Міністерство освіти і науки України
Чорноморський національний університет імені Петра Могили
Медичний інститут
Кафедра психології

«ДОПУЩЕНО ДО ЗАХИСТУ»
завідувачка кафедри психології
_____ Ірина ЛИСЕНКОВА
«30» травня 2023 року

УДК 159.922.1:613.88

ПСИХОЛОГІЧНІ ФАКТОРИ ВПЛИВУ НА РОЗВИТОК СЕКСУАЛЬНИХ ДИСФУНКЦІЙ

Кваліфікаційна робота бакалавра
за освітньою програмою «Психологія»
першого (бакалаврського) рівня вищої освіти
галузь знань 05 - Соціальні та поведінкові науки
спеціальність 053 «Психологія»

Виконала:
студентка 465 групи
Барановська Анастасія Олександрівна

Науковий керівник:
кандидат психологічних наук, доцент
Миропольцева Ніна Ігорівна

Миколаїв – 2023

Міністерство освіти і науки України
Чорноморський національний університет імені Петра Могили

Кафедра психології

Освітній рівень – бакалавр
Галузь знань: 05 – Соціальні та поведінкові науки
Спеціальність: 053 «Психологія»

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
завідувачка кафедри психології
_____ Ірина ЛИСЕНКОВА
« 01 » червня 2022 року

ЗАВДАННЯ
НА ВИКОНАННЯ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ БАКАЛАВРА

Студентці **Барановській Анастасії Олександрівні**

1. Тема роботи: «Психологічні фактори впливу на розвиток сексуальних дисфункцій» затверджена наказом ЧНУ імені Петра Могили № 206 від «10» листопада 2022 року.
2. Об’єкт дослідження – психологічні детермінанти сексуальних дисфункцій.
3. Предмет дослідження – психологічні особливості формування сексуальних дисфункцій.
4. Завдання дослідження:

   1) Здійснити теоретико-методологічний аналіз підходів до психологічного змісту проблеми визначення поняття сексуальних дисфункцій.

   2) Розглянути психологічни фактори, що зумовлюють виникнення сексуальних дисфункцій.

   3) Дослідити доцільність використання таких емпіричних методів, як тестування, бесіда тощо на етапі збору інформації психологом під час консультування клієнта, що має запит про порушення у сексуальній сфері життя.

   4) Розробити програму емпіричного дослідження, обрати відповідну меті систему дослідницьких процедур, спрямованих на вивчення та корекцію

найбільш типових психологічних детермінант виникнення та розвитку сексуальних дисфункцій.

5) Зробити висновок про ефективність застосування корекційно-тренінгової програми, спрямованої на нормалізацію показників типових психологічних факторів впливу на розвиток сексуальних дисфункцій.

5. Науковий керівник роботи.

ПІП та посада керівника	Завдання видано (дата, підпис)	Завдання виконано (дата, підпис)
Миропольцева Ніна Ігорівна кандидат психологічних наук, доцент кафедри психології	21 вересня 2022 року _____	10 травня 2023 року _____

6. КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи бакалавра (КРБ)	Строк виконання етапів роботи
1	Погодження керівником змісту КРБ	10.10. 2022 р.
2	Пошук, добір та опрацювання літературних джерел з проблематики дослідження	01.11.2022 р.
3	Робота над підготовкою тексту КРБ	23.12.2022 р.
3.1	Розділ 1. Теоретико-методологічні засади дослідження природи сексуальних дисфункцій.	01.03.2023 р.
3.2	Розділ 2. Результати емпіричного дослідження психологічних механізмів та особливостей особистості, що має сексуальні дисфункції.	28.04.2023 р.
4	Висновки	10.05.2023 р.
5	Захист КРБ на кафедрі (попередній захист)	16.05.2023 р.
6	Захист КРБ перед Екзаменаційною комісією	27.06.2023 р.

Студент _____ Анастасія БАРАНОВСЬКА

Науковий керівник _____ Ніна МИРОПОЛЬЦЕВА

АНОТАЦІЯ

Барановська А.О. Психологічні фактори впливу на розвиток сексуальних дисфункцій.

Кваліфікаційна робота на здобуття освітньо-кваліфікаційного рівня бакалавра за спеціальністю 053 «Психологія» – Чорноморський національний університет імені Петра Могили, Миколаїв, 2023.

Кваліфікаційну роботу присвячено теоретичному обґрунтуванню та емпіричному дослідженню психологічних факторів впливу на розвиток сексуальних дисфункцій.Розкрито зміст та основні складові поняття сексуальних дисфункцій як поширеного порушення сексуального здоров'я людини. Описано фази статевого акту та зазначено основні сексуальні дисфункції, що виникають у їх межах та особливості їх перебігу.

Було проведено психологічне дослідження та розроблено і апробовано корекційну програму, що спрямована на зменшення впливу тривожності, низької самооцінки та сексуальних установок на вже наявні та прогресуючі сексуальні дисфункції; зменшення ризику їх виникнення. Усі результати дослідження та корекційної програми були оброблені та перевірені за допомогою методів математичної статистики.

Об'єктом дослідження виступають психологічні детермінанти сексуальних дисфункцій. Предметом дослідження є психологічні особливості формування сексуальних дисфункцій.

Наукова новизна роботи полягає в розробці класифікації сексуальних порушень, а також зверненню уваги на психологічні детермінанти зверненню уваги на психологічні детермінанти виникнення та розвитку сексуальних дисфункцій.

Ключові слова: сексуальне здоров'я, сексуальні дисфункції, класифікація сексуальних дисфункцій, фази статевого акту, парафілії, психологічні детермінанти виникнення та розвитку сексуальних дисфункцій.

ANNOTATION

Baranovska A.O. Psychological factors influencing the development of sexual dysfunctions.

Qualification work for the bachelor's degree in specialty 053 "Psychology" - Petro Mohyla Black Sea National University, Mykolaiv, 2023.

The qualification work is devoted to the theoretical substantiation and empirical study of psychological factors influencing the development of sexual dysfunctions.

The content and main components of the concept of sexual dysfunctions as a common disorder of human sexual health are revealed. The four phases of sexual intercourse are described and the main sexual dysfunctions that arise within them and the peculiarities of their course are indicated. A classification of sexual disorders is developed, and the main psychological determinants of sexual dysfunctions are indicated.

A psychological study was conducted, and a correctional program was developed and tested to reduce the impact of anxiety, low self-esteem, and sexual attitudes on existing and progressive sexual dysfunctions; to reduce the risk of their occurrence. All the results of the study and the correctional program were processed and verified using mathematical statistics.

The object of the study is the psychological determinants of sexual dysfunctions. The subject of the study is the psychological features of the formation of sexual dysfunctions.

The scientific novelty of the work is to develop a classification of sexual disorders, as well as to pay attention to the psychological determinants of the psychological determinants of the emergence and development of sexual dysfunctions.

Key words: sexual health, sexual dysfunctions, classification of sexual dysfunctions, phases of sexual intercourse, paraphilias, psychological determinants of the onset and development of sexual dysfunctions.

ЗМІСТ

ВСТУП 3

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИРОДИ СЕКСУАЛЬНИХ ДИСФУНКЦІЙ 7

1.1. Феномен сексуальних дисфункцій у психологічній літературі. 7

1.2. Сексуальні дисфункції в межах фаз статевого акту. 15

1.3. Класифікація сексуальних порушень 32

1.4. Психологічні детермінанти сексуальних дисфункцій 44

Висновки до першого розділу 51

РОЗДІЛ 2. РЕЗУЛЬТАТИ ЕКСПЕРЕМЕНТАЛЬНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ Й ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ВИНИКНЕННЯ СЕКСУАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ 53

2.1. Організація та методи дослідження проблеми схильності до виникнення та розвику сексуальних дисфункцій 53

2.2. Якісні та кількісні характеристики діагностичного зрізу 59

2.3. Змістовні та процесуальні аспекти корекційної програми психологічних детермінант сексуальних дисфункцій. 68

2.4. Результати формувального експерименту та їх обговорення ... 78

ВИСНОВКИ 88

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 91

ДОДАТКИ 100

ВСТУП

Актуальність дослідження. Сексуальні дисфункціїї сьогодні постають як неоднозначне та недостатньо вивчене поняття в психологічній науці. Перш за все, вивчення психологічних факторів, які впливають на виникнення та розвиток статевої дисфункції, особливостей її перебігу та консультування осіб із таким типом порушень, зібрало велику кількість теоретико-емпіричних досліджень в Сполучених Штатах Америки. Хоча американські вчені звернули свою увагу на дану проблему швидше, ніж українські, це не означає, що причиною цього є табуйованість сексуальних тем на території нашої країни. Навпаки, аналіз джерел показує, що українські дослідники звертають увагу на те, що порушення у сексуальній взаємодії партнерів, інакше кажучи сексуальні дисфункції, мають не лише фізіологічну природу, а й психологічну. Наразі поширюються ідеї про недостатність вивчення методів діагностування, консультування та терапії людей і пар, що мають порушення сексуального характеру. Тобто вчені пропагують ідею про необхідність взаємодоповнюючої роботи лікарів та психотерапевтів (андрологів, сексопатологів, сексологів) через наявність вже доведеної гіпотези про психологічну та соматогенну природу цього типу порушень.

Наявність чи підозра на наявність сексуальних дисфункцій передбачає ретельне їх виявлення та вирішення адекватними заходами, оскільки за відсутністю уваги та аналізу цього важливого питання, ризик завдання соціальної та особистої шкоди зростає поряд із поступовим і прихованим погіршенням здоров'я. Основний акцент дослідників зараз робиться на їх визнанні як аномалії з медичної та фізіологічної точки зору і менше уваги приділяється ролі психологічних факторів у поясненні цих випадків. Це особливо помітно в країні: відсутність необхідних інструментів, конкретні проблеми відбору респондентів для проведення досліджень і відсутність кваліфікованих фахівців.

Така неусвідомленість рівня значущості цього питання зумовлює проблему якісного психологічного консультування в першу чергу подружніх пар, адже через відсутність кваліфікації щодо вирішення проблем сексуального характеру, психолог не здатний розібратись і надати якісну допомогу ще на перших етапах виникнення сексуальної дисфункції. Саме тому, розуміючи, що проблема вже носить глибокий характер чи поглибивши її своїм ігноруванням, психолог часто направляє клієнта до більш вузькопрофільних спеціалістів – сексолога чи сексопатолога. На жаль, не лише клієнти, а й не кожен психолог усвідомлює значущість психологічних детермінант сексуальних дисфункцій.

Актуальність визначається стрімким зростанням кількості людей з сексуальними порушеннями, через підвищення рівня тривоги на фоні російської військової агресії на території України; сексуальність та статеве життя втрачають легкий характер перебігу і набувають значення ще одного тривожного фактору, зумовленого стресовими ситуаціями в соціумі. Тому виникає необхідність модифікації наявних підходів до психологічної роботи з великими групами населення.

Дослідженням у даній області займались такі вчені: Х. Каплан, Є. Кришталь, В. Кришталь, Г. Васильченко, Г. Кожина, Н. Георгієвська, С. Григорян, Е. Лоуман, А. Пайк, Р. Розен, З. Фройд, К. Сейгрейв, Т. Сейгрейв та ін.

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити психологічні фактори впливу на розвиток сексуальних дисфункцій.

Відповідно до мети були визначенні **завдання дослідження:**

1) Здійснити теоретико-методологічний аналіз підходів до психологічного змісту проблеми визначення поняття сексуальних дисфункцій.

2) Розглянути психологічни фактори, що зумовлюють виникнення сексуальних дисфункцій.

3) Дослідити доцільність використання таких емпіричних методів, як тестування, бесіда тощо на етапі збору інформації психологом під час

консультування клієнта, що має запит про порушення у сексуальній сфері життя.

4) Розробити програму емпіричного дослідження, обрати відповідну меті систему дослідницьких процедур, спрямованих на вивчення та корекцію найбільш типових психологічних детермінант виникнення та розвитку сексуальних дисфункцій.

5) Зробити висновок про ефективність застосування корекційно-тренінгової програми, спрямованої на нормалізацію показників типових психологічних факторів впливу на розвиток сексуальних дисфункцій.

Об'єкт дослідження – психологічні детермінанти сексуальних дисфункцій.

Предмет дослідження – психологічні особливості формування сексуальних дисфункцій.

Методи дослідження. Для досягнення мети та вирішення поставлених завдань обрано такі методи дослідження: теоретичні (теоретико-методологічний аналіз, класифікація та систематизація наукових джерел, порівняння та узагальнення даних теоретичних та експериментальних досліджень), емпіричні (методи опитування, тестування, констатувальний та формувальний експеримент), методи обробки даних (узагальнення та систематизація якісних і кількісних даних емпіричного дослідження), методи математичної статистики (оцінка розбіжності експериментальних даних за допомогою t-критерію Стьюдента, коефіцієнт кореляції Пірсона).

Психодіагностичний комплекс методик склали: методика дослідження самооцінки особистості С. Будассі, методика оцінки рівня тривожності Ч. Спілбергера- Ю. Ханіна (STAI) та опитувальник установок до сексу Г. Айзенка.

Експериментальна база дослідження. Вибірку дослідження склали 16 пар, які проживають у м. Миколаїв (Україна) та м. Дюссельдорф (Німеччина): 16 осіб жіночої статі віком від 20 до 35 років та 16 чоловіків віком від 20 років до 40 років.

Теоретична та практична значущість. Результати проведеного дослідження можуть бути використані для розробки робочих програм та навчально-методичної літератури з дисциплін «Сексологія», «Сімейна психологія», «Сексопатологія», «Сучасні напрямки психології»; в системі професійної підготовки майбутніх психологів під час проведення виробничої практики. Програма та результати корекційної роботи стануть у нагоді спеціалістам психологічних служб (особливо Центрам соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді; Центрам психологічної допомоги військовим, переселенцям та їх сім’ям) і можуть бути впроваджені при консультативній і психокорекційній роботі з сексуальними порушеннями.

Апробація результатів дослідження. Основні положення та результати роботи доповідались та обговорювались на І Всеукраїнській науково-практичній конференції студентів, аспірантів та молодих вчених «Психологічна наука в XXI столітті: перспективи розвитку» (Миколаїв, 25.04.2023)

Публікації. Основний зміст і результати роботи відображено у 2 публікаціях, з них: 1 стаття опублікована у фаховому науковому виданні України категорії Б, 1 стаття у збірнику матеріалів конференції.

Структура роботи складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг бакалаврської роботи становить 105 сторінок, основний зміст викладено на 83 сторінках. Робота містить 9 таблиць, 2 рисунки, 3 додатки. Список використаних джерел складає 99 праць українських та зарубіжних авторів, з них 85 – англомовні.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРИРОДИ СЕКСУАЛЬНИХ ДИСФУНКЦІЙ

1.1. Феномен сексуальних дисфункцій у психологічній літературі

Вивчення особливостей формування та протікання сексуальних дисфункцій з наявним психологічним характером та фізичними проблемами вимагає чіткого розуміння того, що вченими розглядається під поняттям «сексуальне здоров'я». Необхідним є також визначення його якісних характеристик і детермінант, які зумовлюють можливість виникнення того чи іншого порушення сексуального здоров'я індивідів чоловічої та жіночої статі.

У 1978 році починає свою діяльність всесвітня асоціація сексуального здоров'я (World Association for Sexual Health – WAS) з метою популяризації думок про сексуальне здоров'я та сексуальні права людини [9].

До появи цієї асоціації з 1974 року проблеми сексуального здоров'я людини були актуальною темою наукових досліджень Всесвітньої організації охорони здоров'я (World Health Organization – WHO). За визначенням цієї організації сексуальне здоров'я – це стан повного соматичного, емоційного, інтелектуального та соціального благополуччя людини щодо сексуальності, а також стан повної відсутності хвороби чи будь-яких інших порушень цієї сфери життя індивіда.

Сексуальне здоров'я включає в себе позитивне ставлення до коїтусу, сексуальності та процесу статевих стосунків, здатність вести безпечне статеве життя, що приносить задоволення, а також відсутність примусу, дискримінації, насильства та інших елементів нездорового сексуального життя [11].

Важливо також підкреслити, що згідно з дослідженнями на базі Всесвітньої організації з охорони здоров'я, концепція сексуального здоров'я включає наступні елементи:

Здатність отримувати задоволення та контролювати сексуальну та репродуктивну поведінку відповідно до соціальних та особистісних етичних норм.

Свобода від страху, провини і сорому, нерозуміння, помилкових уявлень і інших психологічних факторів, які пригнічують сексуальні реакції та порушують сексуальні стосунки.

Відсутність будь-яких органічних розладів, захворювань або станів, які впливають на виконання задоволення статевої і репродуктивної функцій [90].

Тісно переплітається із поняттям «сексуальне здоров'я» та «сексуальні дисфункції» також розуміння того, що є сексуальною нормою. Розуміючи, що саме розглядається в науковій сфері під поняттям «норма», далі можна розбирати більш детально, що насправді є відхиленням у сексуальній тенденції, а що протікає в межах норми.

Такий вчений, як Г. Васильченко наголошує у своїй роботі на тому, що до сексуальної норми можна відносити потенційну здатність особистості виконувати всі три її функції: психологічну (отримання насолоди та задоволення), біологічну (функція прокреації (відтворення потомства)) і соціальну (реалізація потреби в міжособистісних контактах) [6].

Дослідники В. Кришталь і С. Григорян у свою чергу пропонують розглядати сексуальну норму з опорою на різні блоки сексуальності. Вони визначають її як оптимальне поєднання анатомо-фізіологічних, соціальних, психологічних і соціально-психологічних проявів сексуальності людини. Автори також розглядають поняття сексуального здоров'я, визначаючи його як інтегральний комплекс взаємодіючих компонентів сексуальності: біологічного, соціального, психологічного, соціально-психологічного, які, у свою чергу, забезпечують сексуальну поведінку людини: складну систему сексуальних взаємовідносин, що у результаті ведуть до оптимальної

сексуальної адаптації особи у стосунках із протилежною статтю, тобто сексуальної гармонії [10].

Досліджуючи межі норми і патології сексуальності інший вчений, К. Імелінскій виділяє три категорії сексуальної норми:

Оптимальну. До цієї норми автор відносить сексуальні дії і сексуальну поведінку, що є найбільш бажаними з індивідуального і соціального погляду.

Прийнятну. До неї він відносять такі сексуальні дії і форми поведінки, що не обмежують індивідуального розвитку особи та не заважають їй налагоджувати тісні міжособистісні контакти, хоча і являють собою не оптимальні норми.

Сексуальні дії. До цієї категорії норми дослідник відносить такі сексуальні дії і таку сексуальну поведінку, оцінка яких може бути різною з точки зору норми або патології і залежить від особистісного, ситуаційного і партнерського контексту [7].

За допомогою детального вивчення та аналізу літератури стає зрозумілим, що дослідження сексуальної сфери людського життя та порушення в ній розглядаються найбільшою мірою саме на прикладі гетеросексуальних пар. Також, важливо відмітити, що лише відносно нещодавно вчені почали розділяти сексуальні дисфункції у жінок і досліджувати їх. У науковій літературі минулого століття у класифікаціях сексуальних розладів можна також зустріти лише їх збірне поняття («жіночі сексуальні дисфункції»), до якого входять усі відомі нині порушення сексуального здоров'я жінок. Це поняття було затверджено у якості нозологічної одиниці всесвітньою організацією здоров'я лише у 1999 році [9].

Жіночі сексуальні розлади розглядались вченими не так активно і узагальнено через тенденцію дослідників минулого сприймати проблеми жіночої сексології через призму сексологічних проблем чоловіків. Більш того, вони дотримувались раціональної, але, в той же час, потенційно відволікаючої стратегії, не враховуючи і не пояснюючі існуючі гендерні розбіжності .

Як ще одне пояснення того, чому порушення у жіночій сексуальній сфері згруповані в єдину клінічну категорію і розглядаються саме як розлади, може виступати той факт, що вони є гомогенними, мають відносно однакове походження і вимагають диференційованих підходів при обґрунтуванні терапевтичних методик. А також факт того, що під час обстеження і виокремлення найбільш точного розладу, який може мати клієнт, потрібно враховувати стан гінекологічного та соматичного здоров'я особи, що в свою чергу, наводить на думку, що сексуальні дисфункції – це розлади особистості, де тісно переплітаються біологічні, соціальні та психологічні аспекти та проблеми людського життя [63].

Можна вважати, що стимулом для того, аби розглядати та диференціювати жіночі порушення сексуальної сфери від чоловічих виступило можливе розуміння вченими того, що чоловік та жінка певною мірою взаємодоповнюють функціональний комплекс сексуальних контактів одне одного, забезпечуючи стабільність у кожній фазі хоча б в одного з партнерів і зменшуючи таким чином вірогідність статевого розладу.

Доведено, що вплив стабільного лібідо партнера-чоловіка активує статеве збудження партнера-жінки, її мотивацію до зносин і призводить до посиленої секреції в піхву, розслабленню оточуючих м'язів, полегшуючи подальше введення статевого члена. Позитивні реакції жінки та її готовність до статевого акту в свою чергу полегшують виникнення ерекції та імісії, зменшують ймовірність виникнення розладів цієї фази статевих стосунків. Успішне протікання статевого акту, кульмінацією якого є еякуляція і оргазм у чоловіка (із зовнішніми проявами насолоди), підсилюють збудження жінки, сприяючи досягненню нею оргазму. Таким чином, логічно допускається, що порушення в одного партнера на будь якому етапі сексуального контакту може спровокувати виникнення сексуальної дисфункції в іншого, про що далі йтиметься мова більш детально [12].

Багато досліджень, що стосуються сфери сексуальних дисфункцій, було проведено вченими Сполучених Штатів Америки. Одним із таких досліджень,

є дослідження Е. Лоумана, А. Пайка, Р. Розен, що мало на меті оцінити поширеність і ризик сексуальної дисфункції в різних соціальних групах. Результатом став такий висновок: сексуальна дисфункція більш поширена серед жінок (43%), ніж чоловіків (31%), і пов'язана з різними демографічними характеристиками, включаючи вік і рівень освіти. Жінки різних расових груп демонструють різні моделі сексуальної дисфункції. Відмінності між чоловіками не такі помітні, але в цілому відповідають жінкам. Сексуальна дисфункція більш імовірна серед жінок і чоловіків із поганим фізичним та емоційним здоров'ям. Крім того, сексуальна дисфункція тісно пов'язана з негативним досвідом сексуальних стосунків і загальним самопочуттям [64;65].

З цього дослідження також випливає резонний висновок про те, що діагностувати статевий розлад буває важко, оскільки в переважної більшості формування та протікання певного відхилення від статевої норми відбувається на партнерському рівні.

Повертаючись до визначення поняття сексуальних дисфункцій, аналіз літератури дає розуміння того, що багато дослідників згодні з тим, що по своїй суті сексуальні дисфункції – це поняття збірне, яке включає в себе всі порушення потенції, сексуальної збудливості та збудження, мотивації до сексуальних процесів та порушення оргазмічної здатності. Проте, інша частина дослідників наголошує на тому, що сексуальна дисфункція має розглядатися саме як психологічний розлад, що виникає при недостатньому фізичному циклі сексуального реагування для розмноження або задоволення [88;99]. Тема сексуальних дисфункцій підіймалась у різних напрямках психології , де її розглядали та тлумачили відповідно до основних поглядів та тенденцій їх напрямку.

Розглядаючи детально психоаналітичну концепцію З. Фройда, стає зрозумілим, що вчений розглядав у контексті розвитку сексуальності певні психологічні та фізичні порушення, які впливають на прояви сексуальних девіацій. Відомо, що в його клінічній практиці найбільш частою скаргою була «психічна імпотенція», причиною якої він вважав гальмування через

нерозв’язану невротичну фіксацію, яка в результаті призвела до зупинки розвитку лібідо. Результатом такого процесу є розщеплення на ніжний та чуттєвий вимір сексуальності, ступень якого визначає тяжкість статевої дисфункції, що виникає

З. Фрейд, розглядаючи психосексуальні розлади, виділив п’ять стадій розвитку (оральну, анальну, фалічну, латентну та генітальну) і припустив, що саме фіксація на конкретній стадії визначає природу сексуальної дисфункції, або виникнення психосексуального розладу в цілому за умов неналежного проходження цих стадій [41].

В свою чергу напрям юнгіанського психоаналізу шукає відповіді у підсвідомих тривогах, травмах та розглядає саме ці аспекти як основні детермінанти сексуальних дисфункцій поза фазами статевого акту. К. Юнг, вбачає джерелом психологічних проблем не лише незадоволені сексуальні потреби, але і будь-які інші, що виходять за рамки неусвідомлених поривів. Крім цього, прихильники та представники юнгіанського психоаналізу доводять, що базова (тваринна) енергія проявляється не тільки в області неусвідомлених потреб, але і в тих видах діяльності, де людина діє на усвідомленому рівні. Звідси випливає, що певні невирішені дитячі травми чи травматичні нерозв’язані проблеми дорослих, переростають у порушення та конфлікти у сексуальній сфері життя особистості. Так наприклад, маленька дитина, яка стала свідком коїтусу батьків (візуально чи аудіально) і припустивши, що «мама кричить чи стогне, бо їй боляче» в дорослому віці вірогідніше матиме установку «секс – це боляче; це покарання», яка логічно перетвориться у диспареунію (больові відчуття під час сексу) та/або вагінізм [13;14].

Біхевіоризсти також розглядали проблему сексуальних дисфункції і вбачали її джерло в «хворобах лібідо» та впроваджували експериментальні спроби позбутися так званих «сексуальних девіацій», зокрема гомосексуалізму. Це яскраво ілюструє один з найбільш відомих та жорстоких експериментів у історії психологічного надбання: секретна проєкт-програма

«Аверсія» (1970-1989 р.), створена для «очистки» армії від солдатів гомосексуальної орієнтації. Даною програмою керував професор О. Левін — полковник, головний психіатр шпиталю, а також борець із гомосексуальністю.

За мету проєкту було поставлено вилікувати не традиційно сексуально орієнтованих чоловіків та жінок в армії від їхніх уподобань, оскільки на той момент це вважалось злочином за законом, церквою розглядалось як гріх, а медициною як хвороба. Фахівці застосовували різні способи для досягнення мети: гормональні препарати, електрошокери, хімічна кастрація та операції зі зміни статі.

У ході даної програми солдатам-гомосексуалам чоловічої статі показували фотографії еротичного змісту з зображеними на них чоловіками, за умови прояву реакції, лікарі били учасників струмом, при чому збільшуючи щоразу розряд струму. О.Левін був упевнений в тому, що така процедура здатна вилікувати представників інших «анормальних» груп суспільства (людей з наркотичною чи алкогольною залежністю). Якщо лікування струмом не давало необхідних результатів, пацієнтам давали всілякі наркотики (що по-суті було абсолютним протиріччям до їх методів та переконань).

В тих випадках, коли попередні методи (електрошокова терапія та терапія наркотичними засобами) не працювали, то експериментатори переходили до застосування хімічної кастрації, прийому великої дози гормонів і, в крайньому випадку, операції зі зміни статі.

Результат даної програми експериментів логічно був негативним (невдалим). Адже вченим-лікарям не вдалось змінити жодним зі способів сексуальні уподобання призовників. Це не прямо, але підтверджує гіпотезу про те, що даний проєкт не був обумовлений аналізом та висновками з наукової літератури про гомосексуальність та транссексуальність , оскільки вже в 70-ті роки ці особливості вже не розглядались як психічні захворювання [57;7].

Розглядаючи гуманістичний та когнітивний напрямки психології та аналізуючи дослідження представників цих напрямів, що стосуються

сексуальної сфери людини, а саме порушень у ній, випливає такий логічний висновок: проблема виникнення сексуальних порушень розглядається гуманістами через призму нав'язливого відношення суспільства (як загального соціуму, так і мікросоціуму – членів сім'ї) на особу або ж у підсвідомому бунтарстві, яке формується в людини як відповідь на прагнення втримати їх потяг у рамках «норми». У когнітивному напрямку дана проблема розглядається як винятково тілесне бажання, яке підкріплюється травмуючими подіями, котрі були витіснені з пам'яті особи свідомо чи ні) [8].

Підводячи підсумки, стає зрозумілим, що тема сексуального здоров'я є доволі важливим компонентом вивчення сексуальної сфери життя особистості, адже, по-перше, воно забезпечує успішність репродуктивної функції пари, а, по-друге, створює фундамент задоволенності життям. Переважна більшість дослідженнь сексуальної сфери людського життя базуються на прикладі гетеросексуальних пар. Але сучасні науковці звертаються до теми розгляду порушень даної сфери через призму аналізу особливостей гомосексуальних стосунків, а також поглиблюються у вивчення, аналіз та диференціацію жіночих сексуальних дисфункцій. Тема сексуальних дисфункцій підіймалась у різних напрямках психології, де її розглядали та тлумачили відповідно до основних поглядів та тенденцій напрямку.

1.2. Сексуальні дисфункції в межах фаз статевого акту

Є підстави вважати, що дисфункції, як розлади, пов'язані з певною фазою циклу сексуальної реакції, або так званими фазами сексуального контакту. Вчені виділяють всього чотири такі фази, проте остання фаза часто не розглядається ними як така, де спостерігаються порушення сексуального здоров'я у вигляді дисфункцій. В таблиці 1.1. перераховані всі фази циклу сексуальної реакції і сексуальні дисфункції, які з ними, наявні в DSM–V [53].

Таблиця 1.1.

Сексуальні дисфункції у фазах циклу сексуальних реакцій [53]

Фаза циклу сексуальних реакцій	**Дисфункції характерні для цієї фази**
Фаза потягу та сексуальних бажань	- Розлади сексуальних бажань (гіпоактивний розлад сексуального бажання); - аверсивні сексуальні порушення; - зниження сексуального потягу; - сексуальна огида (відраза)
Фаза збудження (фаза порушення)	- розлади сексуальної активації (збудження) у жінок та у чоловіків; - розлади ерекції у чоловіків (можуть мати місце і під час наступної фази)
Фаза оргазму	- гальмування оргазму у жінок (аноргазмія); - затримка еякуляції; - передчасна еякуляція
Фаза розслаблення (релаксації)	- посткоїтальна депресія; - посткоїтальний головний біль

Оскільки сексуальна фаза та коїтус є важливою складовою життя більшої частини населення по всьому світу і з порушеннями даної сфери може стикнутись чи не кожна людина, яка живе статевим життям, корисним стане дослідження та поширення основних тез даної проблеми. Повертаючись до таблиці 1.1. стає зрозумілим, що для розуміння кожної дисфункції, яка виникає на певній фазі статевого акту необхідним є вивчення особливостей перебігу кожної фази та характеризація найбільш поширених із них.

1) Першою фазою статевого акту називають фазу статевого потягу, або, інакше кажучи фазу наростаючого сексуального збудження. Вона обумовлена

психологічними й фізичними стимулюючими впливами, які призводять до підвищення сексуального напруження і готовності до статевого акту. Ця фаза характеризується сексуальними фантазіями і бажанням до вступу у сексуальні зносини (імпульс та потяг) [6].

Під час цієї фази спостерігаються дуже чіткі відмінності у фізіологічному аспекті між чоловіками та жінками, які в свою чергу відображають мотивації, спонукання і особистість суб'єкта.

Про підвищення сексуального напруження і готовність до статевого акту у жінок на фізіологічному рівні говорить набрякання малих статевих губ і конгестія судин піхви (у жінок, що народжували), що веде до стоншення великих статевих губ та подальшому їх віддаленню від входу у піхву. У відповідь на такі статеві стимули бартолінієві залози продукують слизоподібну речовину. Клітор збільшується в розмірах за рахунок судинної конгестії. У піхві здійснюється виділення мукоїдного транссудату, пов'язане з розширенням венозних сплетінь. Внутрішні дві третини піхвового каналу подовжуються й розтягуються, а тіло матки, збільшуючись, відтягається нагору й назад. Збільшуються також і молочні залози, соски напружуються (набухають). Ці ознаки виникають через 10 – 30 секунд з початку сексуальної стимуляції й свідчать про настання сексуального збудження [20].

У чоловіків під час першої фази на біологічному рівні здійснюється кровонаповнення кавернозних тіл, дилатація головки статевого члену і кавернозних тіл. Виникає ерекція статевого члена. Згодом виділяється невелика кількість секрету парауретральних і бульбоуретральних залоз, що може мати невелику кількість сперматозоїдів. Калитка скорочується, зморщується, яєчка підтягуються, підвищується тонус м'язів промежини і сфінктера сечового міхура. Також спостерігається гіперемія шкіри обличчя та ерекція сосків грудних залоз [6].

Найпоширенішими сексуальними дисфункціями, які мають місце під час перебігу фазу сексуального потягу є розлади, описані нижче.

Знижений статевий потяг – це недостатня вираженість чи наявність інтересу до сексу, що приводить до низького рівня сексуальної активності. Проте його наявність не говорить про те, що людина не займається сексом: по-перше, знижений статевий потяг може бути тимчасовим, за дії певних зовнішніх (стрес на роботі) чи внутрішніх факторів (образа через нещодавню сварку з партнером, внутрішні страхи); а, по-друге, за тих умов, коли людина зі зниженим сексуальним потягом таки займається сексом, він або вона поводяться цілком нормально або навіть відчувають задоволення [14].

При цьому у довіднику DSM – V відсутність або втрата статевого потягу визначається як недолік або відсутність сексуальних фантазій і бажання займатися сексом, не зважаючи на той факт, що в довіднику не вказується конкретно, який саме рівень вважається «недостатнім» [53].

В одному дослідженні щасливих (за результатами попередньо проведеного дослідження) подружніх пар попросили відповісти на запитання «Як часто ви займаєтесь сексом?». Результат цього міні-опитування був наступним: 93% респондентів повідомили про своє бажання займатися сексом принаймні раз на тиждень; близько 85% відзначили, що хотіли би займатися ним кілька разів на тиждень або більше. На підставі цих результатів було з’ясовано, що сексуальний потяг може вважатися зниженим тільки у тому випадку, коли людина виявляє бажання займатися сексом менше одного разу на два тижні [45].

Але потрібно розуміти і враховувати також рівень сексуальної конституції та спосіб життя людини за її діагностики для того, аби стверджувати стовідсотково, що вона [особа] стикнулась із сексуальною дисфункцією. Оскільки у сучасному світі велика кількість людей веде такий спосіб життя, що вони просто не прагнуть регулярних сексуальних взаємин чи їх статева конституція є низькою настільки, що секс раз у два тижні для них – це вже дуже багато. Також, потрібно враховувати й інші аспекти, наприклад загальну характеристику стосунків у парі і т.ін.

Сексуальна огида, як ще один розлад першої фази сексуальних зносин у сфері бажань та фантазій, характеризується огидою до сексу і прагненням до ухилення від статевої активності. Люди з сексуальною огидою розцінюють секс як неприємне чи відразливе явище, а пропозиції відкритого сексуального характеру викликають у них нудоту, огиду або лякають. Деяких особистостей відштовхують лише окремі аспекти сексуального процесу, наприклад введення пенісу в вагіну; інші відчувають загальну відразу до різного роду сексуальних стимулів, в тому числі до поцілунків чи/та дотиків.

Вважається, цей розлад більш поширений серед жінок. Можна припустити, що це обумовлено вихованням дівчат, нав'язуванням їм певних стереотипів та установок, а також браком належного сексуального виховання (останнє стосується як дівчат, так і хлопців). Наприклад, установка «Секс до шлюбу – це брудно, а після шлюбу – це обов'язок» (ці дві установки, в житті часто співіснують) вже одразу налаштовує партнерів на те, що коїтус – це необхідність і в жодному разі не задоволення [69].

Жінка М. виросла в релігійній родині, де активно засуджували сексуальні зносини до шлюбу, не допускали навіть думки про те, що необхідно говорити з дитиною про те, що таке секс і про його наслідки, при цьому наголошуючи, що він є всього лиш необхідністю, брудним заняттям, чимось гріховним, але необхідним для продовження роду, підкріплюючи це тим, що жінка згодом відчуває страшні муки виношуючи та народжуючи дитину – плід цього гріховного вчинку. Коли М. одружилась з чоловіком К., що був вихований за схожих обставин, вони стали розглядати секс – як необхідну річ для прокреакції. Жоден з них не отримував задоволення і навіть не думав про те, що це важливо і можливо, допоки, за порадою подруги, не звернулись за допомогою до психолога.

Дослідження А. Бека, а також паралельні дослідження Р.Розена та С.Лейблума дозволяють зробити загальний висновок щодо того, що сексуальний потяг складається та формується завдяки поєднанню біологічних, психологічних і соціокультурних факторів і може бути ослаблений будь-яким

з них [22; 83]. Інші вчені, досліджуючи цю тему, стверджують, що у більшості випадків знижене сексуальне бажання або сексуальна огида викликається головним чином соціокультурними і психологічними факторами, однак біологічні умови, в свою чергу, також можуть значною мірою його послабити [99].

Біологічні причинами, що провокують появу сексуальної відрази, можна вважати передусім роботу гормонів, які відіграють важливу роль у прояві статевого потягу і в сексуальній поведінці. Адже відхилення рівня гормонів може послабити потяг. На зниження сексуального потягу впливає підвищений рівень пролактину, низький рівень тестостерону і різкі відхилення рівня жіночого сексуального гормону – естрогену. Останній [естроген] міститься в деяких протизаплідних пігулках. Його високий рівень тісно пов’язаний із зниженим сексуальним імпульсом, а у період опісля менопаузи чи пологів – його низький рівень [50].

Ще одним чинником, який може знизити суттєво сексуальний потяг, є тривале захворювання. Хвороба часто викликає сильний стрес, біль і в деяких випадках подальшу депресію, що з часом відбивається на сексуальному житті особистості. Препарати, що пригнічують центральну нервову систему, або знижують вироблення тестостерону, також можуть послаблювати бажання. Іноді сексуальні імпульси придушуються в результаті тривалої відсутності сексуальних контактів. Бажання зазвичай знижується після важких захворювань або операцій, особливо якщо після них спостерігається розлад сприйняття власного тіла, що є особливо характерним після мастектомії (видалення молочної залози), ілеостоми (виведення кінця або петлі тонкої кишки на поверхню шкіри), гістеректомії (видалення матки) і простатектомії (видалення предміхурової залози) [6].

Прийом знеболюючих засобів, психотропних речовин і заборонених наркотиків, таких як кокаїн, марихуана, амфетаміни і героїн – ще одні фактори ризику. Алкоголь, як ще один представник цієї категорії, послаблюючи заборони, іноді підсилює сексуальний драйв, що знаходиться на низькому

рівні. Проте, у ситуації, коли людина вже перебуває у стані сильного збудження, алкоголь діє на організм за іншим сценарієм – послаблюючи бажання сексуального змісту [28].

Говорячи про регуляцію ступеня вираження сексуального збудження, не можливо не згадати про афродизіаки. Важається, що вони посилюють бажання, проте багатовікові пошуки доводять, що людям не вдалося знайти справжній афродизіак [64]. Установки, страхи, психологічні розлади та інші психологічні детермінанти, що впливають на знижений статевий потяг і сексуальну огиду, формуються в певному соціальному контексті, що дає можливість висунути тезу про те, що деякі соціокультурні фактори також служать причиною розладів. Багато пацієнтів зі зниженим сексуальним імпульсом стикаються з тиском ситуації (-ій), що можуть протікати в одній сфері життя особи чи декількох одночасно. Найпоширенішими такими переживаннями є розлучення, втрата роботи, вагітність, смерть близької людини тощо [22]. Так, наприклад, чоловік може з нетерпінням чекати на народження нащадка і в той же час мати страх через постійні стреси та проблеми на роботі.

Найчастіше втрачають сексуальний інтерес люди, у яких склалися нещасливі взаємини в парі – партнери не відчували потягу одне до одного або один з них відчував власну безпорадність і домінування іншого. Але навіть у щасливих пар існують проблеми сексуального характеру. Часто буває так, що не збігається статева конституція (одному партнеру потрібно більше сексу, ніж іншому) і не кожна пара готова шукати компроміс, який би задовольняв одразу двох партнерів. Бувають ситуації, коли у одного партнера втрачається інтерес до іншого через неенергійність, незацікавленість в удосконаленні та урізноманітненні статевого життя пари. Іноді у партнерів розрізняються потреби в близькості: той партнер, кому потрібно більше особистого простору, може відчувати знижений сексуальний потяг, зберігаючи таким чином дистанцію [39].

Культурні стандарти, установки та страхи, нав’язані будь-якою ланкою суспільства є одним із компонентів фундаменту послабленого статевого

потягу або/та сексуальної огиди. Наприклад, чоловіки часто втрачають сексуальний інтерес до своєї дружини після того, як вона народжує, оскільки в нього є сформоване уявлення про те, що матір не може розглядатись як сексуально приваблива жінка. Крім того, через впевненість у тому, що «секс – це заняття та насолода лише для молодих», багато старіючих людей з кожним роком втрачають інтерес до сексу і яскравість «Я – образу», а їх статевий потяг та бажання, як абсолютно не потрібна і маловживана річ, йде на спад [70].

2) Фаза збудження в циклі сексуального реагування характеризується змінами в області тазу, загальним фізичним збудженням, посиленим серцебиттям, напругою м'язів, підвищенням артеріального тиску і прискореним диханням. У чоловіків кров приливає до тазу і викликає ерекцію пеніса; у жінок в цій фазі відбувається набухання клітора і малих статевих губ і зволоження вагіни. Найбільш поширеними дусфункціями, які проявляються під час фази реагування є розлад статевого збудження жінок (фригідність) і еректильний розлад у чоловіків [64].

Характерними сексуальними розладами даної фази є порушення, описані нижче.

У жінки, що схильна до розладу статевого збудження чи має його, під час занять сексом спостерігаються такі біологічні прояви організму, як зменшення рівня виділення піхвової змазки або стан сухості, що за нормальних умов має виділятись для полегшення проникнення статевого члена. Також спостерігається неможливість досягати та підтримувати адекватне зволоження, набухання геніталій упродовж усієї тривалості сексуального акту.

Також, за дослідженням К. Сегрейв та. Т. Сегрейв, жіночий розлад сексуального збудження протікає разом із оргазмічним розладом, оскільки унеможливлює протікання нормального статевого акту, де логічною кульмінацією є безпосереднє отримання задоволення (оргазму) жінкою, а також іншими пов’язаними сексуальними дисфункціями [86]. Звертаючись до різних досліджень що мають на меті дослідити поширеність розладів

сексуального збудження, стає зрозумілим, що їх результати є неоднозначними. Проте більшість вчених приходять до висновку, що більше 10% жінок страждають від цього типу порушень [64]. Оскільки недолік сексуального збудження у жінок часто пов'язується з порушенням оргазму, дослідники зазвичай вивчають і пояснюють ці дві проблеми разом. У деяких жінок розлади цієї фази сексуальної взаємодії пов'язані з диспареунією або з відсутністю бажання.

Фізіологічні дослідження даного типу сексуальних порушень показали, що гормональний патерн може вносити свої корективи у характер реактивності жінок, які мають цей розлад. Мастерс і Джонсон виявили, що жінки з нормальною реактивністю особливо схильні до сексуальних відносин перед початком менструації, в той час, як жінкам з дисфункцією властиво відчувати найбільше сексуальне збудження відразу ж після менструації або під час овуляції. Зміна рівнів тестостерона, естрогенів, пролактину та тироксину також впливає на розлади збудження у жінок [72].

У чоловіків, що мають розлад еректильної дисфункції, спостерігають неможливість досягнення та підтримання ерекції або її зникнення (чи помітне (послаблення) під час занять сексом. За результати дослідження Фелдмана цією проблемою стикається близько 10% чоловічого населення [68]. У дослідженні Шпітцера описується історія-приклад 30-тирічного аргентинця Карлоса Домера. Проблема містера Домера полягала в тому, що він вже рік не міг займатися сексом зі своєю дружиною через відсутність ерекції. Протягом останніх п'яти місяців він уникав сексуальних контактів з нею, а дві його спроби виявилися невдалими. Напруженість у сексуальній сфері подружнього життя призвела до розлучення, оскільки не дивлячись на те, що вони люблять і турбуються один про одного, в них є сумніви щодо можливості вирішення сексуальних проблем [10].

Під час роботи з містером К. Домера було виявлено, що він слідував стереотипу «пристрасного латиноамериканського коханця-мачо» та вважав, що «повинен легко досягати ерекції і бути завжди в змозі займатися любов'ю».

Проте, через неможливість «одержати успіх», він відчував себе приниженим і неадекватним, що і спонукало його до уникання як безпосередньо статевого акту, так і будь-яких проявів прихильності до своєї дружини. За відсутності також обговорень між партнерами, місіс Домера вирішила, що чоловік просто не хоче нічого робити і не любить її.

Під час обстеження містер Домера повідомив, що його проблеми з ерекцією почалися одночасно з напруженим періодом в бізнесі. Після кількох «невдач» у сексі він дійшов висновку, що «марний як чоловік» і тому «повний невдаха». Тривога, яку він відчував, намагаючись займатися любов'ю, була занадто сильна, і він не міг з нею впоратися. Проте також було виявлено, що мастурбуючи час від часу на самоті, він досягав повної ерекції та оргазму, що в свою чергу провокувало відчуття провини перед дружиною, адже він вважав, що обманює її. Також в нього не зникла вранішня ерекція. Містер Домера не приймав ніяких ліків, крім антидепресантів, і не вживав алкоголь. У нього не було ніяких симптомів фізичної хвороби [20].

Звертаючись до статистики на основі досліджень деяких вчених, що більш детально розглядали чоловічий еректильний розлад, слід зазначити, що переважно це порушення спостерігається у чоловіків вікової категорії 50+ років, що більшою мірою пояснюється протіканням певних серйозних хвороб і прийомом медикаментів, що впливають на зниження сексуального потягу та реагування. Близько 5% всіх чоловіків вікової категорії 40+ страждають від цього розладу, а для категорії 70+ це співвідношення становить більше 15% [68;20].

Більш того, згідно з опитуваннями, приблизно половина всіх дорослих чоловіків щонайменше раз у житті відчуває проблеми з ерекцією під час злягання, що робить розлад еректильної дисфункції важливим для розгляду та вивчення [68].

У більшості випадків порушення ерекції викликано поєднанням біологічних, психологічних і соціокультурних причин, що підтверджується роботами деяких дослідників. Як показало одне з досліджень, тільки в 10 з 63

випадків цей розлад обумовлено виключно психосоціальними факторами і лише 5 випадків були результатом одних фізіологічних факторів [69].

Характерними біологічними детермінантами виникнення порушення еректильної дисфункції вважаються судинні захворювання [16]. Це пояснюється тим, що ерекція виникає тоді, коли порожнини пеніса наповнюються кров'ю, а отже можна говорити про те, що даний тип порушень може бути викликаний в першу чергу ситуація, за якої спостерігається зниження надходження крові до пеніса, наприклад, хвороби серця або закупорка артерій [70]. Також, базуючись на власному досвіді роботи в магазині інтимних товарів, можу сказати про те, що неправильне, або надмірне використання секс-девайсів по типу віброкільця чи чоловічої помпи, може призводити до пережимання певної ділянки статевого органа, що й унеможливлює нормальне надходження крові та, як наслідок, настання ерекції.

Утруднюють настання ерекції також такі хвороби та порушення у здоров’ї, як: цукровий діабет, ураження нервової системи, пошкодження хребта, розсіяний склероз, ниркова недостатність або терапія з використанням апарату штучної нирки [66]. А також, варто зазначити, що дослідниками був доведений негативний вплив застосування певних медикаментів і різного роду зловживань (від алькогольних напоїв до паління) [87;88].

До органічних (біологічних причин) виникнення, так званої, імпотенції відносять такі проблеми зі здоров’ям, як:

- інфекційні або паразитичні захворювання – елефантіаз, епідемічний паротит;
- серцево-судинні захворювання – атеросклероз, аневризма аорти, синдром Леріша, серцева недостатність;
- ниркові та урологічні захворювання – хвороба Пейроні, хронічна ниркова недостатність, гідроцеле або варикоцеле;
- захворювання печінки – цироз (зазвичай пов'язаний з алкоголізмом);
- захворювання легень – дихальна недостатність;

генетичні захворювання – синдром Клайн-фелтера, вроджені судинні або структурально порушення пеніса;

порушення, пов'язані з харчуванням – недостатність харчування, нестача вітамінів;

ендокринні розлади – цукровий діабет, дисфункція осі гіпофіз – надпочечник – яєчко, акромегалія, хвороба Аддісона, хромо-ФОБН аденома, неоплазії надниркових залоз, мікседема, гіпертензія реоідізм;

неврологічні захворювання – розсіяний склероз, мієліт поперечних м'язів, дрожательний параліч, епілепсія лобової частки, захворювання спинного мозку, пухлини центральної нервової системи, аміотрофічний бічний склероз, захворювання периферичної нервової системи, загальний парез, сухотка спинного мозку;

фармакологічні впливу – алкоголь і інші речовини, що викликають звикання (героїн, метадон, морфій, кокаїн, фенамін, барбітурати), призначені з метою лікування препарати (психотропні речовини, антигіпертензивні, екстра-гени, антиандрогени);

отруєння – свинець, гербіциди;

хірургічні операції – перінеальная простатектомія, абдомінальній-перінеальная колонектомія, симпатектомія (часто перешкоджає еякуляції), аортоподвздошний анастомоз, радикальна цистектомія, ретроперитонеальном лімфаденектомія;

змішані захворювання – радіаційна терапія, перелом тазу.

Говорячи про вплив соціокультурних факторів, слід зазначити, що вони переважно збігаються із тими, що впливають на зниження сексуального потягу. Так, чоловіки, які втратили роботу та/або відчувають фінансові труднощі, частіше стикаються з проблемою ерекції, ніж ті, у кого в фінансовій сфері все добре [74].

Відчуття стресу в подружніх стосунках також пов'язанано з виникненням цієї дисфункції. До даного виду порушень можуть призвести такі дві моделі відносин між чоловіком і дружиною:

В одній з них дружина занадто мало стимулює свого старіючого чоловіка, якому тепер для ерекції потрібна більш інтенсивна і тривала стимуляція пеніса.

У другій моделі взаємовідносин обидва партнера вважають, що дружина може випробувати оргазм тільки під час злягання. Таке уявлення посилює тиск на чоловіка з обох сторін (дружини та його самого), змушуючи його до ерекції, що, підкріплюючись внутрішніми страхами та установками, 6616веде до виникнення сексуальної дисфункції. У ситуації, коли дружина досягає оргазму під час фінгерингу, мануальної або оральної стимуляції, то напруженість чоловіка, пов'язана з вчиненням статевого акту, послаблюється, а отже, ризик виникнення цього виду дисфункції значно знижується [70].

Порушення чоловічої ерекції, що також називають імпотенцією (хоча аналіз джерел останніх років підтврджує той факт, що дана назва цього порушення відходить у минуле і вже не є такою загальновживаною) можна поділити на три види за якістю протікання даної дисфункції:

Первинна імпотенція: чоловік абсолютно не здатний досягти ерекції, достатньої для введення статевого члена в піхву.

Вторинна імпотенція: чоловік успішно досягає ерекції, достатньої для статевого акту, в деякі періоди свого сексуального життя, тоді як в інший час він не може цього зробити.

Селективна імпотенція: чоловік за деяких обставин здатний здійснювати статевий акт, а за інших – ні. Наприклад, функція може бути нормальною при зносинах із коханкою чи працівницею,яка надає сексуальні послуги, але з дружиною має місце абсолютна або часткова імпотенція [16].

Вчені Мастерс і Джонсон відзначають, що страх імпотенції переважно присутній у житті всіх чоловіків старших за 40 років, що відображає чоловічий страх перед втратою сексуального потягу з віком. Проте, що також зазначають дослідники, вік у кожної людини позначається на її статевій функції по-різному, а більш важливим фактором для нормального статевого функціонування в той же час виступає наявність сексуального партнера [72].

3) Третя фаза, фаза оргазму, характеризується кульмінацією сексуального задоволення зі зниженням сексуальної напруги і ритмічними скороченнями м'язів промежини і тазових статевих органів. До порушень, що спостерігається в цій фазі, відносяться гальмування оргазму у жінок (т. зв. аногазмія), затримка еякуляції або передчасна еякуляція у чоловіків. Під час ціє фази статевого акту сексуальне задоволення людини досягає піку і сексуальна напруга спадає по мірі того, як м'язи тазу скорочуються або ритмічно зближуються. Чоловіче сім'я викидається і зовнішня третина стінок вагіни жінки скорочується. Дисфункції, що розглядаються вченими як ті, що присутніми за цієї фази циклу сексуального реагування – це: передчасна еякуляція, чоловічі оргазмічні розлади і жіночі оргазмічні розлади [6].

Передчасна еякуляція – це дисфункція, за наявності якої чоловік має постійну тенденцію досягати оргазму і еякулювати при дуже слабкій (незначній) сексуальної стимуляції до або незабаром проникнення або до того, як він цього захоче [31].

Під час аналізу літератури, мною було помічено таку особливість, що більший інтерес в дослідників викликають чоловічі порушення в цій фазі. Тобто багато вчених приділяють увагу психологічним та поведінковим причинам передчасної еякуляції. Отже виникає припущення, що ця дисфункція (незалежно від того чи обумовлена вона психологічно, чи фізіологічно) є доволі типовою для молодих людей бо, по-перше, переважна їх частина є сексуально недосвідченими і яким важко контролювати своє збудження, а, по-друге, найпопулярнішими установками є «Я молодий, а значить маю добре і часто займатись сексом», «Секс має тривати годину і більше» і т.ін.

Одна з гіпотез лікарів полягає в тому, що передчасна еякуляція може бути пов’язана з тривогою, яку відчували чоловіки, коли вони займались швидкою мастурбацією в дитинстві (страх бути «спійманими» батьками) або спричиненим відсутністю усвідомлення свого сексуального збудження.

Однак жодна з цих гіпотез не має однозначного не підтвердження фактичними дослідженнями [50].

Чоловіки з розладом оргазму або не досягають оргазму після нормального сексуального збудження, або оргазм у них настає лише через тривалий час після нормального сексуального збудження. Цей тип розладів виникає тільки у 1– 3% чоловічого населення [20].

Серед поширених біологічних факторів, які впливають на виникненняи даної дисфункції та можуть перешкоджати еякуляції виділяють перш за все низький рівень тестостерону, деякі нервові захворювання і пошкодження голови і хребта [70].Також цей тип дисфункції можуть викликати речовини, що загальмовують роботу симпатичної нервової системи (алкоголь, ліки, які знижують артеріальний тиск, деякі антидепресанти і ліки для зняття тривоги і стресу) [88]. Дослідниками досліджено, що антидепресанти по типу Флуаксотину, перешкоджають еякуляції у 15– 25% тих чоловіків, які їх приймають [83].

Страх коїтусу і фіксація на ролі спостерігача є основними психологічними причинами оргазмічних розладів у чоловіків, але когнітивні фактори також впливають на цей тип розладів. Часто чоловік за умови надмірного зосередження своєї уваги на досягненні оргазму, проходить так званий трансформаційний момент ситуації, де він переходить від ролі схвильованого, збудженого учасника безпосередньо статевого акту до ролі холодного, (само)критичного та тривожного спостерігача [70]. Ще однією частою причиною оргазмічної дисфункції, яку розглядають дослідники, у представників чоловічої статі може бути знижене лібідо [83].Чоловік, який займається сексом переважно під тиском своєї партнерки (чи партнера), але насправді не має бажання, також має проблеми з отриманням оргазму, проте це не вважається сексуальною дисфункцією оскільки не відбувається якісного проходження попередніх складових сексуалного процесу, які в свою чергу мають пілготовчо-процесуалний характер. Це правило працює і в жіночу сторону.

Проблема порушення виникнення оргазму зустрічається у достатьо великої кількості представниць жіночої статі. З довідника DSM – IV стає зрозумілим, що даний тип сексуальної дисфункції має місце тоді, коли жінка айже не відчуває оргазм або настання його відбувається тільки через тривалий час. За дослідженнями Р.Розена та С.Лейблума вона виникає у більше, ніж 20% жінок, особливо, як довели згодом Е.Лоуман та його колеги, після менопаузи. В період менопаузи змінюється чутливість шкіри, структура клітора та стінок вагіни, що в свою чергу і призводить до труднощів у досяганні оргазму [83;64].

Інші дослідження показали, що більше 10% сучасних жінок ніколи не відчували оргазму під час мастурбації або коїтусу, і принаймні ще 10% жінок відчувають оргазм лише зрідка. У той же час половина жінок відчуває оргазм більш-менш регулярно під час статевого акту. Жінки, які сексуально впевнені і які спокійно ставляться до мастурбації частіше відчувають оргазм [58].

Попри те, що ранні психоаналітичні теорії відсутність оргазму під час злягання розглядали як явище патологічне, результати досліджень Стока показують, що жінки, яким необхідна стимуляція клітора для досягнення оргазму є абсолютно нормальними та здоровими. Більшість лікарів сходяться на думці, що оргазм під час статевого акту не є абсолютним показником нормальної статевої функції. Жінки можуть досягти оргазму, безпосередньо за умов стимуляції клітора партнером [66].

Підіймаючи тему про вплив біологічних факторів на виникнення жіночого оргазму та отримання задоволення від сексуального акту, важливо зауважити про найбільш поширені чинники. Наприклад, таке захворювання як діабет негативно впливає на роботу нервової системи, що провокує порушення процесу збудження, скорочуючи кількість вагінальних мастильних виділень. Відсутність оргазму в представниць жіночої статі інколи також пов'язують з розсіяним склерозом та іншими захворюваннями нервової системи, оскільки ліки, які приймаються під час терапії діючи за принципом препаратів, що перешкоджають виникненню еркції в чоловіків, знижують можливість жінки якісно збуджуватись [77].

Психологічні чинники, що впливають на зниження оргазмізації (отримання оргазму) є тісно пов’язаними з соціокультурнрими, оскільки саме суспільство вселяє певні установки, які закріплюються на психологічному рівні. Говорячи про жіночу сексуальність та сексуальну функцію як приклад можуть виступати такі популяризовані думки суспільства, як «Ти не маєш виглядати так чи так і провокувати чоловіка», «Ти вже доросла для такої короткої спідниці» і т. ін.

4) Четверта фаза сексуального акту включає процеси, які завершуються загальним розслабленням тіла, хорошим самопочуттям і м'язовою релаксацією. Деякими вченими ця фаза розглядається як логічне продовження і частина, відповідно, третьої фази – фази оргазму. Для чоловіків харктерним є наявність рефрактерного періоду щодо оргазму на певний період часу, який збільшується з віком. У жінок в той же час є здатність отримувати множинний оргазм без рефракторного періоду [6].

Порушеннями, які іноді мають місце під час фази розслаблення, є посткоїтальна депресія і посткоїтальний головний біль. Сексуальні дисфункції можуть бути симптоматичними, пов'язаними з біологічними порушеннями (біогенними), інтрапсихічними, інтерперсональними конфліктами (психогенними) або комбінаціями зазначених факторів. На сексуальну функцію також несприятливого впливу задають будь-якого роду стресові ситуації в житті, емоційні розлади або нехтування сексуальною функцією і фізіологією [10].

Дисфункція може тривати як все життя, так і зазнати розвитку після періоду нормального функціонування. Вона може бути генералізованою або ситуативною. З чого випливає розуміння того, що дисфункція, яка виникає під час фази розслаблення обмежується певним партнером або конкретною ситуацією і може бути або тотальною, або порціальною.

Отже, сексуальні дисфункції вченими розглядаються як явище, яке може бути спровоковане різними чинниками під час будь-якої з чотирьох фаз сексуального акту та поза ними, а також може мати перманентий чи

тимчасовий (ситуативний) харакер. Найбілш поширеними дисфункціями під час фази потягу є такі: знижений статевий потяг, сексуальна огида (відраза); під час фази збудження – розлади, пов’язані з сексуальним збудженням у жінок, порушення чоловічої еркції; у фазі оргазму – передчасна еякуляція , чоловіча оргазмічна дисфункція, розлад жіночого оргазму. Остання фаза сексуального акту являє собою фазу розслаблення, і на думку деяких дослідників, не розглядається як та, де виникають сексуальні дисфункції, проте інші вчені переконані в тому, що під час даної фази виникають такі порушення, як посткоїтальна депресія чи посткоїтальний головний біль

1.3. Класифікація сексуальних порушень

Вивчаючи медико-психологічну літературу, яка охоплює вивчення даного аспекту, а саме характерні особливості виникнення та перебігу парафіліїй, сексуальних девіацій та інших сексуальних розладів, що розглядаються поза межами безпосередніх фаз статевого акту, було зроблено висновок, що не існує поняття, яке охоплювало б усі ці категорії в одну і було б науково обумовленим. Було також помічено, що не всі порушення, що прийнято відносити до катергорії «парафілії» відповідають цьому поняттю, так і не кожна девіація може розглядатись як чисте явище даної категорії; вони є взаємопов’язаними та амбівалентно обумовленими (направленими) явищами, які мають право бути зарахованими до кожної з цих двох категорій у залежності від наявної ситуації їх конкретного прояву та характеру перебігу. Саме тому я пропоную власну класифікацію найбільш поширених сексуальних розладів та порушень, які розглядаються як такі, що не мають тригеру під час будь-якої з чотирьох фаз статевого контакту:

I. Сексуальні больові розлади: диспареунія, вагінізм.

Диспареунія разом із вагінізмом включена в діагностичну категорію сексуальних больових розладів DSM – IV як підкатегорія сексуальної дисфункції. Таким чином, сексуальні больові розлади є єдиним больовим розладом за межами діагностичної категорії DSM – V «Больові розлади». Вони також є єдиним діагнозом болю, який визначається переважно діяльністю, якій вони заважають (статевим актом). Крім того, сексуальні больові розлади визначаються за такими категоріями, як чинники, що виникають протягом життя/набуті, загальні/ситуаційні та психологічні/комплексні фактори [53].

Діагностичний і статистичний посібник із психічних розладів визначає критерії симптомів диспареунії як рецидивуючий або постійний генітальний біль, пов'язаний зі статевим актом. Проте багато жінок повідомляють про біль під час несексуальних дій, що в свою чергу впливає на загальне психічне та фізичне здоров'я та координацію [17].

Статистика підтверджує поширеність цього розладу: наявність диспареунії коливається від 12% до 21%, і вважається, що частота даного феномену зростає [30]. Згідно з результатами іншого дослідження серед жінок у віці від 40 до 80 років, відібраних із 29 країн, поширеність сексуального болю становить майже 21% серед жінок Близького Сходу [64]. Л.Бротто, Л.Садовнік, С.Томсон та інші під час свого вивчення даного розладу отримали такий результат: 12% жінок у пременопаузі страждають від сексуального болю [26]. Незважаючи на те, що культурні та релігійні фактори можуть мати значний вплив на формування диспареунії (та інших сексуальних розладів), було проведено лише кілька стандартних досліджень поширеності сексуального болю та пов'язаних з ним факторів у країнах Близького Сходу та мусульманських країнах [37].

Етіологія диспареунії виділяє переважно такі причини виникнення цього порушення: гострі генітальні інфекції, дисфункція м'язів тазового дна та ендометріоз як медичні детермінанти; сексуальне насильство, тривожність рис характеру, катастрофічний біль, певні фактори стосунків (негативні та

турботливі реакції партнера, невпевнені романтичні прихильності), низький рівень сексуального спілкування як психологічні [53].

Під вагінізмом прийнято розуміти таку сексуальну дисфункцію, яка перешкоджає статевому проникненню через мимовільний і частий спазм м'язів в одній третині зовнішньої частини піхви [59].

Виділяють первинний та вторинний вагінізм. Коли жінка не може задовільнити «успішне» вагінальне проникнення під час першої спроби коїтусу, це називається первинним або довічним (постійним) вагінізмом. При вторинному або набутому вагінізмі жінка втрачає здатність до статевого акту після періоду нормального функціонування через характерні фізичні або психологічні фактори [94].

Такі дослідники, як Е.Франк, К.Андерсон та Д.Рубінштейн довели, що близько 76% жінок мають деякі типи сексуальної дисфункції, де приблизно від 5% до 42% жінок, за даними іншого дослідження, повідомили про проблему вагінізму [39;50;78;81].

II. Поведінково сексуальні вподобання: ексгібіціонізм, вуаєризм, фроттеризм, садизм-мазохізм. Необхідність об’єднати ці парафілії та девіації в одну категорію виникла через розуміння того, що кожне з порушень може мати як характер уподобань, так і характер поведінкових відхилень.

Ексгібіціонізм (ексгібіціоністський розлад) – це стан, що характеризується бажанням, фантазією або актом оголення своїх геніталій людям, особливо незнайомцям, без їхньої згоди. Цей стан вважається парафілічним розладом, який відноситься до постійних і інтенсивних нетипових моделей сексуального збудження з клінічно значущим стресом або порушенням. Поширеність даного порушення невідома, але вважається, що він вражає переважно представників чоловічої статі та рідше зустрічається серед жінок, хоча ця гіпотеза не була науково перевірена[35].

Варто розрізняти ексгібіціонізм, де має місце оголення своїх геніталій для сексуального збудження або бажання спостерігати за собою з боку інших людей під час сексуальної активності, та ексгібіціоністський розлад, який

передбачає дію за цими бажаннями чи фантазіями та страждання від них або нездатність функціонувати через них. Ще однією характерною особливістю даного порушення є те, що як і багато інших парафілій, люди можуть проявляти ексгібіціоністські потяги або брати участь в ексгібіціоністських діях епізодично чи час від часу, не маючи ексгібіціоністського розладу [62].

Вуаєризм розглядають як таку сексуальну поведінку людини , що включає досягнення сексуального збудження через спостереження за сексуальною діяльністю інших або через спостереження за тим, як інші роздягаються. Варто наголосити на тому, що вуаєризм вважається девіантною поведінкою тоді, коли спостереження перестає бути лише одним із факторів сексуального потягу та стає єдиним або основним джерелом задоволення [62;96].

Фроттеризм є одним із розладів, що належить до парафілічних розладів, перелічених у DSM – V [62]. Термін *frottage* походить від французького слова «*frotter»,* що означає «терти». Вважається, що Крафт-Еббінгом вперше було детально описано цю поведінку в книзі «Psychopathia Sexualis» у 1886 році, а термін frotteurism у 1960-х роках було введено К. Алленом.

Психоаналітики припускають, що люди з фроттеризмом можуть мати незадоволену потребу притискатись до жертви й обійматися, як немовля зі своєю матір'ю. Вони можуть фантазувати, що поділяють ексклюзивні та турботливі стосунки зі своєю жертвою без їх згоди на статевий акт. Згідно з припущень К.Фройнда та М.Сето ці люди можуть мати проблеми з тактильними взаємодіями, які іноді мають місце під час звичайних еротичних або сексуальних взаємодій [42]. Крім того, були проведені дослідження, які постулюють біологічний механізм, насамперед з моноаміновим шляхом, що призводить до аномальної сексуальної поведінки [61].

Садизм-мазохізм – раціональним є об'єднання цих двох парафілій в одну, оскільки дослідження останніх років підтверджують гіпотезу про взаємодоповнюючість садистських та мазохістських нахилів в одній людині, що доповнює теорію про те, що люди з відносно високими показниками

антисоціальних рис мають відносно високі показники мазохістського задоволення [49].

Джерелом використання та поширення цих понять є роботи Р.Крафт-Ебінга, який використовував терміни садизм і мазохізм , щоб описати дарування та отримання сексуального болю.

Говорячи про термінологію, слід вказати що від початку термін «мазохізм» було введено для позначення та опису безпосередньо сексуальної поведінки, проте наразі більшою мірою його застосовують для позначення несексуальних дій [84]. Інший термін, який створений обїєднанням даних понять – «садомазохізм» – розглядається як категорія широкої концепції БДСМ (Бондаж – Дисципліна; Домінування – Підкорення; Садизм – Мазохізм) і описує такі сексуальні переживання, «які включають фізичний, психологічний, емоційний біль або дискомфорт» [27]. Слід зазначити, що садомазохізму зазвичай передбачає обмін владою між учасниками за згодою Тобто партнери-учасники повідомляють один одному, що вони хочуть і чого не хочуть робити, і часто використовують безпечні слова про те, що діяльність повинна припинитися і саме тому не може розглядатись як поняття парафілій або сексуальних порушень [34].

Раніше в історії сексопатології, дослідники розглядали залученість до сексуального садизму та мазохізму як характерні ознаки патологічного розладу [61].

III. Чисті парафілії: некрофілія, зоофілія.

Некрофілія («nekros»-труп*;* «philia»-кохання) — це парафілія , за якої злочинець отримує сексуальне задоволення від коїтусу з мертвими. Вона також відома як некрофілізм, некролагнія, некрокоїтус, некрохлезис і танатофілія, вона може спостерігатися як сама по собі, так і в поєднанні з низкою інших парафілій, а саме з садизмом, канібалізмом, вампіризмом, некрофагією (вживання в їжу м’яса мертвих), некропедофілією (сексуальний потяг до трупів дітей) і некрозоофілією (сексуальний потяг до трупів або вбивства тварин) [33].

Дуже часто трупи, які використовуються в сексуальних цілях, не «свіжі», а викопані з могил у згнилому або муміфікованому стані. Некрофаги насправді харчуються трупами, що розкладаються, щоб отримати сексуальне задоволення і відрізняються від канібалів, які віддають перевагу свіжому м'ясу або споживають померлих близьких для духовних цілей. Існує широкий спектр некрофагів, від тих, хто просто хоче лизати геніталії чи груди мертвої людини, до людей, які просто хочуть поласувати певними частинами, до некрофілів, які з'їдають усе тіло.

Некрофілія в основному спостерігається у чоловіків. У некрофіла можливі нормальні статеві стосунки з живими істотами. DSM–V не присвоює жодного конкретного чи унікального коду некрофілії. Натомість, разом із кількома іншими незвичайними парафіліями, некрофілія згрупована під кодом «302.9» (парафілії, не визначені інакше). Класифікація психічних і поведінкових розладів, опублікована ВООЗ, дає некрофілії код F65.8» [46].

Зоофілічна поведінка, інакше кажучи зоофілія, може бути визначена як повторюване та інтенсивне сексуальне збудження за участю тварин, і, отже, включається в діагноз «інший уточнений парафілічний розлад», якщо вона пов'язана зі значним дистресом або порушенням соціальної, професійної чи іншої діяльності та присутня щонайменше шість місяців [46].

Діагноз зоофілії та інших парафілій не є вільним від суперечок, оскільки передбачає медикалізацію, патологізацію, а в деяких випадках і криміналізацію широкого спектру приватної сексуальної поведінки, яка не порушує права інших осіб і є найкращим відображенням людської неоднорідності та «нормальності» у всіх культурах [80;31].

Деякі автори вважають, що будь-який контакт із твариною з сексуальними намірами, навіть якщо він не спричиняє явного болю чи шкоди, має розглядатися як сексуальне насильство над твариною [25;79].

IV. Парафілії за віком: педофілія, ефобілія, геронтофілія.

Педофілія визначається як постійний сексуальний потяг до дітей у віці до статевого дозрівання. У новому DSM–V педофілія депатологізована

шляхом розрізнення сексуальних уподобань для дітей препубертатного віку та розладу у випадку додаткових факторів. Останні дослідження розглядають як фенотип сексуальних переваг у сфері людської сексуальності, включаючи різні фенотипи (наприклад, сексуальна орієнтація на ту саму стать), тільки вона стосується бажаного віку на додаток до статі. Це протікає окремо від поведінкових проявів, включаючи використання дитячої порнографії та вчинення сексуальних злочинів щодо дітей, але в той же час на додаток до них [43;44;23;24;76].

Хоча педофілія зазвичай розглядається як явище серед чоловіків [89], опитування жертв показують, що жінку-зловмисницю вказують від 14 до 24% чоловіків, які зазнали сексуального насильства, і від 6 до 14% жінок, які зазнали сексуального насильства [47]. Наразі немає достовірної оцінки педофілії серед жінок, і залишається відкритим питання, чи існує педофілія, згідно з поточним визначенням, взагалі серед жінок.

Ефеболія – є підвидовим розладом парафілії за віковою спрямованістю, де передбачено наявність статевого потягу до облич підліткового і юнацького віку. На формування цього потягу, так само як і педофілії, труднощі контакту з однолітками грають не останню роль, хоча вони виражені значно менше. Нерідко ефебофілія розвивається в осіб з статевими розладами, при цьому до сексуальних контактів з підлітками їх спонукують сексуальна недосвідченість юнаків і юнок, а також витікаюча звідси менша ймовірність отримати осуд своїх сексуальних дій . У літньому віці виникнення ефебофілії пов'язане з загасаючою сексуальністю і статевими розладами, тим самим перетворюючи контакти з підлітками служать на стимулятори [6].

Сексуальна поведінка при ефебофілії має деякі особливості: бесіди під видом статевої освіти, демонстрація порнографічних зображень чи фільмів, "випадкове" залишення на видному місці порнографічних рукописів і т.ін..

Прояви ефеболії в жінок сприймаються як ненав’язливі, непомітні і навіть з помітним характером почуття вдячності з боку підлітків. Жінки добровільно беруть на себе наставництво над підлітком при перших його

кроках у сексуальне життя. Найбільшу насолоду ефебофіли одержують від недосвідченості своїх підопічних, тому що навчання стимулює статеве збудження. Іноді ефебофілія приймає виражені патологічні риси.

У більш скрутному стані знаходяться чоловіки-ефебофіли, тому що дівчата менш легко вступають у статеві відносини, чим юнаки, і для досягнення мети потрібно більше часу. При гарній адаптації і дотриманні соціальних і морально-етичних норм ефебофільні тенденції реалізуються у виборі зовні інфантильних партнерів. При втраті з часом чи в результаті лікування ознак вираженого інфантилізму партнер утрачає сексуальну привабливість для ефебофіла [7].

Геронтофілія розглядається як ще один вид парафілії за віком, що використовується для позначення інтересу до людей похилого віку, і в судово-медичному контексті може бути включена в діагностичні слоти DSM–V «Інший уточнений» або «Неуточнений парафілічний розлад» [47].

На жаль дане порушення не розглядається детально вченими в жодній галузі життя. Поверхові згадки про геронтофілію можна знайти лише в певних підручниках та оглядових статтях, криміналістична та медична сфера не використовують дану назву для позначення випадків сексуальної прихольності та вчинення коїтусу з літніми особами без їх згоди.

Єдине, що можна припустити, це те, що кволі та хворобливі, мало чи взагалі не дієздатні представники похилого віку збуджують геронтофілів саме через такі аспекти: бажання мати «якісний» секс особисто для геронтофіла, особливо за умови наявних в нього сексуальних дисфункцій; активні не доброякісні садистичні прояви у його особистості; сексуально-травмовані особистості в минулому, які були засуджені партнерами, собою чи суспільством чи ті, які бажають отримати малотравматичний сексуальний досвід (сприймаючи літню людину з особливии потребами як тренувальну ляльку) і т. ін.

V. Парафілії за предметом: фетишизм, порноманія.

Фетишизм. Згідно з діагностично-статистичним посібником (DSM –V) фетиші визначаються як розлади тільки у тому випадку, коли вони завдають значної шкоди чи стражданнь людині.

Більшість осіб, які називають себе фетишистами, не підпадають під категорію клінічних порушень, спричинених фетишем. Саме тому виникає необхідність підкреслити, що сексуальні фантазії ширші за фетиші та включають сексуальне бажання певної поведінки, але можуть також включати фетиші [93].

Існує дві основні теорії, які пояснюють, чому і як у людей розвиваються фетиші. Однією з найпопулярніших є теорія «перетину сигналів», яка більшою мірою стосується саме фетишу як сексуалної фантазії. Друга теорія є більш наближеною до пояснення детермінант фетишизму як сексуального розладу. Ця теорія має назву «імпринтинг раннього дитинства» і являє собою гіпотезу, що досвід раннього дитинства відображається у фетишах, присутніх у дорослому віці. У рамках цього є дві запропоновані теорії: кондиціонування та теорія травми [52;93].

Модель кондиціонування теоретизує, що фетиші розвиваються, коли стимул поєднується з сексуальними думками чи поведінкою. Модель травми базується на ідеї, що корінням фетишів є або емоційно, або фізично травматичний досвід у дитинстві чи підлітковому віці. Це також включає в себе невирішені емоційні внутрішні чи зовнішні конфлікти дитинства або вирощування в сім'ях з сексуальними обмеженнями. Однак більшість експертів погоджуються, що моделі кондиціонування та травми не повністю враховують розвиток фетишів, тому що не у всіх розвиваються фетиші, а деякі стимули фетишизуються легше.

Згідно з DSM –V найпоширенішими фетишами є жіноча нижня білизна та взуття. Чоловік із парафілією може мастурбувати, потираючи або нюхаючи об’єкт фетишу, або він може вимагати, щоб його партнерка носила об’єкт або якимось чином взаємодіяла з ним під час сексуальної активності. Як правило,

об’єкт фетишу необхідний або бажаний для сексуального функціонування. Відсутність об’єкта може призвести до відсутності ерекції або еякуляції [52].

Наприклад, одяг є переважно найпоширенішим типом об’єкта фетишу. Людина може мати дуже специфічний одяг, який він або вона відчуває як фетиш, з особливим виглядом чи запахом, або це може бути загальна текстура одягу, яка є найважливішою. Такі фетиші одягу діляться на два типи: жорсткі (шкіра, гума) і м’які (пухнасті або оборки). Жорсткі фетиш-речі, як правило, тісні, стягуючі, блискучі та чорні речі, тоді як м’які фетиш-речі, як правило, складаються з нижньої білизни або хутра [93].

Порноманія — патологічне, надмірне захоплення порнографією. Більш-менш виражений інтерес до порнографії зазвичай не перешкоджає нормальному статевому життю, проте в тих випадках, коли розглядання порнографічних зображень або читання порнографічної літератури, що супроводжується мастурбацією, є єдиним засобом досягнення сексуального збудження й задоволення, слід говорити про істинну перверсію.

Порноманія близька до фетишизму та вуайєризму, проте чіткіше її можна схарактеризувати в конкретної людини, проаналізувавши об’єкт, із яким вона себе ідентифікує (глядачем, учасником сексуальних сцен).

Важливою ознакою порнографоманії є створення порнографічної продукції, яка диктується не матеріальною зацікавленістю, а прагненням особистості до вираження своїх сексуальних фантазій, до втілення їх в уявному світі. У цьому випадку порнографоманію можна вважати літературною чи зображальною формою ексгібіціонізму [3].

VI. Розлади гендерної ідентичності: транссексулізм, трансвестизм.

Одним із відхилень у психосексуальному розвитку є порушення статевої самосвідомості, відоме як транссексуалізм, який виникає внаслідок статевої диференціації головного мозку, тобто порушення його структур, які переважно є відповідальними за статеву поведінку і розташовані головним чином у гіпоталамусі. Цей розлад призводить до спотворення

самоідентичності, в результаті чого людина усвідомлює свою приналежність до протилежної статі.

Транссексуалізм в осіб біологічної чоловічої статі супроводжується відставанням у фізичному розвитку й досить часто — затримкою психічного розвитку [6]. Чоловіки з вираженою яскравою (насиченою) транссексуальністю практично не піддаються впливу мікросоціального середовища та не здатні адаптуватися без зміни статі. У той же час менш виражені, зовні компенсовані форми патології, які є результатом доволі незначного порушення статевої диференціації мозку в пренатальному онтогенезі, є соціально адаптованими, попри те, що в них зберігається відчуття належності до протилежної статі.

Перші ознаки порушення статевої самосвідомості з'являються у віці від трьох до п'яти років, коли на перший план виступають зумовлені віком зміни поведінки. У дошкільному віці діти під впливом їх виховання, спостереження та порівняння власного одягу з вбранням однолітків, їх зовнішнім виглядом та статевими органами, усвідомлюють себе хлопчиками або дівчатками відповідно до власної біологічної та соціальної статі. Водночас вони несвідомо проявляють себе як представники біологічно протилежної статі, цікавлячись характерними для них видами занять та розваг, потягів. Їм подобається одяг представників іншої статі, вони прагнуть отримати дозвіл на його носіння, а також мають бажання мати власне фемінно забарвлене (у випадку хлопчиків) або маскулінно забарвлене (у дівчат) ім'я, прагнучи при цьому мати дружні та емоційні контакту з дітьми іншої біологічної статі , не маючи при цьому такого ж бажання по відношенню до представників власної [7].

Бажання бути приналежним до іншої статі посилюється в період пубертату. Підліток боляче переносить розвиток вторинних статевих ознак, відчуваючи відразу до них. З'являються такі компульсії, як перебинтовування грудей або закріплення статевого члену до промежини з метою приховати видимі характерні фізіологічні прояви зовнішності статі, до якої індивід не має бажання належати; вищипування волосся на обличчі чи поява «чоловічої»

зачіски. У цей період з’являється почуття закоханості в осіб своєї біологічної статі й пов’язані з цим переживання, еротичні мрії, фантазії [4].

Реакція дорослих на подібну поведінку підлітків часто виражається в директивах і заборонах. У старшому шкільному віці й у перші роки після закінчення школи (в період пізнього пубертату) весь стиль поведінки юнаків піддається фемінізації, а у дівчат – маскулінізації. Наприклад, біологічні хлопці стають жіночними, кокетливими, рухи їхні підкреслено плавні, одяг інтерсексуальний.

Повністю сформованим транссексуалізм вважається приблизно в 20 років транссексуалізм. Наприклад, чоловіки постійно носять жіночий одяг, їх моторика, голос, інтонації, весь зовнішній вигляд набувають жіночого характеру. Завершується розвиток статевої самосвідомості, яка тепер уже повністю віддзеркалює риси протилежної статі — сексуальний потяг, фемінінна чи маскулінна роль у громадському й особистому житті; упорядковується сексуальне життя. На цьому етапі у транссексуала вже є спеціальність, сексуальний партнер і коло близьких друзів, які співчувають або допомагають йому у їхньому розв’язанні [10].

Трансвестизм — отримання сексуального збудження від перевдягання в одяг протилежної статі з метою отримати сексуальне збудження, а не з прагненням перевтілитись в іншу стать. Часто такі перевдягання відбуваються на самоті, й мастурбують або здійснюють статевий акт у такому вигляді. У інших збудження настає від одягання конкретного предмета жіночої чи чоловічої білизни, наприклад, бюстгальтера чи боксерів.

Розвиток трансвестизму часто відбувається за умовно-рефлекторними механізмами, що є також характерним і для інших перверсій. Підкріплення у формі збудження чи оргазму може супроводжувати перевдягання на ранній стадії розвитку сексуальних інтересів. Яскравим прикладом є чоловіки-трансвестити. Часто буває так, що у підлітковому віці вони перевдягаються в дівчаток з різних причин; інколи батьки перевдягають хлопчика в одяг дівчинки, тому що вважають це гпривабливим чи кумедним, або тому, що вони

хотіли б мати дівчинку, а не хлопчика; в деяких випадках перевдягання в дівчинку батьки використовують як покарання, що має на меті через приниження донести правильність їх власних правил та ідей. Ці принципи працюють також і в бік дівчат і створюють власне нахили до трансвестизму в дорослому віці.

Підводячи підсумки вищенаписаного в даному підрозділі, варто відмітити, що існують також інші сексуальні дисфункції поза межами статевого акту. Їх прийнято називати парафілії, девіацій та власне дисфункції. Серед найбільш поширених слід назвати вагінізм, диспареунію (больові відчуття), зоофілію, педофілію, фетишизм та розлад статевої ідентичності. Вони найчастіше спричинині невирішеним тарвматичним досвідом (невдалий перший коїтус), надмірною фіксацією на сексуальних конфліктах у парі, дитячими травмами [6].

1.4. Психологічні детермінанти сексуальних дисфункцій

Життя кожної людини є унікальним за своєю природою. На характер його перебігу та насиченість перш за все впливають соціальні та психологічні чинники, адже людина є частиною соціуму, який має власну культуру, переконання, цінності тощо і для взаємодії з яким люди наділені конкретними психологічними механізмами, які детермінують ту чи іншу реакцію будь-якого характеру на певну критичну ситуацію. Варто підкреслити, що сім’я (або люди, які виконують цю роль) є особливою частиною соціальної ланки життя, оскільки вони є першими та найважливішими. Члени родини закладають в нас культурні і сімейні цінності, розвивають механізми психологічного реагування та захисту, а також часто (свідомо чи ні) травмують нас [11].

З цього можна зрозуміти, що в житті індивіди стикаємось із проблемами в соціумі, які так чи інакше провокують виникнення психологічних детермінант появи порушень в будь-якій (чи одразу в декількох) сфері нашого життя. Сексуальна активність є однією з основних таких сфер, де наявні

психологічні проблеми, явища чи механізми стають підґрунтям для виникнення конкретних сексуальних розладів та відхилень. Наприклад у сім’ях, де тема сексу була табуйована чи навіть засуджена, діти виростають з тривогою та нерозумінням рамок норми сексуального акту, що згодом переростає у такі проблеми, як фригідність, сексуальний інтерес до тварин (зоофілія) чи інших нетипових переваг, відсутність ерекції і т.ін., про що піде мова в даному пункті.

Часто статеві дисфункції, виникнення яких було спровоковано психологічними механізмами розглядають під назвою «психогенні сексуальні дисфункції». При цьому важливим є також той факт, що дані порушення не пов'язані з органічною патологією. Вони є результатом системи ряду несприятливих психологічних чинників, спроможних призводити до тих чи інших порушень сексуальних реакцій та механізмів у чоловіків і жінок. До таких чинників відносять різні групи факторів, які можна класифікувати за такими підкатегоріями: ситуаційні чинники, травмуючі переживання, партнерські проблеми та психологічні особливості [14].

Ситуаційні фактори. До даної підкатегорії відносять неможливість усамітнення та пов’язаний страх бути «застуканими» кимось. Актуальною цей чинник є у тих пар, що проживають з батьками, друзями чи дітьми; під час сексуальних експериментів (коїтус у купе потяга, кабінці ліфту чи під час «особливого» пікніку). Іншими ситуаційними факторами є страх перед небажаною вагітністю чи зараженням венеричним захворюванням, надмірна тривога щодо того, що про даний статевий зв’язок буде розголошено (часто такий страх мають підлітки або прихильники позашлюбних контактів), втома (фізична чи психічна) та стрес, які впливають на зниження бажання чи здатність до нормальної ерекції тощо.

Доведено, що в тих сім’ях, де дошлюбні стосунки табуювались і викликали надмірну тривожність та контроль з боку батьків, зростає ризик виникнення сексуальних дисфункцій (особливо вагінізму та диспареунії), що

зрозуміло негативно впливає на сексуальне життя подружжя і часто є серйозною загрозою для сімейних основ [37].

Травмуючі переживання. Мастерс і Джонсон з’ясували за допомогою власних досліджень, що відсутність бажання є однією з найбільш частих скарг серед одружених пар, причому це певною мірою є більш характерним для жіночої статі, ніж для чоловічої: 35% жінок і 15% чоловіків висловлювали скарги на відсутність бажання сексуальної активності [72]. Ця підкатегорія включає в себе травматичні неприємні спогади про попередні сексуальні невдачі (швидка еякуляція через перезбудження, не приємний осад після сексуального експерименту і т.ін.); побоювання щодо власної сексуальної неповноцінності і страх бути відкинутим, якщо не вдасться «догодити» партнерові; страх, що ерекція не настане чи буде недостатньою; страх передчасної еякуляції у чоловіків або занепокоєння у зв'язку з можливістю не отримати оргазму у жінок.

Такі фактори, як наприклад, негативні уявлення про секс (перший статевий контакт – це завжди боляче; якщо жінка цнотлива, то в неї обов'язково має бути кров і т.ін.), культурні фактори (дошлюбні зв'язки – гріх, табу; секс у шлюбі – необхідність, а не задоволення), страх перед можливим відчуттям болю, травмою, кровотечею, страх втратити контроль і панічної атаки, закладають фундамент для розвитку майбутньої сексуальної дисфункції (перш за все такого розладу як вагінізм у жінок). Також часто сильні релігійні переконання власні або батьків та відчуття провини за бажання або безпосередню участь у статевому акту сприяють цьому розладу [19;36].

Теоретики психодинамічного напрямку стверджують, що з сексуальними розладами часто пов'язані спогади про дитячі травми. В одному дослідженні спогади про нещасливе дитинство або про втрату одного з батьків співвідносилися з відсутністю оргазму в зрілому віці. В іншій науковій роботі вказується, що приємні дитячі спогади, наприклад про гарні взаємини з матір'ю, прихильність між батьками, позитивна особистість матері і

вираження її позитивних емоцій тісно взаємопов'язані з настанням оргазму [50].

Як одна з важливих психологічних детерермінант виникнення сексуальних дисфункцій у особистості часто виступає травма, отримана після сексуального нападу чи акту зґвалтування. Найпоширенішою реакцією психіки людини є формування сексуальної відрази (огиди), яка може зберігатись у жертви протягом певного терміну (місяці, роки, десятиліття) [73]. Під час коїтусу, жертва зґвалтування часто раптово згадує про напад на неї у виглядів чи відчуттів, чи яскравих уявлень - спогадів чи звуків, що призводить до екстремального прояву дисфункцій. Так, наприклад, в жертви може виникнути вагінізм, диспаренурія, зниження сексуального потягу і повна відмова від сексуального акту.

Партнерські проблеми. Порушення міжособистісних відносин, які виражаються через часті конфлікти в парі; надання великого значення негативним емоціям, що носять наростаючий характер; взаємна чи надмірна недовіра у одного з партнерів або «холодність» з боку одного партнера чи обох; неадекватна поведінка (невиправдана агресія наприклад) і небажання близькості без причини; відмінності в сексуальних уподобаннях і дисгармонійність сексуальної взаємодії партнерів, що часто є наслідками невміння та не бажання обговорювати сексуальні інтереси та потреби (і т.ін.) безпосередньо зі своїм партнером.

Х. Каплан у своїх роботах звертається до висвітлення питання порушень пари, що носять міжособистісний і сексуальний характер відносин. Авторка фокусує увагу на особливостях дисфункцій сексуальної взаємодії в подружніх парах і приходить до розуміння того, що симптоми психосексуальних порушень є результатом деструктивних ментальних і емоційних процесів і проявів психологічного захисту особистості [55].

Багато сексуальних проблем подружніх пар викликані браком знань і досвіду, сексуальними неправильними уявленнями та нездатністю подружжя виразити свої сексуальні інтереси та пріоритети [99]. К. Еллісон заявив, що

така девіація, як вагінізм насамперед пов’язана із відсутністю сексуальних знань і наявністю почуття провини щодо сексу, що призводить до страху перед коїтусом [32].

Психологічні особливості людини. Тривожно-недовірливі риси характеру, знижена самооцінка, схильність до свідомого самоконтролю під час статевого акту; недосяжна в реальності установка на максимальне задоволення від кожного сексуального контакту; помилкові переконання щодо статевого життя (у зв'язку з неправильним вихованням або власним (часто негативним) досвідом інтимних контактів); неусвідомлене відчуття ворожості до протилежної статі і почуття провини у зв'язку з сексуальним задоволенням, глибинний страх близькості і любовних відносин й інші психологічні особливості яскраво демонструють цей підкатегорію.

Як правило, у розвитку функціонально-психогенних порушень сексуальної сфери в осіб обох статей відіграють роль часто відразу декілька з вищезазначених причин. Так, наприклад, синдром тривожного очікування сексуальної невдачі формується у чоловіка після однієї або декількох ситуаційно обумовлених невдалих спроб статевого акту. Цьому часто сприяють нерішучість, страх знову потерпіти фіаско, проблеми у стосунках між партнерами. Нерідко жінки коментують сексуальнії дії партнера в глузливо-іронічній формі, саме тому є зрозумілим, що кожна наступна близькість починає викликати у чоловіка сильне занепокоєння, яке за рахунок викиду в кров адреналіну перешкоджає генітальному кровотоку піднятись до рівня, необхідного для виникнення стійкої ерекції. Кожен новий зрив і фіксація на невдалих спробах посилюють свідомий контроль за власними діями та самим статевим процесом, тим самим призводячи до того, що статеві зносини втрачають властиву їм спонтанність, чуттєвість та відчуття задоволення, перетворюючись на «іспит» [6].

Тривожне очікування сексуальної невдачі спостерігається в жінок з аноргазмією, диспареунією, вагінізмом. Характер невдачі змінений і проявляється у страху відсутності оргазму, наявності болі при зносинах і

схожих очікуваннях від близькості негативних наслідків, що призводить до пошуку різних (навіть абсурдних) шляхів для уникнення коїтусі.

Український вчений Г. Кочарян, досліджуючи різні аспекти порушень сексуальної взаємодії сміж партнерами, описує особливості формування синдрому тривожного очікування невдачі у чоловіків, виділяє класифікацію патернів поведінки хворих з сексуальними розладами, описує проблему психічної саморегуляції сексуальних функцій у чоловіків з сексуальними порушеннями, характеризує патогенні детермінанти мастурбації і специфіку їх патогенного впливу, а також проводить аналіз проблем еякуляції і формує розуміння про різні моделі виникнення сексуальних розладів у хворих з хронічним простатитом [10].

За аноргазмії частіше присутнє посилення свідомого контролю за коїтусом, яке поєднується зі спробами довільно прискорити наближення оргастичної розрядки. При чому, в одних кейсах це обумовлюється тривожністю направленою на повну втрату контролю над собою, а також виглядати безглуздо в момент оргазму (таке трапляється й у представників чоловічої статі); в інших – почуття провини і сорому за насолоду від сексу (часто таке відчувають жінки, що зростали в релігійних родинах), також є кейси, де жінка відчуває дуже сильний страх перед можливою вагітністю і т.п. Однак, через те, що сексуальний процес за своєю природою є невимушеним та необхідним заняттям, яке потребує розслаблення, різного роду втручання лише загальмовують чи взагалі унеможливлюють настання оргазму, даючи при цьому імпульс про відчуття фригідності у жінки і призводячи лише до розчарування у статевому контакті, собі та партнері.

Жінкам, у яких діагностовано вагінізм, властиві тривожність пов'язана, зі втратою контролю, негативний образ тіла, катастрофічний біль і переконання в тому, що їх геніталії несумісні з геніталіями партнера під час вагінального проникнення, а також було відсліддковано, що такі жінки мають брак сексологічних знань [60]. Отже, виникає логічний висновок: чим менше негативного пізнання болю і чим більше позитивного пізнання вагінального

проникнення в партнерки, тим краще буде сексуальне задоволення та функція пари і менше ризик виникнення та діагностування такої сексуальної дисфункції як вагінізм [95].

Популярна тенденція у чоловіків, яка концентрується на сприйнятті жіночого оргазму як особистої перемоги також несе негативний вплив на сексуальне здоров'я. В тих ситуаціях, коли жінка не досягає оргазму, партнер часом вибирає такий шлях реагування, як докори, змушуючи її відчувати тривогу перед початком коїтусу і провокуючи до вигадування та маніпуляцій з боку партнерки, до яких вона вдається задля уникнення коїтусу як джерела своїх невдач .

Підтверджено вченими також і таку закономірність: пацієнти-чоловіки, які сприймають статевий акт як виклик або ж як відповідальне завдання, з яким вони повинні впоратися, намагаються часом надмірно демонструвати свою чоловічу силу; в той же час, пацієнтки-жінки, які хочуть доказати собі, що вони не фригідні і можуть відчувати оргазм демонструють досить домінантну поведінку, що в свою чергу говорить про те, що сексуальні контакти за наведених вище умов-особливостей сприйняття близькості партнерами мають «імперативний характер» і у разі незадоволення, провалу власних переконань та власного викривленого сприйняття, можуть переростати у сексуальні розлади та дисфункції [40].

В. Франкл як представник екзистенціального напрямку психології, стверджує, що сексуальне лібідо нагнітається тільки за умов екзистенціального вакууму. Тобто, на його думку гіпертрофоване лібідо може виступати в якості причини сексуальних розладів. Також автором висувається ідея існування такого правила*:* «ступінь ризику розвитку сексуальних розладів прямо пропорційна ступеню зосередження людини на своїх сексуальних відчуттях» [40].

З.Фрейд описував один вид еректильної дисфункції як результат нездатності примиритися з почуттям прихильності або бажання до однієї і тієї

ж жінки. Такі чоловіки можуть здійснювати статевий акт тільки з жінкою, яка перебуває, як вони вважають, у приниженому положенні. Іншими факторами, які можуть призводити до «імпотенції», є каральне суперего, нездатність вірити, почуття, що партнер не відповідає його бажанням або що він не бажані для партнера [41].

Отже, найбільш поширеними психологічними детермінантами сексуальних дисфункцій виступають такі групи факторів: ситуаційні (страх бути поміченими), травмуючі переживання (зґвалтування, сильні стресистреси, табуювання дошлюбних сексуальних стосунків значимими дорослими), проблеми в міжособистісних стосунках пари (конфлікти, утиски, висміювання явних сексуальних проблем), психологічні особливості індивідів (занижена самооцінка, тривожне очікування сексуальної невдачі).

Висновки до першого розділу

Проблема вивчення сексуальних дисфункцій в нашій країні лише набуває розвитку, а до цього вона переважно розглядалась та досліджувалась вченими зі Сполучених Штатів Америки. Тема сексуальних дисфункцій підіймалась у різних напрямках психології, де її розглядали та тлумачили відповідно до основних поглядів та тенденцій напрямку. Проте основні аспекти з вже наявних досліджень дають змогу зрозуміти важливість її вивченя: вдалий для обох партнерів статевий акт є запорукою успішного виконання репродуктивної функції, а також отримання розслаблення, задоволення та реалізації статевого компоненту життя партнерів.

Хоча переважна більшість досліджень здійснювались на основі аналізу особливостей сексуального життя та здоров’я гетеросексуальних пар, певні висновки є актуальними і для гомосексуальних партнерських стосунків.

Оскільки вчені-сексологи та сексопатологи виділяють чотири фази статевого акту, сексуальні дисфункції ними розглядаються як таке явище, що може бути викликане різними чинниками під час будь-якої з них та поза ними.

Як найбілш поширені дисфункції під час фази потягу розглядаються такі: знижений статевий потяг, сексуальна огида (відраза); під час фази збудження: розлади, пов’язані з сексуальним збудженням у жінок, порушення чоловічої ерекції; у фазі оргазму виникають в першу чергу передчасна еякуляція, чоловіча оргазмічна дисфункція, розлад жіночого оргазму. Остання – фаза розслаблення, де можуть виникати такі порушення, як посткоїтальна депресія чи посткоїтальний головний біль. Хоча деякі вчені наголошують на тому, що порушення, що спричинені проблеами даної фази , не можуть розглядатись як дійсні сексуальні дисфункції.

Стосовно дисфункцій, що виникають поза межами статевого акту, але проявляються під час процесу зближення, то їх прийнято розділяти на парафілії, девіації та власне дисфункції. Найбільш поширеними з них є вагінізм, диспареунія (больові відчуття у тазово-вагіналній зоні), некрофілія, зоофілія, педофілія, фетишизм, розлад статевої ідентичності та інші суміжні відхилення віднорми.

До найактуальніших психологічних детермінант прийнято виділяти такі групи факторів, як: ситуативні фактори (страх бути поміченими); травмуючі переживання (зґвалтування, сильні стреси, табуювання дошлюбних сексуальних стосунків); проблеми в міжособистісних стосунках пари (конфлікти, висміювання явних сексуальних проблем); психологічні особливості індивідів (занижена самооцінка, тривожне очікування сексуальної невдачі). Усі ці особливості, популятивність та багатогранність детермінованості сексуальних відхилень створює проблему точного та правильного аналізу та діагностування сексуальних порушень у людини.

РОЗДІЛ 2
РЕЗУЛЬТАТИ ЕКСПЕРЕМЕНТАЛЬНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ МЕХАНІЗМІВ Й ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСОБИСТОСТІ, ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА ВИНИКНЕННЯ СЕКСУАЛЬНОЇ ДИСФУНКЦІЇ

2.1. Організація та методи дослідження проблеми схильності до виникнення та розвику сексуальних дисфункцій

Експериментальне дослідження вивчення психологічних детермінант виникнення, розвитку та подальшого прогресуючого протікання сексуальних дисфункцій ускладняється насамперед тим, що сексуальні розлади є особливим видом паталогії, резонанс яких охоплює всю особистість «хворого» з його фізіологічними, психологічними і соціальними особливостями, що формують складну систему взаємних зв'язків. А отже, за умов наявності в клієнта проблем у статевому житті виникає необхідність звертатись також до медичного боку проблеми шляхом звернення до сексопатолога, андролога чи шляхом постановки питання про наявність актуального медичного обстеження.

Важливо відмітити, що медичне діагностування та лікування сексуальних розладів є безумовно дуже важливим терапевтичним заходом, проте лише для окремих їх видів. Хоча, важливо підкреслити, що для лікування деяких поширених сексуальних дисфункцій (таких, як відсутність інтересу до сексу, занепокоєння щодо сексуальної активності, оргастичні порушення тощо), медичний терапевтичний процес не може виступати лише як єдиний компонент лікування, оскільки за таких умов унеможливлюється отримання повної картини щодо сексуального розладу.

Важливість діагностики сексуальних дисфункцій на будь-якому етапі їх розвитку в індивіда (схильність/зародження, розвиток/ прогресуюча стала проблема) з метою подальшої корекції виявлених в ході терапевтичного

процесу психологічних механізмів впливу обумовлюється тим, що сексуальні дисфункції прогресують. Х. Каплан у своїй книзі наголошує на тому, що результат терапії залежить від трьох факторів: характеру розладу, внутрішньої структури, глибини психопаталогії та якості шлюбних взаємозв'язків. Саме це дозволило їй запропонувати модель сексуального реагування, яка включає три стадії – бажання, збудження і оргазм. Оскільки сексуальні проблеми часто трапляються на певній стадії, є цілком логічно припускати, що труднощі на одній з цих стадій, унеможливлюють нормальне функціонування на двох інших, проте людина, яка має труднощі на одній з цих стадій, може все ж нормально функціонувати в двох інших [56].

Х. Каплан у своїй роботі також підкреслює велике значення тривоги, самооцінки, а також міжособистісних відносин на розвиток сексуальних дисфункцій. Так, вона зазначає, що у багатьох пар дуже сильно напружені стосункию або партнери (вона розглядає подружжя) амбівалентні у стосунках один до одного [55;56].

Не дивлячись на те, що існують випадки коли особа під час консультативної бесіди повідомляє про наявні порушення у сексуальній сфері (відсутність потягу, дискомфорт під час коїтусу і т. ін.) , психологами рекомендовано проводити терапію одразу з двома партнерами. Вчені підкреслюють, що це є необхідним в першу чергу за умови консультування члена подружньою пари чи пари, що проживає у т.з. громадянському шлюбі, оскільки, по-перше, статевий акт – процес, у якому беруть участь (нормотипово) дві особи, по-друге, біологічна здатність підлаштовуватись під «ритм та тіло» постійного статевого партнера теж має тут місце. Звісно, у випадках проблем з мастурбацією і отриманням задоволення «на самоті», має місце індивідуальна терапія, але можуть бути випадки коли це використовується як лікувальний процес у терапії пари з сексуальними розладами.

В ході даного дослідження психологічних механізмів та структури поведінки особистості схильної до виникнення та розвитку сексуальних

дисфункцій, а також розгляду ефективності терапевтичного консультаційного процесу психологом, була розроблена емпірична програма, яка складається з декількох етапів:

1) Підбір психодіагностичного інструментарію.

Психодіагностичний комплекс методик склали: методика дослідження самооцінки особистості С. Будассі, методика оцінки рівня тривожності Ч. Спілбергера - Ю. Ханіна (STAI) та опитувальник установок до сексу Г. Айзенка.

Методика дослідження самооцінки особистості С. Будассі дозволяє проводити кількісне дослідження самооцінки особистості шляхом ранжирування. Ця методика дає розуміння діагносту про характеристику та наявність зв`язку між уявленнями людини про якості свого ідеалу і про її реальні якості.

У запропонованій методиці дослідження самооцінки її рівень і адекватність визначаються як відношення між Я – ідеальним і Я – реальним, зіставлення яких грає важливу роль у процесі формування самооцінки. Уявлення людини про самого себе, як правило, здаються йому переконливими незалежно від того, чи базуються вони на об`єктивному знанні або на суб`єктивній думці, чи є вони істинними або помилковими. Часто, якості, які людина приписує собі адекватні.

Однак, варто підкреслити, самооцінка завжди суб’єктивна, незалежно від того, чи базується вона на судженні людини про себе чи на інтерпретації суджень інших, особистих ідеалів чи стандартів, встановлених культурою.

Рівень самооцінки виражає ступінь висловлення своїх істинних, ідеальних або бажаних думок. Адекватну самооцінку (з тенденцією до переоцінення) можна прирівняти до позитивного ставлення до себе, самоповаги, самоприйняття та почуття самоінтеграції. І навпаки, низька самооцінка (з тенденцією до недооцінення) може бути пов’язана з негативним ставленням до себе, неприйняттям себе, почуттям неповноцінності.

Ставлення людини до себе та самооцінка тісно пов`язані з рівнем домагань, мотивацією та емоційними особливостями індивіда Інтерпретація набутого досвіду та своїх очікувань щодо себе та інших залежить від рівня та характеру власної оцінки.

Важливість діагностики оцінки особистістю самої себе, своїх якостей та місця серед інших людей в цій роботі обумовлюється тим, що її прояв грає роль у характері процесу міжособистісних стосунків і в якості сексуальних партнерських зв’язків. Тому що, наприклад, для партнерів із заниженою самооцінкою характерні такі якості, як нерішучість, замкнутість, заперечення власної сексуальності, які, в свою чергу, є психологічними детермінантами виникнення та розвитку сексуальних дисфункцій.

Шкала тривоги Ч. Спілбергера (State-Trait Anxiety Inventory, STAI) – інформативний метод поточного рівня тривожності (реактивної тривожністі як стану) та особистісної тривожності (як стійкої характеристики людини). Більшість відомих методів оцінки рівня тривожності дозволяють оцінювати лише особистісну тривогу, або поточні тривожні стани, або більш конкретні (специфічні) реакції. Єдиним методом, який розрізняє тривожність як особистісну ознаку і як стан, є методика, запропонована Ч. Спілбергом, яка була адаптована Ю. Ханіним, звідси й назва: «шкала тривоги Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна». Вимірювання тривожності як властивості особистості є важливим, оскільки ця властивість значною мірою визначає чому обумовлює поведінку людини. Певний ступінь тривожності – є природною і обов'язковою особливістю активної діяльнісної особистості. У людини є свій оптимальний (або бажаний) рівень тривожності - корисна тривожність.

Перша шкала (ситуативна тривожність) оцінює поточний стан тривоги респондента, використовуючи суб'єктивні відчуття страху, напруження, нервозності, неспокою та збудження вегетативної нервової системи. Стан ситуативної тривожності виникає як емоційна реакція на стресову ситуацію і може бути різним за інтенсивністю та динамічністю в часі.

Друга шкала (особиста тривожність) оцінює відносно стабільні аспекти особистості, схильність до занепокоєння, відчуття спокою та безпеки. Вчені визначають особистісну тривожність як стійку особистісну характеристику, яка відображає схильність суб'єкта до тривоги, при цьому передбачаючи тенденції до сприйняття широкого спектру ситуацій як загрозливих, реагуючи на кожну з них певним чином. Індивід, який має високий рівень особистісної тривожності, сприймаючи певні стимули, розцінює їх як небезпечні. Дуже висока особистісна тривожність, в свою чергу, прямо корелює з емоційними і невротичними зривами, а також психосоматичними захворюваннями, які можуть проявлятись у вигляді сексуальних дисфункцій (диспареунія, вагінізм).

За умов роботи з індивідами, у яких було діагностовано низьку особистісну тривожність і схильність чи наявність порушень сексуального реагування та/або діяльності, перед психологом постає завдання підкреслити мотиваційні компоненти діяльності, пробудити зацікавленість життям як в цілому, так і життям пари, особливо сексуальним його компонентом.

Особистісний опитувальник установок до сексу Г.Айзенка (Eysenk Anventory of difitudes to Sex, EIAS) – методика, що була розроблена на основі концепції особистості вченого і орієнтована на дослідження ставлення до сексу, прогнозування стану задоволеності шлюбом, виявленні відхилень у сексуальній поведінці, діагностику фемінності-маскулінності.

Опитувальник має повну та скорочену форми. Повна версія включає в себе 159 питань, скорочена – 96. Формулювання питань переважно є однаковими як для чоловіків, так і для жінок, проте деякі питання мають два формулювання, передбачених для кожної статі та вимагають відповіді «так» («вірно», «згоден (-на)») / «ні» («невірно», «не згоден (-на)»); також передбачена можливість невизначеної відповіді; питання №157 передбачає «відкриту» відповідь, №158 та №159 – мають десятибальну рейтингову шкалу оцінювання.

У ході факторного аналізу результатів було виділено такі узагальнених факторів (шкал):

1. Дозволеність. Високий бал за цією шкалою означає, що людина має адекватні, сучасні погляди на статеве життя та сексуальність. Низький бал виявляє людину консервативну, нетерпиму до так званої аморальності.

2. Реалізованість. Ця шкала показує рівень задоволеності людини своїм сексуальним життям.

3. Сексуальна невротичність. У цій шкалі «невротичність» розглядається як вказівка на деяку розбалансованість, або функціональні зрушення, у поведінці людини. Індивіди, які показали за діагностики високі результати за цією шкалою, зазвичай мають проблеми в статевому житті: їм складно контролювати свої імпульси, вони надмірно переживають за свої дії, мають високу тривожність щодо ситуацій, які пов’язані з сексом, яка зростає, породжуючи нові сексуальні проблеми чи поглиблюючи їх.

4. Знеособлений секс.

5. Порнографія. У цю категорію, окрім ставлення до матеріалів порнографічного вмісту, також відносять і схильність до вуаєризму

6. Сексуальна сором'язливість.

7. Цнотливість.

8. Огида до сексу. Ця шкала також є важливим діагностичним аспектом у процесі консультування індивіда з сексуальними порушеннями. Варто звертати увагу на тих людей, що отримали високі показники за даною шкалою, оскільки вони часто змушують себе займатись сексом чи певними його видами лише через прагнення задовільнити свого партнера, відчуваючи при цьому сильну огиду.

9. Сексуальна збудливість.

10. Фізичний секс. Бути найкращими у ліжку зі своїм партнером та його фізичні якості індивіди з високим показником цієї шкали вважають більш пріоритетними, ніж інші, духовніші якості, яким віддають перевагу люди, які набирають низькі бали за цією шкалою.

11. Агресивний секс. Ця шкала звертає увагу на ворожість у сексуальних стосунках, бажання придушити або, в окремих випадках, принизити партнера. Хоча для багатьох пар така поведінка є прийнятою, вони заохочують її (БДСМ – практики).

Окрім вищезазначених одинадцяти основних шкал також було виділено такі: сексуальний потяг (лібідо) і сексуальна задоволеність, шкала «маскулінності – фемінінності».

2) На другому етапі емпіричної програми здійснювався підбір експериментальної бази. Вибірку дослідження склали 16 пар, які проживають у м. Миколаїв (Україна) та м. Дюссельдорф (Німеччина) та виявили бажання взяти участь у експерименті: 16 осіб жіночої статі віком від 20 до 35 років та 16 чоловіків віком від 20 років до 40 років. Розподіл даної вибірки на експериментальну (8 пар) та контрольну (8 пар) групи. Дослідження відбувалось у онлайн форматі через нинішню ситуацію в Україні.

3) Третій етап емпіричної програми передбачав проведення психодіагностичного зрізу за допомогою вищезазначених методик.

4) На четвертому етапі здійснювалась розробка та апробація корекційної програми щодо зменшення впливу тривожності, низької самооцінки та сексуальних установок на вже наявні та прогресуючі сексуальні дисфункції; зменшення ризику їх виникнення.

5) На п’ятому етапі проводилось узагальнення та порівняння результатів контрольної та експериментальної груп, формулювання висновків.

2.2. Якісні та кількісні характеристики діагностичного зрізу

Для дослідження наявності сексуальних дисфункцій, а також психологічних детермінант їх виникнення у респондентів були обрані наступні психодіагностичні методики: методика дослідження самооцінки особистості С. Будассі, методика оцінки рівня тривожності Спілбергера-Ханіна (STAI) та опитувальник установок до сексу Г. Айзенка.

Психологічна база досліджування склала 32 особи (16 пар), що мають тривалі сексуальні стосунки. Відповідно до цього, досліджувані склали дві групи вибіркової сукупності: контрольна досліджувана група – 16 осіб (8 пар) та експериментальна група – 16 осіб (8 пар). Вік обстежуваних – від 20 до 40 років, де переважна більшість (приблизно 95%) є особами віком від 20 до 25 років. Специфікою дослідження було відібрання пар з урахуванням тривалості їх сексуальних стосунків не менше, ніж один рік. Військовий стан в Україні зумовив іншу специфіку ходу дослідження: воно проводилось в онлайн форматі з індивідами, що проживають на території України (м. Миколаїв) та Німеччини (м. Дюссельдорф).

Аналіз результатів відбувався у такому ж порядку, як подавались діагностичні методики (та опитувальник) респондентам: спочатку запропонована методика дослідження самооцінки особистості С. Будассі, як відносно віддалена від предмету дослідження, але важлива для діагностування певних компонентів сексуальних дисфункцій, яка може проявлятись у вигляді таких рис особистості як завищені очікування від себе та партнера, нерішучість, надмірна скутість та замкненість тощо; наступним кроком було проходження методики Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна, як діагностика проміжного стану, який впливає на показники попереднього та наступного тесту; останнім був запропонований опитувальник установок до сексу Г. Айзенка, який безпосередньо пов’язаний з дослідженням наявності чи відсутності порушень у сексуальному житті респондента у різних його аспектах.

Обробка результатів першої методики, яка визначала рівень самооцінки, показала результати, що представлені у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

Результати дослідження експериментальної та контрольної груп за методикою дослідження самооцінки особистості С. Будассі

Експериментальна група			*Контрольна група*		
№	**R**	**Визначення**	**№**	**R**	**Визначення**
1	0,86	Висока; неадекватна.	17	- 0,32	Низька; адекватна
2	0,52	Середня; адекватна.	18	0,17	Середня; адекватна.
3	0,58	Висока; адекватна.	19	- 0,04	Низька; адекватна
4	0,60	Висока; адекватна.	20	0,84	Висока; адекватна.
5	0,52	Середня; адекватна.	21	0,52	Середня; адекватна.
6	0,93	Висока; неадекватна.	22	0,47	Середня; адекватна.
7	0,45	Середня; адекватна.	23	0,85	Висока; неадекватна.
8	0,34	Середня; адекватна.	24	0,24	Середня; адекватна.
9	0,78	Висока; адекватна.	25	0,36	Середня; адекватна.
10	- 0,1	Низька; неадекватна.	26	0,67	Висока; адекватна.
11	- 0,08	Низька; адекватна	27	- 0,24	Низька; неадекватна
12	0,27	Середня; адекватна.	28	0,52	Середня; адекватна.
13	-0,74	Низька; неадекватна.	29	- 0,08	Низька; адекватна.

Продовження таблиці 2.1.

14	0,83	Висока; адекватна.	30	0,32	Середня; адекватна.
15	0,37	Середня; адекватна.	31	0,27	Середня; адекватна.
16	- 0,34	Низька; неадекватна.	32	0,94	Висока; неадекватна.

З таблиці 2.1. видно такі загальні показники: високу (неадекватну) самооцінку показали 2 респондента в експериментальній групі і 2 – в контрольній; високу (адекватну) – 4/2 респонденти.; середню – 6/8 р. ; низьку (адекватну) –1/3 р. і показники низької (неадекватної) отримали 3 людини в експериментальній / одна людина в контрольній. Оскільки вищевказані результати є максимально деталізованим, доречним буде показати узагальнені середні показники за такими визначеннями: висока – 6 осіб в експериментальній / 4 – в контрольній групі ; середня – 6/8 осіб; низька – по 4 особи в кожній з груп вибірок, що наглядно показано на рисунку 2.1. (для першої вибірки) та 2.2. (для другої).

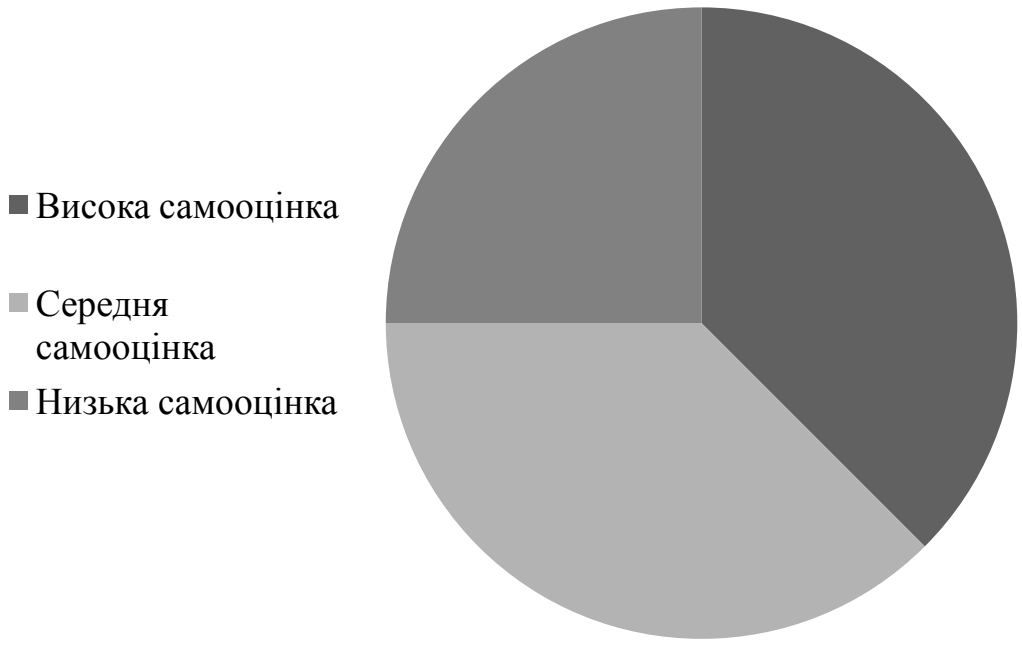

Рис. 2.1. Узагальнені середні показники експериментальної вибірки за результатами методики дослідження особистості С. Будассі

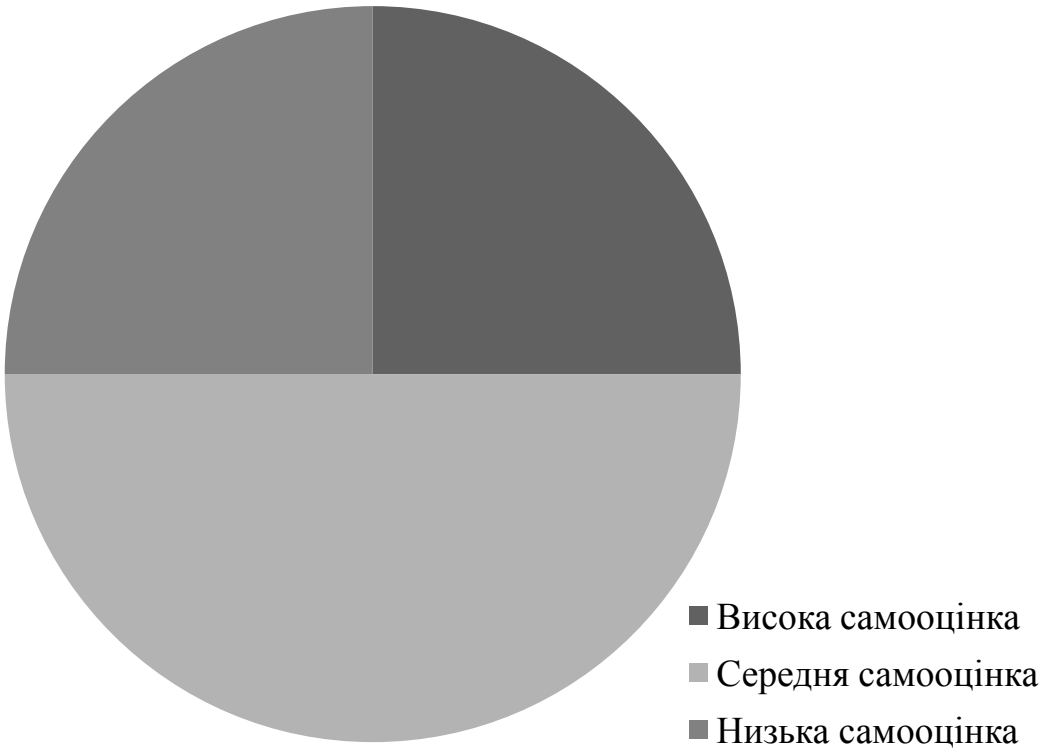

Рис. 2.2. Узагальнені середні показники контрольної вибірки за результатами методики дослідження особистості С. Будассі

Отже, як видно з діаграм, зображених на рис. 2.1. та рис. 2.2., психологу не варто звертати надмірно увагу на загальну тенденцію, оскільки результати є доволі неоднозначними, що лише обґрунтовує важливість детального розгляду показників кожної особистості під час будь-якого виду консультативної бесіди. Даний висновок підтверджує той факт, що люди різні, а тому статеве життя кожного носить власний характер. Психолог лише може виявити приблизну подібність у перебігу сексуальних дисфункцій, спричинених тим чи іншим наявним характером самооцінки індивіда та взаємодії партнерів у міжособистісних і сексуальних стосунках, де самооцінка кожного партнера також займає важливе місце.

Обробка результатів методики Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна дозволяє побачити рівень ситуативної та особистісної тривожності респондента. Результати, що були отримані за допомогою цієї методики відображені у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2.

Результати дослідження експериментальної та контрольної груп за методикою оцінки рівня тривожності Ч.Спілбергера-Ю.Ханіна

Експериментальна група			**Контрольна група**		
№	**Ситуативна тривожність**	**Особистісна тривожність**	**№**	**Ситуативна тривожність**	**Особистісна тривожність**
1	50	65	17	30	35
2	35	30	18	30	25
3	40	30	19	40	41
4	46	40	20	25	31
5	45	41	21	65	70
6	25	24	22	40	45
7	31	31	23	45	70
8	45	40	24	37	40
9	30	25	25	30	31
10	70	70	26	65	45
11	46	44	27	34	43
12	35	30	28	35	40

13	40	25	29	49	55

Продовження таблиці 2.2.

14	40	40	30	78	60
15	45	60	31	55	55
16	25	35	32	54	69

Виходячи з даних, представлених вище у таблиці 2.2., отримуємо такий висновок :

- *Особистісна тривожність*. Експериментальна вибірка*:* низький рівень тривожності показали 6 респондентів; помірний рівень тривожності – 7 осіб; високий – 3 особи. К*онтрольна вибірка:* низький рівень тривожності був діагностований у 5 респондентів; помірний рівень тривожності показали 5 осіб; високий – 6.
- *Реактивна тривожність.* Експериментальна вибірка*:* низький рівень тривожності показали 4 респондента; помірний рівень тривожності – 5 осіб; високий – 7 особи. К*онтрольна вибірка:* низький рівень тривожності був діагностований у 2 респондентів; помірний рівень тривожності показали 7 осіб; високий –7.

Необхідно враховувати, що показники тривожножності респондентів можуть носити завищений характер через російську військову агресію на території України. Проте точне підтвердження вищезазначеної гіпотези можливе лише за консультативної бесіди з клієнтами.

З аналізу результатів дослідження, представлених у таблиці 2.2., видно, що загальний рівень тривожності респондентів носить помірний характер.

Заключною методикою, що була використана під час дослідження чинників сексуальних порушень є опитувальник установок до сексу, розроблений Г. Айзенком. В таблиці 2. 3. представлена кількість високих та низьких показників за кожним фактором (шкалою), на який орієнтована дана методика. Це дає розуміння тенденцій у сфері сексуального життя людей віком від 20 до 40 років. Наприклад респонденти обох вибірок є представниками тієї категорії людей, які розуміють різність сексуального життя кожної людини, не виступають проти експериментів чи сексу до шлюбу, тощо. Проте, якщо порівнювати результати за фактором «фізичний секс», видно, що вони є доволі полярними. Тобто, для респондентів другої групи практично або зовсім не має значення психологічні особливості партнера, для них важливою є фізична форма та сексуальні навички.

Таблиця 2.3.

Результати дослідження експериментальної та контрольної груп за опитувальником установок до сексу (Г. Айзенк)

Фактори	**Експериментальна група**		**Контрольна група**	
	К-ть високих показників	**К-ть низьких показників**	**К-ть високих показників**	**К-ть низьких показників**
Дозволеність	14	2	15	1
Реалізованість	7	9	5	11
Секуальна невротичність	8	8	6	10
Знеособлений секс	7	9	7	9
Порнографія	14	2	13	3

Сексуальна сором'язливість	8	8	7	9
Цнотливість	5	11	4	12
Сексуальна огида	3	13	5	11
Секс. збудливість	5	11	6	10
Фізичний секс	8	8	10	6

Продовження таблиці 2.3.

Агресивний секс	4	12	2	14
Сексуальне лібідо	4	12	6	10
Секс. задоволеність	10	6	12	4
Маскулінність – Фемінінність*	1	0	1	1
	*Інші респонденти показали результати, які відносять до андрогінності (для жіночої статі це 23, 24 б.; для чоловіків – 32, 31).			

Важливо відмітити, що опитувальник установок до сексу (Г. Айзенка) варто застосовувати перш за все за умов консультативно-терапевтичної роботи, для швидшого, хоча і поверхового, діагностування основних факторів сексуального життя. Побачивши небезпечні результати певної шкали, психолог матиме можливість діагностувати їх детальніше окремо. Це є корисним як для клієнта, так і для психолога, адже оптимізує час консультації і задає напрямок корекції.

Отже, незважаючи на те, що показники за першими двома методиками носять середній узагальнений характер, окремо взяті результати партнерів мають тривожні показники, що робить важливим процес проведення

корекційної роботи, яка має бути спрямована на покращення самооцінки, зниження рівня тривожності та нормалізацію інших психологічних детермінант у особистості, схильної до виникнення сексуальної дисфункції чи особистості, що має перші її прояви.

2.3. Змістовні та процесуальні аспекти корекційної програми психологічних детермінант сексуальних дисфункцій.

Зважаючи на результати проведеного дослідження, була розроблена корекційна программа для нормалізації психоемоційних станів та психологічних проявів особистості, які виступають детермінантами у розвитку сексуальних дисфункцій. Для її впровадження була сформована експериментальна група з 16 респондентів (8 пар). Завдання корекційного етапу експерименту було виокремлено:

1. Розроблення та впровадження психокорекційної програми нормалізації прояву психологічних детермінант розвитку сексуальних дисфункцій (зниження рівня тривожності, нормалізація рівня самооцінки та самосприйняття, підвищення рівня саморозуміння та розуміння партнера у міжособистісних стосунках, усвідомлення власної сексуальності) .

2. Проведення контрольного зрізу діагностики стану психологічних факторів, що впливають на виникнення сексуальних дисфункцій особистостей, що складають експериментальну групу.

3. Проведення аналізу ефективності впливу психокорекційної програми щодо зниження ризику виникнення та прояву сексуальних дисфункцій особистостей, що складають експериментальну групу.

Корекційна програма щодо зниження ризику виникнення та прояву сексуальних дисфункцій особистості складається з чотирьох групових занять та однієї (чи двох за потребою) терапевтичних бесід після проведення групової

терапії для вирішення питань у пари, які або не були розглянуті, або потребують додаткового обговорення між психологом та партнерами. Тривалість кожного виду роботи 60 хвилин, які проводиться з періодичністю два рази на тиждень. Програма розрахована на чоловіків та жінок віком від 20 до 30 років.

Метою розробленої корекційно-розвивальної програми є нормалізація прояву психологічних детермінант розвитку сексуальних дисфункцій.

Відповідно до мети, виділено наступні завдання програми:

- підвищення рівня саморозуміння ;
- підвищення рівня свідомости міжособистісних стосунків;
- підвищити рівень розуміння власної сексуальності ;
- нормалізувати рівень самооцінки особистості;
- знизити рівень тривожності особистості;
- знизити рівень прояву сексуальних дисфункцій.

Очікувані результати:

- підвищення рівня впевненості в собі;
- підвищення розвитку до саморозуміння та самовдосконалення;
- визнання наявних сексуальних проблем;
- оволодіння прийомами, що допомагають знаходити ресурси для змін;
- усвідомлення власної сексуальності;
- вміння знаходити компроміс та говорити зі своїм партнером.

Форма занять: змішана (групова; індивідуальна).

Групове заняття №1

Завданням цього групового заняття є показати та навчити учасників методам та технікам зниження рівня тривожності

1. Вступ та коротка теоретична довідка про дослідження та його важливість. Обговорення та складання правил поведінки під час занять.

(Правило конфеденційності, правило свободи слова, правило поваги до інших тощо).

2. Вправа *«Моє ім'я»* .

Інструкція: кожен учасник обирає те ім'я, яким хотів би, щоб його називали під час групових занять.

Тривалість: 5 хв.

3. Вправа *«Білотеральний метелик*». Це техніка націлена на нормалізацію дихання та абстрагування від тригеру.

Інструкція: наступні дії мають відбуватись за супроводу психолога. «Оберіть зручну позу (сядьте чи ляжте). Заплющте очі. Зосередьте увагу на своєму тілі та розслабте його. Зробіть глибокий вдих носом і продовжений видих ротом. (за наявних проблем з диханням рекомендовано обирати зручний тем дихання). Відслідковуйте своє дихання. Відчуйте як воно проходитть через кожну частину вашого тіла: заходить в легені і «розтікається» далі, по руках, аж до пальців … Скрестіть руки або на плечах, або на тілії так, наче ви обіймаєте себе. Спробуйте відтворити в уяві те місце, яке у вас асоціюється з безпекою та комфортом. (Це може бути реальний спогад або щось фантастичне). Що ви відчуваєте в цьому місці? Чуєте? Бачите? Уявіть/згадайте все якомога детальніше. Побудьте там. Вберіть у себе спокій, комфорт, позитивні переживання та емоції, які пов'язані із цим місцем».

Тривалість: 20 хв.

4. Вправа на контроль стоп, спини, очей і рук. Ця вправа допомагає відновити контроль над тілом.

Інструкція: наступні дії мають відбуватись за супроводу психолога. «Згадайте ситуацію, яка викликала у вас сильну тривогу останнім часом. Сядьте стійко, наскільки це можливо. Якщо ви опираєтеся на стінку стільчика, опирайтеся. Відчуйте, як щільно "вм'ялися" в стільчик. У людини є кілька точок опори й контакту, завдяки яким вона може вийти зі стану паніки та стресу й допомогти собі не потрапити в стан травматизації:

a. Перша — це стопи. Подивіться зараз на ваші ноги. У той момент, коли ви чуєте інформацію, що вас лякає, постарайтеся одразу подивитися на свої ноги. Коли з'являється контакт із ногами, з'являється можливість рухатися.

b. Друга — спина. Якщо у вас є можливість на щось опиратися, зробіть це. У той момент, коли стає страшно, притуліться до стіни чи до спинки стільчика. Або знайдіть іншу точку опори.

c. Третя — очі. Озирніться навколо себе. Зверніть увагу на те, що бачите зараз? Зустрінтесь поглядом зі своїм партнером. Це важливий крок для відновлення контакту зі своїм тілом під час сильного стресу, адже коли коли нам страшно, у нас розширюються зіниці, щоб охопити поглядом більшу кількість об'єктів. В нас темніє в очах, або все стає розмитим – і це нормально; це – нормальна реакція нашого тіла на сильний тригер. Тож спробуйте покліпати очима і знайти якусь яскраву точку навкруг, аби сфокусуватися.

d. Четверта — руки. Стисніть руки в «замок». Розтисніть їх, потріть долоні. У той момент, коли ми тремо руки, допомагаємо вийти собі з фази стресу. Далі обійміть себе. Коли нам страшно й ми потрапляємо у фазу сильного стресу, втрачаємо контакт зі своїм тілом. Ми буквально "вилітаємо" з нього. Але тільки тіло може витримати те напруження, з яким ми стикаємося».

Тривалість: 15 хв.

5. Вправа *«Настрій»*.

Інструкція: наступні дії мають відбуватись за супроводу психолога. «Уявіть, що деякий час тому вам повідомили щось дуже неприємне, хвилююче. Або ви мали неприємний діалог з кимось, або просто прочитали погану новину. Як зняти той неприємний осад, який лишила від себе будь-яка з цих ситуацій? Я пропоную взяти олівці, фломастери і аркуш. Зробіть глибокий вдих і видихніть. Тепер ви достатньо розслаблені для того, аби продовжити. Лівою рукою (якщо ви правша; чи правою, якшо шульга) намалюйте абстрактний малюнок: кольорові нитки, лінії-сюжети, фігури.

Важливо при цьому повністю зануритись у свої переживання, вибрати колір і провести лінії так, як ви відчуваєте. Намагайтеся уявити собі, що ви переносите свій сумний настрій на папір».

Коли малюнок буде закінчено: «Перегорніть аркуш і на звороті напишіть 5—7 слів, які відображають ваш настрій, ваші почуття. Довго не думайте, пишіть спонтанно. Буквально перше, що спадає Вам на думку.»

«Подивіться знову на ваш малюнок. Відчуйте той настрій, який ви вкладали в малюнок. Зробіть глибокий вдих і на видиху розірвіть аркуш! Робіть це не приховуючи емоцій, не шкодуючи. Викиньте його в смітник».

Тривалість: 20 хв.

6. Рефлексія.

Тривалість: 5 хв.

Групове заняття №2

Завданням цього групового заняття є підвищити рівен самооцінки та саморозуміння.

1. Теоретичний короткий вступ з поясненням для чого необхідне заняття №2.

Тривалість: 5 хвилин.

2. Техніка *«Вікно Джохарі»*. Необхідне для розвитку навичок самопізнання, розкриття та прийняття прихованих сторін особистості.

Інструкція: учасникам пропонується всліпу витягнути картки з колоди («Persona») і довільно заповнити ними таблицю-вікно за підказкою-шаблоном (Додаток Б). У кожну зону шаблону клієнт розміщує вибрану картку з колоди, не дивлячись на неї. Після цього послідовно, відповідно до зони, відкриває карти і описує зображення на них.

Питання для рефлексивного аналізу:

— Чи отримали Ви нову інформацію про себе?

— Що для Вас було відкриттям?

— З якою із зон найважче працювати?

— Яка із зон містить найбільше інформації?

— Якого змісту інформація про Вас?

— Чи хотіли 6 Ви щось змінити у собі?

— Що Вам подобається в собі?

— Що подобається іншим у Вас?

— За що Вас люблять оточуючі?

— Який талант або вміння Ви хотіли б розвинути в собі?

Інтерпритація.

У процесі інтерпретації, відкрита зона включає в себе риси, що подобаються самій людині, які вона демонструє іншим. Як правило, тут завжди клієнт надає максимум інформації.

Закрита зона містить інформацію, яку ми добре знаємо про себе, проте іншим не повідомляємо. Зазвичай, у цю зону входять вади, шкідливі звички або якості, які подобаються самій особі.

Сліпа пляма містить інформацію про те, що відомо іншим про особу, але не відомо їй самій. Проте, за бажанням, здійснюючи аналіз поведінки та висловлювань інших, це можна навчитися «зчитувати».

Невідома зона, як правило, є зоною прихованих можливостей та потенціалів особистості. Щоб відкрити цю зону людині необхідно перевіряти саму себе, ставити експерименти над собою.

Тривалість: 20 хв.

3. Вправа *«Яким я себе бачу, яким я буду в майбутньому»*. Завданням даної вправи є навчити учасників виробляти об’єктивну самооцінку себе, навчитись сприймати похвалу.

Інструкція:

1. Намалювати на аркуші себе таким, яким людина себе бачить. Домалювати важливі елементи життя: хобі, захоплення, домашнього улюбленця тощо.

2. Листочки збираються. Перемішуються і роздаються у довільному порядку кожному з учасників.

3. Учасники, отримавши малюнки, розказують про свої враження від намальованої людини, показуючи при цьому малюнок так, аби його бачили й інші.

Тривалість: 30 хв.

4. Рефлексія.

Тривалість: 5 хвилин

Групове заняття №3

Завданням цього групового заняття є показати та навчити учасників методам та технікам комунікації в міжособистісних стосунках, пошук ресурсу та виявлення слабких їх сорін.

1. Теоретичний короткий вступ з поясненням актуальності проведення даного групового заняття. Проведення невеличкої дискусії.

Тривалість: 10 хвилин

2. Вправа *«Мої стосунки як…»*. Завданням даної вправи є виявлення сильних та слабких сторін стосунків, пошуки ресурсу.

Інструкція: Терапевт пропонує кожному партнеру обрати метафору із запропонованого списку, яка відображає стосунки у парі. Партнери намагаються намалювати власні стосунки через призму цієї метафори. Завдання виконують самостійно, без обговорень один з одним. Кожен партнер працює окремо, не показуючи малюнок, поки не завершать роботу.

Перелік метафор до стосунків:

- мої стосунки – це бігова доріжка;
- мої стосунки – це сад;
- мої стосунки – це реклама;
- мої стосунки – це поле бою;
- мої стосунки – це смачна страва;
- мої стосунки – це книга;

- мої стосунки – це безодня;
- мої стосунки – це ігрова площадка;
- мої стосунки – це казкова країна;
- мої стосунки – це пазл;
- мої стосунки – це повітря;
- мої стосунки – це музей;
- мої стосунки – це раллі.

Орієнтовний перелік запитань для рефлексивного аналізу:

— Розкажіть про те, що зображено на малюнку?

— Які емоції у Вас виникають, дивлячись на нього?

— Де Ви на цьому малюнку?

— Де Ваш партнер?

— Які дії Ви здійснюєте?

— Чому саме таку метафору Ви обрали?

— Як Ви думаєте, яку метафору обрав Ваш партнер? Чому?

— Чи хотіли б Ви змінити такий формат стосунків?

Інтерпритація. Вибір стратегії та формату стосунків відображає типову поведінку партнера в парі, якщо було обрано поле бою, то це свідчить про протистояння, конкуренцію у парі, якщо пов’язано із грою – вказує на маніпуляцію у стосунках. Якшо стосунки окреслені, як книга, казка, смачна страва, то це свідчить про розмаїтість та наповненість, емоційність стосунків пари

Тривалість: 45 хвилин

3. Рефлексія.

Тривалість: 5 хвилин

Групове заняття №4

Завданням цього групового заняття є навчити учасників усвідомлювати власну сексуальність.

1. Теоретичний короткий вступ з поясненням для чого необхідне заняття, спрямоване на усвідомлення власної сексуальності та що називають сексуальністю взагалі. Проведення невеличкої дискусії.

Тривалість: 10 хвилин

2. Техніка *«Посудина і меч».* Завжанням даної вправи є визначення та відображення жіночого та чоловічого архетипів в структурі особистості, ідентифікація особистості зі своїм гендерним началом.

Інструкція:

1. На аркуші А4 за допомогою олівців чи фарб намалювати посудину і меч.

2. Особі пропонують зліпити вищезгадані об’єкти.

3. Після закінчення роботи людина розміщує намальовані чи виліплені об’єкти перед собою і записує відповіді на запитання, подані у рефлексивному аналізі.

4. Орієнтовний перелік запитань для рефлексивного аналізу:

– Як почуває себе посудина?

– Як почуває себе зброя?

– Що думає посудина про зброю?

– Що думає зброя про посудину?

– Який образ з’явився першим?

– Хто із них важливіший і чому?

– У яких стосунках між собою посудина і меч?

– Чи подобаються вони Вам? Якщо так, то чим?

– Наскільки їм комфортно знаходитися поруч?

– Який девіз у посудини? У меча?

Інтерпритація: Посудина є символічним відображенням жіночності, а зброя – маскулінності, тому кожен із цих об’єктів вказує на особливості та потенціал, вплив на розвиток особистості. Характеристики посудини та зброї свідчать про сильні сторони жіночості чи маскулінності в структурі особистості. Важливо зафіксувати чи взаємодіють або ж конфліктують між

собою посудина та меч, як символи маскулінності і фемінності. Також слід відзначити, які ресурси для самовдосконалення особистості містить кожна з них.

Тривалість: 45 хвилин.

3. Рефлексія.

Тривалість: 5 хвилин

Додаткова техніка, рекомендована для індивідуальної консультації за даною проблемою

Вправа *«Пік сексуальності».* Метою вправи є позитивна установка на власну сексуальність, пошук ресурсу та підкріплення сексуального «Я».

Інструкція: Клієнту пропонують пригадати момент, коли він відчував себе максимально сексуальним. У спогадах варто зосередитися на усіх деталях: місці, порі року, події, ситуації, віковому періоді, емоціях, станах. Після цього пропонують клієнту намалювати себе і цю ситуацію. Далі пропонують описати цей малюнок, проте розповідь варто починати від третьої особи однини, а саме «Він/вона сексуальна, бо….»

Орієнтовний перелік запитань для рефлексивного аналізу:

– Яке його/її ім’я?

– Скільки йому/їй років?

– Які емоції він/вона переживає?

– Де він/вона знаходиться?

– Хто біля нього/неї?

– Чим він/вона займається?

– Що вказує на його/її сексуальність?

– Чи знаєте він/вона, що сексуальний/на?

– Чи говорить йому/їй хтось про це?

– Що він/вона може побажати чи порадити іншим для розвитку сексуальності?

Інтерпретація: Під час аналізу особливостей сексуальності варто акцентувати увагу на домінуючих каналах прояву сексуальності (тілесному,

емоційному, поведінковому). Вік, події та емоції вказують на контекст презентації власної ситуації клієнтом. Важливо зафіксувати кому презентована сексуальність (собі, іншим, партнеру, протилежній статі загалом), що свідчить про особливості розвитку сексуальності. «Філософія» власної сексуальності та специфіка її формування відображені у побажанні чи порадам іншим.

Тривалість: 30 – 40 хвилин

Індивідуальна консультативна бесіда

Ця зустріч відбувається окремо з кожною парою. Вона необхідна для вирішення незакритих гештальтів після проведеної групової терапії, а також обговорення інтимних проблем сексуальної сфери, які потребують розгляду безпосередньо під час консултативної бесіди з психотерапевтом. Консультативна бесіда також мала в основі проведення інтерв'ю за методом Х. Каплан.

2.4. Результати формувального експерименту та їх обговорення

Для проведення контрольного зрізу дослідження наявності сексуальних дисфункцій, а також психологічних детермінант їх виникнення у респондентів, був повторно проведений наступний комплекс психодіагностичних методик: методика дослідження самооцінки особистості С. Будассі, методика оцінки рівня ситуативної та особистісної тривожності Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна (STAI).

З метою підтвердження ефективності проведення корекційної програми, психодіагностичну базу контрольного дослідження повторно складали 32 респонденти (16 пар). Перша група респондентів, для даного дослідження є найбільш значущою, оскільки формує експериментальну вибірку, на якій проводилась корекційна психологічна програма, розроблена в межах цього дослідження; друга вибірка (інші 16 осіб) формує контрольну групу

респондентів, яка наявна у дослідженні для візуального відслідкування того, чи зазнали учасники першої групи якісних змін.

Мета епіричного дослідження випливає із поставлених завдань: чи є доцільним та ефективним використання емпіричних методів та корекційної програми, спрямованої на зміни у показниках найбільш типових психологічних детермінант сексуальних дисфункцій, для зменшення рівня ризику їх виникнення та рівня їх протікання в клієнтів.

Обробка результатів першої методики на дослідження самооцінки (Я – концепції) особистості, метою якої є показати наскільки змінилась самооцінка та, відповідно, сприйняття навколишньої дійсності людини, показала наступні результати , що представлені у таблиці 2.4.

Таблиця 2.4.

Результати повторного дослідження експериментальної та контрольної груп за методикою дослідження самооцінки особистості С. Будассі

Експериментальна група			**Контрольна група**		
№	**R**	**Визначення**	**№**	**R**	**Визначення**
1	0,68	Висока; адекватна.	17	- 0,24	Низька; адекватна
2	0,52	Середня; адекватна.	18	0,29	Середня; адекватна.
3	0,80	Висока; адекватна.	19	- 0,09	Низька; адекватна
4	0,65	Висока; адекватна.	20	0,64	Висока; адекватна.
5	0,45	Середня; адекватна.	21	0,48	Середня; адекватна.
6	0,86	Висока; неадекватна.	22	0,31	Середня; адекватна.
7	0,50	Середня; адекватна.	23	0,85	Висока; неадекватна.
8	0,43	Середня; адекватна.	24	0,24	Середня; адекватна.

9	0,78	Висока; адекватна.	25	0,33	Середня; адекватна.
10	- 0,25	Низька; адекватна.	26	0,64	Висока; адекватна.
11	0,48	Середня; адекватна	27	- 0,23	Низька; адекватна
12	0,53	Висока; адекватна.	28	0,47	Середня; адекватна.
13	-0,32	Низька; адекватна.	29	- 0,08	Низька; адекватна.
14	0,83	Висока; адекватна.	30	0,3	Середня; адекватна.
15	0,42	Середня; адекватна.	31	0,22	Середня; адекватна.
16	- 0,24	Низька; адекватна	32	0,84	Висока; неадекватна.

З таблиці 2.4. видно, що результати експериментальної групи в деяких респондентів змінились суттєво, а також зазнала значних змін адекватність сприйняття як навколишньої реальності, так і самих себе: було сформовано адекватність самосприйнятття, та світосприйняття. Варто підкреслити, що дані, наявні в таблиці 2.4. підкреслюють необхідність подальшої психологічної підтримки та корекції для деяких учасників. Проте, за порівняння попередніх результатів респонднтів та результатів контрольного зрізу, видно, що респондент вже готовий до такого подальшого супроводу та роботи над самим собою, що і зумовило зміну показника за даною методикою. Проте, результати контрольної групи майже не зазнали змін, що говорить про те, що ігнорування та залишення проблеми чи (в даному випадку) її детермінанти без уваги психологом призводить лише до погіршення діагностованого на момент першої зустрічі проблеми.

Обробка результатів повторно проведеної методики Ч. Спілбергера-Ю. Ханіна дозволяє побачити рівень ситуативної та особистісної тривожності респондентів експериментальної та контрольної груп. Результати, що були отримані за допомогою цієї методики, відображені у таблиці 2.5.

Важливо підкреслити, що показники шкал особистісної та ситуативної тривожножності респондентів можуть носити завищений характер через ситуацію, яка наявна зараз на фоні російської військової агресії на території України. Для підтвердження того, що війна в Україні дійсно має значиний вплив на рівень тривожності діагностованої особистості, необхідна бесіда психолога з респондентом, що має супроводжувально-уточнюючий характер, після проведення тестування за методикою дослідження тривожності Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна. Також корисно буде враховувати гіпотезу про те, що жінкам більшою мірою властива підвищена тривожність, ніж представникам чоловічої статі.

Таблиця 2.5.

Результати повторного дослідження експериментальної та контрольної груп за методикою оцінки рівня тривожності Ч. Спілбергера - Ю.Ханіна

Експериментальна група			**Контрольна група**		
№	**Ситуативна тривожність**	**Особистісна тривожність**	**№**	**Ситуативна тривожність**	**Особистісна тривожність**
1	36	45	17	31	35
2	20	30	18	30	45
3	31	29	19	40	44
4	38	35	20	25	31
5	35	40	21	63	70
6	20	25	22	40	45

7	28	35	23	45	67
8	41	40	24	37	40
9	25	25	25	30	31
10	57	64	26	65	45
11	41	44	27	34	43
12	30	35	28	35	40
13	31	28	29	49	55
14	35	40	30	71	60
15	38	54	31	55	45

Продовження таблиці 2.5.

16	18	35	32	54	61

З аналізу результатів дослідження, представлених у таблиці 2.5., видно, що респонденти експериментальної групи отримали значно кращі показники як ситуативної, так і особистісної тривожності за повторного дослідження після проведеної корекційної програми. Варто зазначити, що респондент, який представлений під номером 10 в таблицях з результатами діагностування за цією методикою, під час повторної діагностики показав все ще високі показники, проте менші, ніж були на початку. Результати контрольної вибірки змін майже не зазнали. Це свідчить про те, що робота з тривожністю особистостей є результативною і важливою у консультуванні осіб зі схильністю до винекнення сексуальних дисфункцій або вже наявних у них.

Заключною методикою, що була використана під час першого дослідження чинників сексуальних порушень був опитувальник установок до

сексу, розроблений Г. Айзенком. Проте, оскільки ще за умов проведення варто застосовувати перш за все під час консультативно-терапевтичної (корекційної) роботи, для швидшого, хоча і поверхового, діагностування основних факторів сексуального життя індивіда та вибудовування у психолога картини сексуальної зрілості та цінностей клієнта, то повторне проведення даного опитування було розглянуте як таке, що не є необхідним і важливим для підтвердження чи спростування гіпотези та для досягнення мети експериментального дослідження. Рішення про відмову повторного проведення діагностування за опитувальником установок до сексу Г. Айзенка було також прийняте на основі того, що змінити певні шкали, по-перше, не для кожної пари є психологічно важливим і необхідним (такі зміни могли б створити новий конфлікт у міжособистісних стосунках партнерів); по-друге, зміна певних шкал для кожної особистості не є важливою, якщо вона відчуває комфорт за цією шкалаю. Тому замість цього була проведена заключна для цього дослідження бесіда з кожною парою.

З’ясувалося, що у парах, які склали контрольну вибірку, міжособистісні стосунки та сексуальне життя або не зазнало змін взагалі, або (в переважної більшості) значно погіршилось. Одна з пар під час бесіди повідомила, що їх статеве життя тепер повністю відсутнє.

Пари, які сформували експериментальну вибірку, повідомили про те, що їх статеве життя проходить етап змін. Під час заключного етапу корекційної програми, який був представлений консультативною бесідою, пари обирали для себе зручні шляхи щодо покращення розуміння статевого акту обома партнерами, підвищення рівня розуміння власної сексуальності (було актуально для деяких партнерів) та внесення різноманіття у сексуальне життя партнерів. На момент проведення заключної бесіди більшість пар залишились задоволеними своїм коїтусом та статевими стосунками. Пара, де було виявлено конфлікт за неспівпадінням у шкалі «сексуальна огида» (респондент показав низький рівень; респондентка – високий), проведено додаткові практики для підвищення рівня розуміння бажань як власних, так і партнера.

Як наслідок, пара повідомила, що коїтус для них тепер розглядається як «задоволення», а не «вимушеність» і зменшення триволості коїтусу обома партнерами тепер сприймається як адекватний та важливий крок, який було зроблено для нормалізації сексуальних стонків.

Оскільки дослідження вимагає статистичної перевірки, у завершення аналізу отриманих даних, була проведена оцінка розбіжностей в них на початку та в кінці корекційної програми за допомогою t-критерія Стьюдента для залежних вибірок. Відповідно до табличних значень (додаток В) критичний t-критерій Стьюдента для рівня значущості p=0,95 і кількості вибірки – 16 осіб – дорівнює 2,13.

Відповідно до розрахунків t-критерію Стьюдента за результатами, отриманими експериментальною групою, отримуємо наступні результати, що представлені у таблиці 2.6.

Таблиця 2.6.

Емпіричний t-критерій, розрахований за результатами експериментальної вибірки

№	Методика	Показник	t-критерій
1	Методика дослідження самооцінки особистості С.Будасі	Рівень самооцінки особистості	1,6
2	Методика оцінки рівня тривожності Ч. Спілбергера - Ю. Ханіна	Рівень особистісної тривожності особистості	0,19
		Рівень ситуативної тривожності особистості	*2,19*

Розрахований t-критерій для рівня ситуативної тривожності особистості виділено курсивом, оскільки він підтверджує той факт, що існує достовірна різниця у результатах зрізів на рівні значущості p=0,95. Це говорить про те,

що корекційна програма, що була проведена з учасниками експериментальної вибірки була найбільш ефективною для цього показника.

Проте результати інших вибірок підтверджують той факт, що дані показники також зазнали змін, проте вони є мінімальними і не увійшли у зону значущості для рівня p=0,95. А отже, стануть предметом наших подальших розробок в лонгітюдному аспекті.

Необхідно також врахувати той факт, що за такий короткий термін, що було відведено на корекційну програму, суттєво змінити рівень самооцінки особистості та рівень особистісної тривожності (особливо за умов війни) не виявляється можливим. Також, зміни в цих показниках є більш можливими саме за умов подальшої індивідуальної терапії з психологом.

Відповідно до розрахунків t-критерію Стьюдента за результатами контрольної групи, отримуємо результати, що представлені у таблиці 2.7.

Таблиця 2.7.

Емпіричний t-критерій, розрахований за результатами контрольної вибірки.

№	Методика	Показник	t-критерій
1	Методика дослідження самооцінки особистості С.Будасі	Рівень самооцінки особистості	1,04
2	Методика оцінки рівня тривожності Ч. Спілбергера - Ю. Ханіна	Рівень особистісної тривожності особистості	0,01
		Рівень ситуативної тривожності особистості	0,45

Розрахунки t-критерію Стьюдента для показників методик контрольної групи показали результати, які є не достовірними, тобто зміни відсутні. Що

підкреслює той факт, що відсутність психологічної корекційної роботи з респондентами, що склали цю вибірку ніяк не вплинуло на зміну їх показників, а отже вони все ще мають проблемні зони за вищезазначеними показниками.

Оскільки, обрані нами для дослідження чинники, як було вже зазначено, є важко змінними за той проміжок часу, який був виділений на їх корекцію у респондентів, що підтвержується розрахунками вище, це ставить під сумнів ефективність корекції. Звідси, нами було прийнято рішення, про знаходження кореляційного зв'язку між шкалами за третью діагностованою методикою та шкалами (показниками) перших двох методик за критерієм Пірсона для того, аби довести необхідність, ефективність та значущість розробленої корекційної програми. Це представлено у таблиці 2.8.

Таблиця 2.8.

Кореляційні зв'язки за критерієм Пірсона між шкалами методики на визначення установок до сексу Г.Айзентка (3) з показниками методики дослідження рівня самооцінки С.Будассі (1) та рівня тривожності Ч. Спілбергера- Ю.Ханіна (2).

Шкали методики 1	**Показники за методиками 1 та 2**		
	Самооцінка	Особистісна тривожність	Ситуативна тривожність
Дозволеність	*0,47*	0,31	0,25
Реалізованість	0,23	0,16	0,26
Сексуальна невротичність	-0,28	*0,52*	*0,56*
Знеособлений секс	0,19	0,21	0,25
Порнографія	-0,24	0,11	0,14

Сексуальна сором'язливість	**-0,49**	*0,53*	*0,61*
Цнотливість	0,30	0,26	0,24
Сексуальна огида	0,26	0,29	*0,55*
Сексуальна збудливість	0,30	**-0,49**	**-0,57**
Фізичний секс	-0,31	0,24	0,18
Агресивний секс	0,15	0,31	0,30
Сексуальне лібідо	-0,23	0,16	0,25
Сексуальне задоволення	-0,29	**-0,52**	**-0,47**
Маскулінність/фемінність	-0,28	0,19	0,21

Результати розрахунків, що виділені у таблиці 2.8. курсивом з підкресленням носять прямий характер кореляційного зв'язку, тобто:

- чим вище рівень самооцінки особистості, тим вищим буде показник за шкалою дозволеності у опитувальнику установок до сексу Г. Айзенка;
- чим вище рівень ситуативної чи особистісної тривожності, тим вищим буде показник сексуальної невротичності та/або сексуальної сором'язливості;
- чим вище є показник ситуативної тривожності особистості, тим вищим буде показник за шкалою «сексуальна огида».

Результати, що виділені у таблиці 2.8. жирним носять непрямий (зворотній) характер:

- чим нижче рівень самооцінки особистості, тим більшою є її сексуальна сором'язливість;
- чим вище є показник особистісної чи ситуативної тривожності, тим меншою є сексуальна збудливість та/або сексуальне задоволення.

Отже, підводячи підсумки теоретичного та математично обгрунтованого аналізу результатів емпіричної частини дослідження, можна стверджувати, що

дана корекційна програма була частково ефективною для вирішення її основної мети в першу чергу через те, що чинники, що досліджувались та на які було завдано корекційний вплив є такими, що потребують більш тривалої корекці. Проте також було виявлено, що зміни, хоч вони і були мінімальні і не входили в зону рівня значущості p=0,95, відбулися, а отже це обумовлює необхідність та доцільність подальшого впливу, що і стане предметом наших подальших досліджень.

ВИСНОВКИ

У даній роботі представлено теоретико-методологічний підхід до проблеми схильності чи наявності сексуальних дисфункцій, проаналізовано основні психологічні фактори впливу на розвиток сексуальних дисфункцій, визначено характер їх впливу та основні засади корекції на перших етапах. Розроблено корекційну програму та проаналізовано зміни, що відбулися в показниках респондентів.

Відповідно до завдань дослідження, ми можемо сформулювати наступні висновки:

1) Сексуальні дисфункції розглядаються дослідниками як збірне поняття, яке включає в себе всі порушення потенції, сексуальної збудливості та збудження, мотивації до сексуальних процесів та порушення оргазмічної здатності. Тема сексуальних дисфункцій підіймалась у різних напрямках психології, де її розглядали та тлумачили відповідно до основних поглядів та тенденцій напрямку. Так, наприклад, психоаналітична концепція З. Фройда у

контексті розвитку сексуальності виділяла певні психологічні та фізичні порушення, які безпосередньо впливають на прояви сексуальних девіацій. Також було визначено, що сексуальні дисфункції вченими розглядаються як явище, яке може бути спровоковане різними чинниками під час будь-якої з чотирьох фаз сексуального акту та поза ними.

2) Психологічни фактори, що зумовлюють виникнення сексуальних дисфункцій, можна згрупувати таким чином: ситуаційні чинники (страх бути поміченим, проживання у батьків), травмуючі переживання (досвід зґвалтування), партнерські проблеми (народження дитини, розсучення в умовах війни), психологічні особливості (втома, висока тривожність, занижена самооцінка).

3) Використанння таких емпіричних методів, як опитувальників, що спрямовані на діагностику певного психологічного особистісного стану індивіда, який є фактором впливу на виникнення чи розвиток сексуальної дисфункції або опитувальників, створених для діагностування сексуальної сфери людини чи окремих її компонентів, є важливою частиною роботи психолога на етапі збору інформації про клієнта. Такі методи, як бесіда чи інтерв'ю на цьому етапі є важливими для уточнення певних результатів дослідження та особливостей життя особистості і доповнення психологічного портрету самого клієнта та його проблеми.

4) В ході дослідження була розроблена програма емпіричного дослідження та обрана відповідно меті система дослідницьких процедур, спрямованих на вивчення психологічних факторів впливу на розвиток сексуальних дисфункцій. За допомогою аналізу теоретичних данних про найбільш актуальних та пригодних для емпіричної діагностики психологіних особливостей – факторів впливу був сформований психодіагностичний комплекс методик які склали: методика дослідження самооцінки особистості С. Будассі, як важлива для діагностування певних компонентів сексуальних дисфункцій, яка може проявлятись у вигляді таких рис особистості як завищені очікування від себе та партнера, нерішучість, надмірна скутість та

замкненість тощо; методика дослідження рівня тривоги Ч. Спілбергера – Ю. Ханіна; опитувальник установок до сексу Г. Айзенка, який безпосередньо пов’язаний з дослідженням наявності чи відсутності порушень у сексуальному житті респондента у різних його аспектах. Також створено корекційну програму та проаналізовано зміни, що відбулися в показниках експериментальної групи.

5) Експериментальна корекційна програма була ефективною, про що свідчать зміни в показниках респондентів за обраним психо-діагностичним комплексом методик і в характері сексуального життя партнерів, які було проаналізовано за допомогою заключної бесіди з кожною парою, яка була учасниками експерименту. Було поліпшено рівень сприйняття та розуміння сексуальності, злагодження конфліктів та розуміння в міжособистісних стосунках пар.

Оцінка розбіжностей експериментальних даних на початку та вкінці корекційної програми за допомогою t-критерій Стьюдента для залежних вибірок показала достовірну різницю у результатах на рівні значущості p=0,95 за таким показником як ситуативна тривожність. Це доводить ефективність проведеної корекційної роботи із індивідами, що мають ризик виникнення сексуальних дисфункцій або мають виражене їх протікання в першу чергу через те, що чинники, що досліджувались та на які було завдано корекційний вплив є такими, що потребують більш тривалої корекці. А також проведений аналіз даних обумовлює необхідність та доцільність подальшого впливу на них у наших наступних розробках в лонгітюдному аспекті, що окрім цього підкреслено за допомогою виявленого кореляційного зв’язку між самооцінкою, особистісною і ситуативною тривожністю та основними аспектами сфери сексуальності та сексуального життя індивідів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бочелюк В., Панов М., Спицька Л. Психосоматичні розлади: сучасний стан проблеми. *Перспективи та інновації науки.* 2022. № 7(12). URL:https://doi.org/10.52058/2786-4952-2022-7(12)-542-552 (дата звернення: 01.05.2023).

2. Георгієвська Н.В., Кришталь Є. В. Сексопатологія (чоловіків та жінок): методичні вказівки. ХНМУ, 2013. 25 с.

3. Георгієвська Н.В., Кришталь Є. В. Сексуальна адаптація та її рівні. *Терапія та профілактика сексуальних розладів: методичні вказівки.* ХНМУ, 2013. 10 с.

4. Говорун Т.В. Гендерна психологія : навч. посібн./ Т.В. Говорун, О.М. Кікінежді. Київ, 2004. 307 с.

5. Кожина Г.М., Георгієвська Н.В., Кришталь Є. В. Становлення і формування сексуальності людини. Анатомо-фізіологічні основи сексуальності. Сексуальна гармонія. Харків ,2013. 14 с.

6. Максименко С. Д., Коваль І. А., Максименко К.С., Папуча М.В. Медична психологія / ред. С.Д. Максименка. Вінниця, 2020. 288 ст.

7. Нормальна та криінальна сексологія: підруч. для студ. вищ. навч. закл./ А.П. Чуприков, Б.М. Цуприк. Київ, 2011. 252 с.

8. Рибчук О. Психогенні розлади військовослужбовців: історія та сучасність. *Вісник Національного університету оборони України,* 2020. № 1-51. С. 118–123. URL: https://doi.org/10.33099/2617-6858-2019-0-1-51-118-123 (дата звернення: 01.05.2023).

9. Сайт всесвітньої організації сексуального здоров'я // World Association for Sexual Health/ URL: https://worldsexualhealth.net/organization/history/

10. Сексологія і сексопатологія: підручник / Б.М. Ворнік, Є.В. Кришталь. 2-е видання. Київ, 2023. 631 с.

11. Сексологія: навчальний посібник / ред. В. В. Кришталь, Є. В. Кришталь, Т. В. Кришталь, 2008. 990 с.

12. Фенина О. Невротичні стани у подружній парі як чинник порушення життєдіяльності сім'ї. *Psychological prospects journal,* 2021. № 37. URL: https://doi.org/10.29038/2227-1376-2021-37-244-255 (дата звернення: 01.05.2023).

13. Юнг К. Г. Психологія несвідомого. Київ, 2022. 404 с.

14. Юнг К. Г., Сонді Л. Патологія сексуальних потягів. Київ, 2022. 394 с.

15. Ahlers C. J., Schaefer G. A., Mundt I. A., et al. How unusual are the contents of paraphilias? Paraphilia-associated sexual arousal patterns in a community-based sample of men. *Journal of Sexual Medicine*, 2011. Vol. 8. P. 1362-1370.

16. Althof S., Seftel A. The evaluation and managment of erectile dysfunction. *Psychiatric Clinics of North America*, 1995. Vol. 18(1). P. 171-192.

17. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-V. Washington, 2013. 947 p.

18. Arnold L., Bachmann G., Rosen R., Kelly S., Rhoads G. Vulvodynia: characteristics and associations with comorbidities and quality of life. *Obstetrics and gynecology*, 2006. Vol. 107. P. 617–624.

19. Banaei M., et al. Sexual penetration cognitions in women with genito-pelvic pain and penetration disorder: a systematic review and meta-analysis. *Sex Relation Therapy*, 2021. URL:https://doi.org/10.1080/14681994.2021.1894327.

20. Bancrof J. Human sexuality and its problems. 3rd ed. Edinburgh, 2008. 540 p.

21. Basson R. Lifelong vaginismus: a clinical study of 60 consecutive cases. *Journal SOGC*, 1996. Vol.18 (6). P. 551–561.

22. Beck J. S. Cognitive Behavior Therapy: basics and beyond. New York: The Guilford Press. 1995. 391 p.

23. Beier K. M., Amelung T., Kuhle L., Grundmann D., Scherner G., Neutze J. Hebephilia as a sexual disorder. *Fortschritte neurologie psychiatrie*, 2013. Vol. 81. P. 128–137. DOI: 10.1055/s-0032-1330539

24. Beier K. M., Neutze J., Mundt I. A., Ahlers C. J., Goecker D., Konrad A., et al. Encouraging self-identified pedophiles and hebephiles to seek professional help: first results of the prevention project dunkelfeld (PPD). *Child Abuse Negl*, 2009. Vol. 33. P. 545–549.

25. Beirne P. Peter Singer's "Heavy Petting'" and the politics of animal sexual assault. *Critical Criminology*, 2001. Vol. 10. P. 43-55.

26. Brotto L., Sadownik L., Thomson S., Dayan M., Smith K., Seal B., Moses M., Zhang A. A comparison of demographic and psychosexual characteristics of women with primary versus secondary provoked vestibulodynia. *The clinical journal of pain*, 2014. Vol. 30(5). P.428–435.

27. Brown A., Barker E.D. , Rahman Q. A systematic scoping review of the prevalence, etiological, psychological, and interpersonal factors associated with BDSM. *The Journal of Sex Research*, 2020. Vol. 57. P. 781-811.

28. Buffum J. Prescription drugs and sexual function. *Journal of psychiatry in medicine,* 1992. Vol. 10 (2). P.181-198.

29. Comer R. Fundamentals of Abnormal Psychology. 4th edition. New York, 2004. 497 p.

30. Danielsson I., Sjöberg I., Stenlund H., Wikman M. Prevalence and incidence of prolonged and severe dyspareunia in women: results from a population study. *Public health journal*, 2003. Vol. 31. P. 113–118.

31. Duschinsky R., Chachamu N. Sexual dysfunction and paraphilias in the DSM-5: pathology, heterogeneity, and gender. *Female Psychology*, 2013. Vol. 23. P.49-55.

32. Ellison C. Psychosomatic factors in the unconsummated marriage. *Journal of Psychosomatic Research*, 1968. Vol. 12(1). P. 61–65.

33. Encyclopedia of forensic and legal medicine. / ed. J. Payne-James, R. Byard, T. Corey, C. Henderson. New York, 2005. 2000 p.

34. Erickson J.M., Sagarin B.J. The prosocial sadist? A comparison of BDSM sadism and everyday sadism. Personality and Individual Differences, 2021. Vol. 176. URL:10.1016/j.paid.2021.110723

35. Exhibitionism // Psychology Today. URL:https://www.psychologytoday.com/intl/conditions/exhibitionism. (дата звернення: 01.05.2023).

36. Fadul R., Garcia R. Brotto L. et al. Psychosocial correlates of vaginismus diagnosis: a case-control study. *Journal of sex and martial therapy*, 2019. Vol. 45(1). P.73–83.

37. Farnam F., Janghorbani M., Merghati-Khoei E., Raisi F. Vaginismus and its correlates in an Iranian clinical sample. *International Journal of Impotence Research,* 2014. Vol. 26(6). P. 230.

38. Fisher J., Swingen D., O'Donohue W. Behavioral interventions for sexual dysfunction in the elderly. Behavior Therapy, 1997. Vol. 28 (1). P. 65-82.

39. Frank E., Anderson C., Rubinstein, D. Frequency of sexual distinction in "normal" couples. *The New England Journal of Medicine*, 1978. Vol. 299(3). P. 111-115.

40. Frankl V. Der leidende Mensch: Anthropologische Grundlagen der Psychotherapie (Klassiker der Psychologie). Berne, 2018. 256 p.

41. Freud S. Three Essays of the Theory of Sexuality. 1905. Vol. 7. P. 123-246

42. Freund K, Seto M. Preferential rape in the theory of courtship disorder. *Archives of sexual behavior,* 1998. Vol. 27(5). P.433-443.

43. Freund K. A laboratory method for diagnosing predominance of homo- or heteroerotic interest in male. *Behaviour research therapy,* 1963. Vol.1. P.85–93.

44. Freund K. Diagnosing homo- or heterosexuality and erotic age-preference by means of a psychophysiological test. *Behaviour research therapy*, 1967. Vol. 5. P. 209–228.

45. Gender, power, and communication in human relationships. *Negotiating safer sex: the dynamics of African-American relationships* / L.Miller, D. Burns, S. Rothspan. Oxfordshire ,1995. P. 163-188.

46. Giami A. Between DSM and ICD: paraphilias and the transformation of sexual norms. *Archives of Sexual Behavior*, 2015. Vol. 44. P. 1127-1138.

47. Green R. Is pedophilia a mental disorder? *Archives of sexual behavior*, 2002. Vol. 31. P. 467–471. DOI: 10.1023/A:1020655231056

48. Greitemeyer T., Sagioglou C. Predictors of nonsuicidal self-injury: The independent contribution of benign masochism and antisocial personality. *Personality and Individual Differences*, 2021. Vol.168. URL:https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110380

49. Greitemeyer T., Sagioglou C. , Common, nonsexual masochistic preferences are positively associated with antisocial personality traits. *Journal of Personality,* 2020. Vol.88 (4). P. 780-793.

50. Heiman, J., Nusbaum M. R., Gamble G., Skinner B. The high prevalence of sexual concerns among women seeking routine gynecological care. *The Journal of* Family Practice Issues, 2000. Vol. 49(3). P. 229-232.

51. Henderson D., Boyd C., Whitmarcsh J. Women and illicit drugs: sexuality and crack cocaine. *Health care for women international*, 2009. Vol. 16 (2). P.113-124. DOI: 10.1080/07399339509516163

52. Hinderliter A.C. Defining paraphilia in DSM-5: do not disregard grammar. *Journal of sex and marital therapy*, 2010. Vol. 37. P. 17-31

53. Ishak W, Tobia G. DSM-5 changes in diagnostic criteria of sexual dysfunctions. Reprod Syst Sex Disord. №2(2). 2013.122 p.

54. Janssen D. Gerontophilia: a forensic archaism. Sexual offender treatment, 2014. Vol. 9 (1).

55. Kaplan H. Disorders of Sexual Desire. New York: Simon & Schuster,1979. 237 p.

56. Kaplan H. The Illustrared Manual of Sex Therapy. 2nd Ed. New York: Routledge, 1988. 208 p.

57. Kaplan R. Treatment of homosexuality during apartheid. BMJ, 2004. Vol. 329 (7480). P. 1415-1416. DOI: 10.1136/bmj.329.7480.1415

58. Kelly M., Strassberg D., Kircher J. Attitudinal and experiential correlates of anorgasmia. *Archives of Sexual Behavior*, 1990. Vol. 19. P. 165–172.

59. Khan S., Miah M. Psychological intervention for vaginismus: a case study in Bangladesh. *Bangladesh journal of psycholo*gy, 2014. Vol. 20. P. 123-136.

60. Klaassen M, Ter Kuile M. Development and initial validation of the vaginal penetration cognition questionnaire (VPCQ) in a sample of women with vaginismus and dyspareunia. *Journal of sexual medicine,* 2009. Vol. 6(6). P.1617–1627.

61. Labrecque F. , Potz A. , Larouche É. , Joyal C. What is so appealing about being spanked, flogged, dominated, or restrained? Answers from practitioners of sexual masochism/submission. *The Journal of Sex Research*, 2021. Vol.58. P. 409-423.

62. Långström N. The DSM diagnostic criteria for exhibitionism, voyeurism, and frotteurism. *Archives of sexual behavior*, 2010. Vol.39 (2). P.317-24.

63. Latourneau E., O'Donohue Classical conditioning of female sexual arousal. *Archives of sexual behavior*, 1997. Vol. 26. P.63-78.

64. Laumann E., Nicolosi A., Glasser D., Paik A., Gingell C., Moreira E., et al. Sexual problems among women and men aged 40–80 y: prevalence and correlates identified in the global study of sexual attitudes and behaviors. *International Journal of Impotence Research*, 2005. Vol. 17(1). P.57–17.

65. Laumann *E*., Paik A., Rosen R. Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*, 1999. Vol. 281(6). P. 537-544. DOI: 10.1001/jama.281.6.537

66. Leiblum S.R. Definition and classification of female sexual disorders. *International Journal of Impotence Research*, 1998. Vol.10. P. 104–106.

67. Leiblum S. R. Sexual pain disorders. Treatment of psychiatric disorders: The DSM, 4th ed. Washington, 1996.

68. Loftus E., Garry M., Feldman J. Forgetting sexual trauma: what does it mean when 38% forget? Journal of consulting and clinical psychology, 1995. Vol. 62 (6). P. 1177-1781. DOI:10.1037//0022-006X.62.6.1177

69. LoPiccolo J., De Amicis L., Goldberg D., Friedman J., Davies L Three-year follow-up of couples evaluated for sexual dysfunction. *Journal of sex and marital therapy.* Vol. 10 (4). P. 215-228. DOI: 10.1080/00926238408405949

70. LoPiccolo J., De Amicis L., Goldberg D., Friedman J., Davies L. Clinical follow-up of couples treated for sexual dysfunction. *Archieves of sexual behavior,* 1985. Vol. 14(6). P.467-489. DOI: 10.1007/BF01541749.

71. LoPiccolo J., Steger J. The sexual interaction inventory: a new instrument for assessment of sexual dysfunction. *Archieves of sexual behavior,* 1974. V. 3(6). P. 585-595. DOI: 10.1007/BF01541141

72. Masters W., Virginia J. Human Sexual Response. New York: Bantam Books, 1966. 366 p.

73. McCarthy B. W. Sexual dysfunctions among middle-years couples. *Journal of Sex Education and Therapy*, 1982. Vol. 8(2). P. 9–12.

74. Morokoff P., Gillilland R. Stress, sexual functioning, and marital satisfaction. *Journal of Sex Research, 1993. Vol. 30*(1). P. 43–53.

75. Munro H., Thrusfield M. "Battered pets": Sexual abuse. Anthrozoos, 2005. Vol.18. P. 71-81.

76. Neutze J., Seto M. C., Schaefer G. A., Mundt I. A., Beier K. M. Predictors of child pornography offenses and child sexual abuse in a community sample of pedophiles and hebephiles. *Sexual Abuse,* 2011. Vol. 23. P. 212–242. DOI: 10.1177/1079063210382043

77. Nijland E., Davis S., Laan E., Schultz W. Female sexual satisfaction and pharmaceutical intervention: A critical review of the drug intervention studies in female sexual dysfunction . *The Journal of Sexual Medicine,* 2011. Vol. 3. P. 763-77. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2006.00285.x

78. Oniz A., Keskinoglu P., Bezircioglu I. The prevalence and causes of sexual problems among premenopausal Turkish women. The Journal of sexual medicine, 2007. Vol. 4(6). P. 1575-1581.

79. Pagani C., Robustelli F., Ascione F. Investigating animal abuse: some theoretical and methodological issues. *Anthrozoos*, 2010. Vol. 23. P. 259-276.

80. Popovic M. Psychosexual diversity as the best representation of human normality across cultures. *Sexual and relation therapy*, 2006. Vol. 21. P. 171-186.

81. Reissing E. D., Binik Y. M., Khalife S. Does vaginismus exist? A critical review of the literature. *The journal of nervous and mental disease*, 1999. Vol. 187(5). P. 261- 274.

82. Roerich L., Kinder B. Alcohol expectancies and male sexuality: rewiew and implications for sex therapy. *Journal of sex and martial therapy,* 1991. Vol. 17(1). P. 45-54. DOI:10.1080/00926239108405468

83. Rosen R., Leiblum S. Treatment of sexual disorders in the 1990s: An integrated approach. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,*1995.

84. Rozin P. , Guillot L., Fincher K., Rozin A., Tsukayama E.Glad to be sad, and other examples of benign masochism. *Judgment and Decision making*, 2013. Vol.8 P. 439-447

85. Seal B., Brotto L., Gorzalka B. Oral contraceptive use female genital arousal: methodological considerations . *The Journal of Sexual Research*, 2012. Vol. 42. P. 249-58.

86. Segraves K. B., Segraves R. T. Hypoactive sexual desire disorder: Prevalence and comorbidity in 906 subjects. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 1991. Vol.17 (1). P. 55–58.

87. Segraves R. T. Psychiatric drugs and inhibited female orgasm. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 1988. Vol.14. P. 202–207.

88. Segraves R., Schiavi R., The biology of sexual function. *Psychiatric clinics of North America*, 1995. Vol.18 (1). P.7-23.

89. Seto M. C. Pedophilia and Sexual Offending Against Children: theory, assessment, and intervention. Washington, 2008. URL: https://doi.org/10.1037/11639-000

90. Sexual Health // World Health Organization URL: https://www.who.int/health-topics/sexual-health#tab=tab_2

91. Shaw J. A. Sexual Aggression. *Female sex offenders*. / ed A. H.. Green. Washington, 1999. P. 195–210.

92. Simula B.L. Pleasure, power, and pain: a review of the literature on the experiences of BDSM participants. *Sociology Compass*, 2019. Vol.13 (3). URL: https://doi.org/10.1111/soc4.12668

93. Steele V. Fetish: fashion, sex and power. Oxford, 1997. 252 p.

94. Tulla M. E., Dunn M. E., Antilus R., Muneyyirci-Delale O. Vaginismus and failed in vitro fertilization. *Sexual and Relationship Therapy*, 2006. Vol. 21 (4). P. 439 -443.

95. Ünal GT, Onur ÖŞ, Erten E. Comparison of vaginal penetration cognitions and metacognitions between women with genito-pelvic pain and penetration disorder and healthy controls. *Journal of sexual medicine*, 2020. Vol. 17(5). P. 964–974.

96. Voyeurism // Encyclopedia Britanica. URL:https://www.britannica.com/topic/voyeurism. (дата звернення: 01.05.2023).

97. Ward E., Ogden J. Experiencing vaginismus–sufferers beliefs about causes and effects. *Sex Marital Therapy*. 1994. Vol. 9(1). P. 33–45

98. Women's sexual function and dysfunction: study, diagnosis and treatment. *Cognitive and affective processes female sexual dysfunctions. /* Goldstein I., Meston C.M., Davis S.R., Traish A.M. New York, 2006. P. 100-106.

99. Yekeh F., Goudarzi M. Prevalence of sexual dysfunction and related factors among married couples in Qazvin. *JQUMS,* 2009. Vol.13 (1). P.49–55.

ДОДАТКИ

Додаток А

Шаблон для заповнення.

Методика дослідження самооцінки особистості А. Будассі

X_1 – ідеальне	Якість	X_2 – реальне	$d=X_1 - X_2$	d^2
Сумма Σd2 =				

R= 1-0.00075* Σd^2_____

Висновок: _____ самооцінка

Список якостей:

1. Акуратність	17. Легковір`я	33. Педантичність
2. Безпечність	18. Повільність	34. Привітність
3. Вдумливість	19. Мрійливість	35. Розбещеність
4. Сприйнятливість	20. Помисливість	36. Розсудливість
5. Запальність	21. Мстивість	37. Самокритичність
6. Гордість	22. Надійність	38. Стриманість
7. Грубість	23. Наполегливість	39. Справедливість
8. Гуманність	24. Ніжність	40. Співчуття
9. Доброта	25. Нерішучість	41. Сором`язливість
10. Життєрадісність	26. Нестриманість	42. Практичність
11. Дбайливість	27. Чарівність	43. Працьовитість
12. Заздрісність	28. Вразливість	44. Боягузливість
13.Поступливість	29. Обережність	45. Переконання
14. Злопам`ятність	30. Чуйність	46. Захопленість
15. Щирість	31. Підозрілість	47. Черствість
16. Примхливість	32. Принциповість	48. Егоїзм

Додаток Б

Схема –приклад заповнення до методики «Вікно Джохарі»

Додаток В

Стандартні значення критерію Стьюдента

Число ступенів свободи	Рівень значущості			Число ступенів свободи	Рівень значущості		
	0,95	0,99	0,999		0,95	0,99	0,999
1	12,71	63,66	636,62	19	2,09	2,86	3,88
2	4,30	9,92	31,60	20	2,09	2,85	3,85
3	3,18	5,84	12,94	21	2,08	2,83	3,82
4	2,78	4,60	8,61	22	2,07	2,82	3,79
5	2,57	4,03	6,86	23	2,07	2,81	3,77
6	2,45	3,71	5,96	24	2,06	2,80	3,74
7	2,36	3,50	5,40	25	2,06	2,79	3,72
8	2,31	3,36	5,04	26	2,06	2,78	3,71
9	2,26	3,25	4,78	27	2,05	2,77	3,69
10	2,23	3,17	4,59	28	2,05	2,76	3,66
11	2,20	3,11	4,49	29	2,05	2,76	3,66
12	2,18	3,05	4,32	30	2,05	2,76	3,66
13	2,16	3,01	4,22	35	2,04	2,75	3,65
14	2,14	2,98	4,14	40	2,02	2,70	3,55
15	2,13	2,95	4,07	60	2,00	2,66	3,46
16	2,12	2,92	4,01	120	1,98	2,62	3,37
17	2,11	2,90	3,96	∞	1,96	2,58	3,29
18	2,10	2,88	3,92				