

Приводятся рекомендации по предотвращению развития у подростка сексуальной аддикции [28], согласно которым родители должны поддерживать открытое общение с ребенком и не избегать ответов на темы, связанные с сексуальным развитием и сексуальными отношениями. При этом называют следующие важные условия, которые могут оградить ребенка от развития порноаддикции: необходимость поддерживать честные отношения между родителями и детьми; предоставление ребенку возможности получения сексуального образования и рекомендации по использованию им соответствующих ресурсов; осуществление родительского контроля за использованием детьми Интернета; необходимость подавать ребенку собственный пример по ограничению его использования.

Существуют специальные рекомендации для жен, чьи мужья страдают сексуальной аддикцией [20]. Подчеркивается необходимость оказания скорой помощи, которая заключается в рекомендациях о правильном питании, достаточном сне, занятии спортом и медитацией; в обращении к молитве и церковным советам; в свободе выражения своих чувств здоровым образом. Подчеркивается, что ни одно чувство не является неправильным или неуместным, а единственная ошибка, которую можно совершить, – это сдерживать свои чувства. Также не рекомендуется оставаться в изоляции и найти нескольких доверенных лиц (близкие друзья, группы поддержки, терапевты или церковные лидеры). Жены сексуальных аддиктов должны создать наилучшие условия для своего лечения и освободить себя от лишних обязанностей. Им необходимо использовать все свои ресурсы, чтобы адекватно понимать проблему.

Существуют следующие варианты помощи женам сексуальных аддиктов: консультации и рекомендации квалифицированных психотерапевтов, специализирующийся в области сексуальной зависимости и измены, помощь (коучинг) тех, у кого был такой опыт. Созависимым женам сексуальных аддиктов следует знать, что они не одиноки в своем страдании. Тысячи других женщин проходят через то же, что и они. Связь с этими женщинами для них имеет решающее значение. Жена может винить себя за пристрастие супруга к порнографии, но ей следует знать, что его зависимость не ее вина. Это не связано с ее привлекательностью или любовью к ней мужа.

По нашему мнению, утверждение, что сексуальная аддикция мужа никогда не связана с потерей привлекательности жены или ее отсутствием, скорее выполняет психопротективную функцию для женщин и может не соответствовать реальной действительности.

Сведения об авторе

Кочарян Гарник Суренович – Харьковская медицинская академия последипломного образования, 61176, г. Харьков, ул. Амосова, 58. Моб. тел.: +38 (095) 259-65-23 (также представлен в Wiber и WhatsApp.), +38 (098) 521-61-46. E-mail: kochargs@rambler.ru

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Громыхова Ю. Что такое мотивационное интервью?. – URL: <https://www.b17.ru/article/45191/> (дата обращения: 17.11.2019).
2. Здравомыслов В. И., Анисимова З. Е., Либих С. С. Функциональная женская сексопатология. – Алма-Ата: Казахстан, 1985. – 272 с.
3. Кочарян Г. С. Глава 5. Гипносуггестивная терапия // Кочарян Г. С., Кочарян А. С. Психотерапия сексуальных расстройств и супружеских конфликтов. – М.: Медицина, 1994. – С. 47–66.
4. Кочарян Г. С. Современная сексология. – К.: Ника-Центр, 2007. – 400 с.
5. МВСТ – Основанная на осознанности когнитивная терапия. – URL: <http://realmindfulness.ru/2011/12/mvst-osnovannaya-na-osoznannosti-kognitivnaya-terapiya/> (дата обращения: 06.11.2019).
6. Принимая собственных демонов: обзор терапии принятия и ответственности. Часть 1. 18 февраля 2017. Расс Хэррис. Перевод:

- Константин Федоров. Журнал «Эрос и Космос». – URL: <http://eroskosmos.org/embracing-demons-act-1/> (дата обращения: 04.11.2019).
7. Принимая собственных демонов: обзор терапии принятия и ответственности. Часть 2. 10 апреля 2017. Расс Хэррис. Перевод: Константин Федоров. Журнал «Эрос и Космос». – URL: <http://eroskosmos.org/embracing-demons-act-2/> (дата обращения: 04.11.2019).
 8. Тренинг. Мотивационное интервьюирование. Руководство для тренера. СПИД. Фонд Восток Запад. – Душанбе, 2011. – 68 с. – URL: <https://www.цсу27.пф/upload/iblock/854/854109dafd42d49e44e76ff15d23f2e7.pdf> (дата обращения: 06.11.2019).
 9. Узнайте про особенности лечения сексуальной зависимости в ведущих клиниках. – URL: <https://renaissance-clinics.com/dependence-treatment/sex-addiction-treatment> (дата обращения: 03.11.2019).
 10. Хэррис Расс. Ловушка счастья. Перестаем переживать – начинаем жить. – М.: Эксмо, 2014. – 480 с.
 11. Что такое Анонимные Сексоголики? – URL: <http://samoscov.ru/profs.html> (дата обращения: 30.09.2019).
 12. Ярхауз М. А., Тэн Э. С. Н. (Yarhouse M. A., Tan E. S. N.) Сексуальность и психотерапия сексуальных расстройств: Пер. с англ. – Черкассы: Коллоквиум, 2016. – 371 с.
 13. Ajegena B. K., Victor O. B., Usman B. A. Sex and Sexual Addiction in the United States of America: An Overview of Its Epidemiology, Management and Prevention Strategies // *J Addict Res Ther.* – 2018. – 9 (5). – P. 366. DOI:10.4172/2155-6105.1000366
 14. Bain J. A. Thought control in everyday life. – New York, 1966.
 15. Briken P., Habermann N., Berner W., Hill A. Diagnosis and treatment of sexual addiction: A survey among German sex therapists // *Sex Addict Compulsivity.* – 2007. – 14 (2). – P. 131–143.
 16. Carnes P. Out of the shadows: Understanding Sexual addiction. Third edition. – Minnesota: Hazelden Publishing, 2001. – 240 p.
 17. Coleman E. The obsessive-compulsive model for describing compulsive sexual behavior // *Am J Prev Psych Neurol.* – 1990. – 2 (3). – P. 9–14.
 18. Giacomo Ciocca, Erika Limoncin, Vittorio Lingiardi, Andrea Burri, Emmanuele A. Jannini. Response Regarding Existential Issues in Sexual Medicine: The Relation Between Death Anxiety and Hypersexuality. DOI: 10.1016/j.sxmr.2018.02.002. – URL: <https://www.researchgate.net/>

- publication/324088990_Response_Regarding_Existential_Issues_in_Sexual_Medicine_The_Relation_Between_Death_Anxiety_and_Hypersexuality (the date of the reference: 04.11.2019).
19. Hallberg J., Kaldo V., Arver S., Dhejne C., Jokinen J., Öberg K. G. A Randomized Controlled Study of Group-Administered Cognitive Behavioral Therapy for Hypersexual Disorder in Men // *J Sex Med.* – 2019. – 16 (5). – P. 733–745. DOI: 10.1016/j.jsxm.2019.03.005.
 20. Is My Husband Addicted to Porn? – URL: <https://www.psychguides.com/guides/is-my-husband-addicted-to-porn/> (the date of the reference: 10.03.2019)
 21. Kaplan M. S., Krueger R. B. Diagnosis, assessment, and treatment of hypersexuality // *J Sex Res.* – 2010. – 47 (2). – P. 181–198.
 22. Keane H. Disorders of desire: addiction and problems of intimacy // *J Med Humani.* – 2004. – 25 (3). – P. 189–204.
 23. Kingston D. A., Firestone P. Problematic hypersexuality: a review of conceptualization and diagnosis // *Sex Addict Compulsivity.* – 2008. – 15 (4). – P. 284–310.
 24. Kingston Drew A. Debating the Conceptualization of Sex as an Addictive Disorder // *Curr Addict Rep* – 2015. – 2. – P. 195–201. DOI: 10.1007/s40429-015-0059-6
 25. Kouimtsidis C., Daris P., Reynolds M., Drummond C., Tarner N. Cognitive-behavioural therapy in the treatment of addiction. – Hoboken: John Wiley and Sons LTD, 2007.
 26. Lantheaume S. [ACT in the treatment of sexual addiction: About a clinical case]. [Article in French] // *Encephale.* – 2018. – 44 (4). – P. 387–391. DOI: 10.1016/j.encep.2017.06.001
 27. Porn addiction hotline. – URL: <https://www.psychguides.com/guides/porn-addiction-hotline/> (the date of the reference: 11.03.2019).
 28. Porn Addiction. – URL: <https://www.psychguides.com/guides/porn-addiction/> (the date of the reference: 10.03.2019).
 29. Series Hugh, Dégano Pilar. Hypersexuality in dementia // *Advances in Psychiatric Treatment.* – 2005. – 11 (6). – P. 424–431. – URL: <https://doi.org/10.1192/apt.11.6.424>
 30. Sex Addiction Symptoms, Causes and Effects. – URL: <https://www.psychguides.com/behavioral-disorders/sex-addiction/> (the date of the reference: 02.11.2019).
 31. Sexual addiction. – URL: https://en.wikipedia.org/wiki/sexual_addiction (the date of the reference: 03.03.2019).

32. Walters G. D. Twelve reasons why we need to find alternatives to alcoholics anonymous // *Addict Disord Their Treat.* – 2012. – 1 (2). – P. 53–59.
33. Watter D. N. Existential Issues in Sexual Medicine: The Relation Between Death Anxiety and Hypersexuality // *Sex Med Rev.* – 2018 – 6 (1). – P. 3–10. DOI: 10.1016/j.sxmr.2017.10.004.
34. Weiss R. *Treating sex addiction: A practical guide to diagnosis and treatment.* – New Jersey: John Wiley and Sons, 2004.
35. Wolpe J. *Psychotherapy by Reciprocal Inhibition.* – Stanford, Calif.: Stanford University Press, 1958.

Библиографические данные о статье: Кочарян Г. С. Психотерапия больных с гиперсексуальностью // *Здоровье мужчины.* – 2019. – № 4 (71). – С. 44–51.
DOI: <https://doi.org/10.30841/2307-5090.4.2019.195262>